

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦММ Клинических дисциплин

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕВИДНЫХ
ОБРАЗОВАНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У
ЖЕНЩИН**

Дипломная работа студентки

Очной формы обучения
специальности 32.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Щукиной Юлии Михайловны

Научный руководитель
преподаватель Овсянникова Г.А.

Рецензент
ординатор отделения гинекологии
ОГБУЗ «Городская клиническая больница г.
Белгорода»
Терехова Л.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ (ООЯ) И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ (ДОЯ) У ЖЕНЩИН	6
1.1. Эпидемиологические характеристики опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников	6
1.2. Этиология и патогенез, терминология и классификация	7
1.3. Клиническая картина и диагностика	10
1.4. Лечение ООЯ и ДОЯ и их профилактика.....	15
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ООЯ И ДОЯ У ЖЕНЩИН	21
2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	21
2.2. Материалы исследования.....	22
2.3. Статистический анализ клинических и эпидемиологических данных при ООЯ и ДОЯ у женщин	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
Список использованных источников и литературы	47
Приложения	50

Введение

Актуальность темы. Проблема опухолевидных образований (ООЯ) и доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ) приобрела на современном этапе высокую актуальность в связи с ростом частоты в популяции, социально-экономической значимостью данной патологии и ухудшением репродуктивного потенциала женщин.

Опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников занимают одно из первых мест среди новообразований женских половых органов. По данным различных авторов, в структуре опухолей половых органов частота опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников возросла за последние 10 лет с 6-11% до 19-25% среди других опухолей и ежегодный прирост составляет в среднем 5,0% [4, с. 345]. Доброкачественные опухоли встречаются в различные возрастные периоды, однако наиболее часто – в интервале между менархе и менопаузой, т.е. у женщин репродуктивного периода, определяя высокую частоту нарушений репродуктивного здоровья.

Между опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников отсутствуют специфические симптомы, характерные для одной из нозологий, что очень важно, так как имеются принципиальные различия в тактике ведения и лечения пациентов.

Разнообразие клинических симптомов, трудности дифференциальной диагностики, сопровождающиеся утратой трудоспособности и нарушением репродуктивного здоровья у женщин, подчеркивают не только медицинский, но также социальный и экономический аспекты данной патологии.

По данным литературных источников, недостаточно изученным остается состояние репродуктивной системы женщин с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников, в частности, и в Белгородской области. Изучение уровня заболеваемости, оценка факторов риска, ранняя диагностика опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников у женщин Белгородской области, их своевременное лечение и

реабилитация репродуктивного здоровья позволят разработать прогноз развития данной патологии в регионе, сохранить соматическое и репродуктивное здоровье женщин. В связи с вышеперечисленным выбрана данная тема для дипломного проектирования.

Цель исследования: выявить наиболее часто встречаемые опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников у женщин, изучить своеобразие их клинических проявлений, определить ключевые этапы диагностики и основные принципы лечения.

Задачи исследования:

1. Проанализировать эпидемиологические аспекты ООЯ и ДОЯ у пациенток гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
2. Представить медико-социальную характеристику женщин с ООЯ и ДОЯ.
3. Выявить влияние экологической ситуации в районах Белгородской области на заболеваемость ООЯ и ДОЯ.
4. Изучить особенности клинических проявлений ООЯ и ДОЯ у пациенток в группе исследования.
5. Изучить алгоритм диагностики и лечения женщин с ООЯ и ДОЯ.
6. Изучить гистологическую структуру новообразований яичников, удаленных при оперативном лечении женщин.

Объект исследования – данные историй болезни женщин с ООЯ и ДОЯ, получивших лечение в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году. Общий объем выборки составил 50 пациенток.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ полученных данных.

Предмет исследования – эпидемиологические и клинические аспекты кист и кистом яичников у женщин Белгородской области.

Научная новизна:

1. Составлена медико-социальная характеристика женщин с ООЯ и ДОЯ, лечившихся в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году.
2. Установлена частота и динамика оперативного лечения пациенток с ООЯ и ДОЯ за последние три года в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
3. Получены данные о методах лечения и профилактики опухолевидных образований и доброкачественных опухолях яичников у женщин в группе исследования.

Практическая значимость работы – полученные данные могут использоваться в работе гинекологических отделений и фельдшерско-акушерских пунктов.

База исследования – ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

Время исследования – 2018 - 2019 гг.

Структура ВКР – работа представлена на 53 страницах, состоит из введения, двух глав, включающих 4 таблицы и 22 рисунка, заключения, списка литературных источников из 20 наименований, 4 приложения.

В первой главе проведен теоретический анализ литературных источников по вопросам клинико-эпидемиологической характеристики ООЯ и ДОЯ у женщин. Вторая глава посвящена собственному анализу эпидемиологических и клинических данных при ООЯ и ДОЯ у женщин Белгородской области.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН

1.1. Эпидемиологические характеристики опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников

Частота встречаемости опухолей яичников составляет 13,3%, причем, большая часть выявленной патологии приходится на опухолевидные процессы (ОПЯ) – 58,8%, на истинные опухоли – 39,1%. Что касается структуры отдельных гистотипов доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ), то на I месте – эпителиальные опухоли (76%), среди них: серозные – 69,9%, муцинозные - 14,8%, эндометриодные - 11,8%; на II месте – опухоли стромы полового тяжа – 14,9%, среди них – гранулезоклеточные - 28,2%, текомы, фибромы - 6,4% [11, с. 152].

В детском возрасте в 65% наблюдений образования придатков представлены функциональными кистами. Доброкачественные опухоли составляют 28%, из них доминируют зрелые тератомы из группы герминогенных опухолей. Злокачественные опухоли не превышают 8%, и представлены в основном дисгерминомами, опухолями эндодермального синуса, эмбриональными карциномами и незрелыми тератомами.

В репродуктивном возрасте большинство новообразований придатков матки представлено доброкачественными опухолями, среди которых преобладают серозная цистаденома и зрелая тератома, и функциональными кистами.

В возрасте старше 50 лет одинаково часто встречаются как опухолеподобные образования яичников, так и истинные. Гистологические данные поражения чаще всего относятся к доброкачественным серозным или

муцинозным опухолям, доброкачественным опухолям из группы теком-фибром, зрелым тератомам и эндометриоидным кистам.

Основная масса больных с ДОЯ (69,1%) приходится на возрастную группу от 31 до 60 лет, рак яичника чаще встречается в постменопаузе [14, с. 63].

1.2. Этиология и патогенез, терминология и классификация

Этиология опухолей яичников неизвестна. В происхождении опухолевидных образований яичников большую роль придают гормональным нарушениям и, возможно, воспалению. Однако достоверно доказать роль тех или иных гормональных нарушений не удалось. Существует концепция повышенной овуляторной нагрузки на яичник, так называемая гипотеза непрерывной овуляции, подтверждающаяся более частым возникновением опухолей в единственной оставшейся после односторонней аднексэктомии гонаде.

Специалисты полагают, что эпителиальные опухоли появляются из инклюзионных кист покровного эпителия, возникших в местах частых овуляций. Однако роль стимуляторов овуляции в этой связи окончательно не доказана. Широко распространена теория развития эпителиальных опухолей яичника из покровного эпителия.

Предполагают, что опухоли полового тяжа и герминогенные могут развиваться вследствие эмбриональных нарушений на фоне гипергонадотропинемии, что объясняет возрастные пики заболеваемости опухолями яичников в период полового созревания и перименопаузы [20, с. 12].

Опухолевидные образования яичника растут за счет накопления жидкости в их полости.

Патогенез опухолей яичников изучен недостаточно и вызывает много споров. Полагают, что эпителиальные опухоли яичников развиваются из покровного эпителия в результате формирования инклюзионных кист,

возможно, на фоне гипергонадотропинемии. Гормональные нарушения, как и иммунные, с позиций доказательной медицины первичными не считают. Возможно, гипергормонемия связана с низким содержанием глобулина, связывающего половые гормоны. Известно, что употребление с пищей растительной клетчатки приводит к выделению в просвет тонкой кишки и повторному всасыванию в кровоток соединений со слабой эстрогенной активностью, увеличивающих синтез глобулина, связывающего половые гормоны печенью. Этот механизм увеличивает содержание свободных стероидов в сыворотке крови. В патогенезе опухолей яичника доказана роль нарушений барьерных функций тонкой кишки и связанной с этим эндотоксинемии. Опухоли полового тяжа и стромально-клеточные опухоли развиваются из эмбриональных закладок на фоне гипергонадотропинемии и нереализованной репродуктивной функции.

Факторы риска по возникновению опухолей яичников: раннее или позднее менархе, позднее (после 50 лет) наступление менопаузы, нарушения менструального цикла. С риском возникновения опухолей яичников связаны и сниженная репродуктивная функция женщины, бесплодие, невынашивание. Хронические воспалительные заболевания придатков матки могут формировать преморбидный фон опухолевого процесса [15, с. 58].

Большое значение в этиологии и патогенезе опухолей яичников придается генетическим факторам, нейрогуморальным и эндокринным нарушениям.

Группы риска:

1. Женщины, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями малого таза.
2. Женщины, страдающие гормональными нарушениями - нарушение менструального цикла, гормональное бесплодие.
3. Женщины, у которых в анамнезе были операции на яичниках - цистэктомия, и др.

4. Отягощенная наследственность - опухоли яичников, эндометрия у близких родственников.

5. Женщины у которых рак молочной железы.

6. Женщины у которых была патологическая беременность [10, с. 51].

Терминология: Киста – патологическая полость, заполненная каким-либо содержимым, возникшая в результате задержки или избыточной секреции жидкости – это опухолевидные процессы (ОПЯ).

Кисты разделены на 5 основных типов: ретенционные, рамолиционные (от размягчения), из персистирующих органов (атрезированного фолликула; киста желтого тела), паразитарные, травматические.

Кистомы – истинные опухоли яичников.

Гистологическая классификация опухолей яичников (ВОЗ, Женева, 1977 г.):

1) Эпителиальные опухоли: серозные (цистаденома и папиллярная цистаденома, поверхностная папиллома, аденофиброма и цистаденофиброма); муцинозные (цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма); эндометриоидные (аденофиброма и цистаденофиброма, аденома и цистаденома); светлоклеточные или мезонефроидные (аденофиброма); опухоли Бреннера (доброкачественные); смешанные эпителиальные опухоли (доброкачественные).

2) Опухоли стромы полового тяжа: текома, фиброма.

3) Герминогенные опухоли: дермоидные кисты, струма яичника.

4) Опухолевидные процессы: фолликулярные кисты; кисты желтого тела; эндометриоидные кисты; простые кисты; воспалительные процессы; параовариальные кисты.

Построение этой классификации, названной гистологической, исходит из микроскопической характеристики опухолей. Создание такой классификации, отражающей современный уровень знаний, является прогрессивным шагом.

Доброкачественные опухоли яичников нередко бывают ассоциированы с наследственными эндокринопатиями – сахарным диабетом, заболеваниями щитовидной железы, носительством ВПЧ и вируса герпеса II типа.

1.3. Клиническая картина и диагностика

Ранние стадии, как правило протекают бессимптомно. Средняя продолжительность наблюдения у специалиста по поводу опухоли яичника составляет $1,8 + 0,2$ года. При опухолях яичников не отмечаются какие-либо специфические симптомы. Жалобы неспецифичны. Симптомы заболевания зависят от величины и расположения опухоли.

Жалобы, предъявляемые больными с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников: боли в низу живота или в пояснице, нарушение менструальной функции в детородном возрасте, кровянистые выделения в менопаузе, бесплодие (первичное или вторичное), дизурические явления, запоры, увеличение живота.

Наиболее частой жалобой являются боли внизу живота (31,2%), также в пояснице, иногда в паховых областях. Чаще всего они тупые, ноющего характера. Острые боли бывают лишь при перекруте ножки опухоли и при кровоизлияниях в случае разрыва капсулы опухоли. Боли не связаны с менструацией. Они возникают вследствие раздражения серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры, нарушения кровообращения.

Второй по частоте жалобой является нарушения менструального цикла (24,5%), далее запоры и расстройство мочеиспускания (4,8), чувство тяжести и увеличения объема живота (3,5%), слабость и одышка, бесплодие (7,4%), отсутствуют жалобы почти у каждой третьей (28,6%) [17, с. 58].

Диагностика эпителиальных опухолей яичника. Несмотря на технический прогресс, диагностическое мышление на основе клинического обследования не утратило важности. Установление диагноза начинается с выяснения жалоб, сбора анамнеза и бимануального гинекологического и ректовагинального

исследований. При двуручном гинекологическом исследовании можно выявить опухоль и определить ее величину, консистенцию, подвижность, чувствительность, расположение по отношению к органам малого таза, характер поверхности опухоли. Можно выявить лишь опухоль, достигшую определенных размеров, когда она увеличивает объем яичника. При малых размерах опухоли и/или при гигантских опухолях и нетипичном расположении образования бимануальное исследование малоинформативно. Особенно трудно диагностировать опухоли яичников у тучных женщин и у пациенток со спаечным процессом в брюшной полости после лапаротомий. Не всегда по данным пальпации можно судить о характере опухолевого процесса.

Бимануальное исследование дает лишь общее представление о патологическом образовании в малом тазу. Исключению злокачественности помогает ректовагинальное исследование, при котором можно определить отсутствие «шипов» в заднем своде, нависание сводов при асците, прорастание слизистой прямой кишки.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании у пациенток с простой серозной кистаденомой в области придатков матки определяется объемное образование кзади или сбоку от матки, округлой, чаще овоидной формы, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром от 5 до 15 см, безболезненное, подвижное при пальпации. Папиллярные кистаденомы чаще бывают двусторонними, располагаются сбоку или кзади от матки, с гладкой и/или с неровной (бугристой) поверхностью, округлой или овоидной формы, тугоэластической консистенции, подвижные или ограниченно подвижные, чувствительные или безболезненные при пальпации. Диаметр новообразований колеблется от 7 до 15 см [3, с. 226].

При двуручном гинекологическом исследовании муцинозная кистаденома определяется кзади от матки, имеет бугристую поверхность, неравномерную, чаще тугоэластическую консистенцию, округлую форму, ограниченную подвижность, диаметр от 9 до 20 см и более, чувствительна при пальпации. Муцинозная опухоль нередко большая (гигантская кистаденома —

30 см и более), выполняет весь малый таз и брюшную полость. Гинекологическое исследование при этом затруднено, тело матки и коллатеральные придатки дифференцировать сложно.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании у пациенток с верифицированным диагнозом опухоли Бреннера сбоку и кзади от матки определяется объемное образование овоидной или, чаще, округлой формы, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, диаметром 5—7 см, подвижное, безболезненное. Опухоль Бреннера нередко напоминает субсерозную миому матки [9, с. 174].

Одно из ведущих мест среди методов диагностики опухолей малого таза занимает УЗИ, благодаря относительной простоте, доступности, неинвазивности и высокой информативности. Эхографически гладкостенная серозная цистаденома имеет диаметр 6—8 см, округлую форму, толщина капсулы обычно 0,1—0,2 см. Внутренняя поверхность стенки опухоли гладкая, содержимое цистаденом однородное и анэхогенное, могут визуализироваться перегородки, чаще единичные. Иногда определяется мелкодисперсная взвесь, легко смещаемая при перкуссии образования. Опухоль располагается обычно кзади и сбоку от матки. Папиллярные серозные цистаденомы имеют неравномерно расположенные на внутренней поверхности капсулы сосочковые разрастания в виде пристеночных структур различной величины и повышенной эхогенности. Множественные очень мелкие папиллы придают стенке шероховатость или губчатость. Иногда в сосочках откладывается известь, которая имеет повышенную эхогенность на сканограммах. В некоторых опухолях папиллярные разрастания выполняют всю полость, создавая видимость солидного участка. Папиллы могут прорасти на наружную поверхность опухоли. Толщина капсулы папиллярной серозной цистаденомы составляет 0,2-0,3 см. Папиллярные серозные цистаденомы определяются как двусторонние округлые, реже овальные образования диаметром 7—12 см, однокамерные и/или двухкамерные. Они располагаются сбоку или кзади от матки, иногда визуализируются тонкие линейные перегородки [7, с. 48].

Муцинозная цистаденома имеет множественные перегородки толщиной 2—3 мм, часто на отдельных участках кистозных полостей. Взвесь визуализируется только в относительно больших образованиях. Муцинозная цистаденома чаще большая, диаметром до 30 см, почти всегда многокамерная, располагается в основном сбоку и сзади от матки, округлой или овоидной формы. В полости мелкодисперсная несмещаемая взвесь средней или высокой эхогенности. Содержимое некоторых камер может быть однородным [16, с. 63].

Опухоль Бреннера, смешанные, недифференцированные опухоли дают неспецифическое изображение в виде образований неоднородного солидного или кистозно-солидного строения.

Цветовое доплеровское картирование (ЦДК) помогает более точно дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. По кривым скоростей кровотока в яичниковой артерии, индексу пульсации и индексу резистентности можно заподозрить малигнизацию опухоли, особенно на ранних стадиях, поскольку злокачественные опухоли имеют активную васкуляризацию, а отсутствие зон васкуляризации более типично для доброкачественных новообразований. При цветовой доплерографии доброкачественным эпителиальным опухолям яичников свойственна умеренная васкуляризация в капсуле, перегородках и эхогенных включениях. Индекс резистентности не превышает 0,4.

В последнее время для диагностики опухолей яичников используют рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ) [6, с. 193].

Эндоскопические методы исследования (лапароскопия) широко используют для диагностики и лечения опухолей яичников. Хотя лапароскопия не всегда позволяет определить внутреннюю структуру и характер образования, с ее помощью можно диагностировать небольшие опухоли яичника, не приводящие к объемной трансформации яичников, «непальпируемые яичники».

Эндоскопическая картина простой серозной цистаденомы отражает объемное образование округлой или овоидной формы с гладкой блестящей

поверхностью белесоватого цвета диаметром от 5 до 10 см. Простая серозная цистаденома нередко напоминает фолликулярную кисту, но в отличие от ретенционного образования имеет цвет от белесовато-серого до голубоватого, что, по-видимому, обусловлено неравномерной толщиной капсулы. На поверхности капсулы определяется сосудистый рисунок. Содержимое серозной цистаденомы прозрачное, с желтоватым оттенком [8, с. 112].

Папиллярная цистаденома на операции определяется как опухоль овоидной или округлой формы с плотной непрозрачной белесоватой капсулой. На наружной поверхности папиллярной цистаденомы есть сосочковые разрастания. Сосочки могут быть единичными в виде «бляшек», выступающих над поверхностью, или в виде скоплений и располагаться в различных отделах яичника. При выраженной диссеминации сосочковых разрастаний опухоль напоминает «цветную капусту». В связи с этим необходимо осматривать всю капсулу. Папиллярная цистаденома может быть двусторонней, в запущенных случаях сопровождается асцитом. Возможны интралигаментарное расположение и распространение сосочков по брюшине. Содержимое папиллярной цистаденомы бывает прозрачным, иногда приобретает бурый или грязновато-желтый цвет.

Эндоскопическая картина муцинозной цистаденомы чаще характеризуется большой величиной. Поверхность муцинозной цистаденомы неровная, структура многокамерная. Видны границы между камерами. Опухоль неправильной формы, с плотной непрозрачной капсулой, белесоватого цвета, иногда с синюшным оттенком. На капсуле хорошо видны яркие, ветвящиеся, неравномерно утолщенные крупные сосуды. Внутренняя поверхность опухоли гладкая, содержимое желеобразное (псевдомуцин).

Лапароскопическая интраоперационная диагностика опухолей яичников имеет большую ценность. Точность лапароскопической диагностики опухолей составляет 96,5% [13, с. 39]. Применение лапароскопического доступа не показано у пациенток с яичниковыми образованиями, поэтому необходимо исключить злокачественный процесс до операции. При выявлении

злокачественного роста при лапароскопии целесообразно перейти к лапаротомии.

Дополнительные методы исследования у больных с объемными образованиями яичников позволяют не только определить оперативный доступ, но и составить мнение о характере объемного образования, от чего зависит выбор метода оперативного лечения (лапароскопия — лапаротомия).

1.4. Лечение опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников и их профилактика

Цели лечения доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичника зависят от возраста, репродуктивного статуса и гистотипа опухоли.

В репродуктивном возрасте во время операции необходимо стремиться к сохранению ткани яичника и профилактике ТПБ. В перименопаузе основная задача – радикальное лечение, позволяющее избежать рецидива и сохранить высокое качество жизни [5, с. 93]. Необходимо помнить, что в настоящее время выбор тактики ведения определяется соображениями качества жизни, в том числе сексуальной, так как для полной социальной реабилитации пациентки необходимо быстрое возвращение больных к обычной активности.

Показания к госпитализации: доброкачественные опухоли и кисты яичников, сохраняющиеся в течение 4–6 месяцев, или размером более 6 см в диаметре — абсолютное показание к госпитализации. Любые боли в низу живота у таких больных — также показание к экстренной госпитализации. Обнаружение доброкачественной опухоли яичника является однозначным показанием к ее удалению. Эта тактика определяется тем, что не только злокачественные, но и доброкачественные опухоли яичников без операции самостоятельно не излечиваются и что промедление с их удалением даже при

заведомо доброкачественных опухолях может повлечь за собой ряд осложнений.

Хирургическая тактика в отношении доброкачественных опухолей яичников определяется возрастом, репродуктивным статусом женщины и гистотипом образования. Обычно вмешательство заключается в удалении пораженного яичника (оофорэктомии) или аднексэктомии. У пациенток репродуктивного возраста допустимо выполнение клиновидной резекции яичника с экстренной гистологической диагностикой и ревизией другого яичника. В перименопаузе, а также при двусторонней локализации доброкачественных опухолей яичников или подозрении на их малигнизацию удаление придатков производится вместе с удалением матки (пангистерэктомия) [19, с. 53].

Доступом выбора при доброкачественных опухолях яичников в настоящее время является лапароскопический, позволяющий уменьшить операционную травму, риск развития спаечного процесса и тромбоэмболии, ускорить реабилитацию и улучшить репродуктивный прогноз. Лапароскопический доступ позволяет прецизионно визуализировать и идентифицировать ткани с целью точного отделения здоровой ткани от больной. Перенесённые лапаротомии, избыточный вес, возраст не считают абсолютными противопоказаниями к оперативной лапароскопии. Современные технические возможности визуального контролируемого введения первого троакара, дооперационное УЗИ сводят риск осложнений введения первого троакара к минимуму, хотя и не редуцируют их совсем [1, с. 18]. В постменопаузе лапароскопический доступ позволяет снизить риск послеоперационных осложнений, в том числе тромбоэмболических, раньше активизировать пациентку, уменьшить сроки нетрудоспособности. В целом малоинвазивная хирургия позволяет обеспечить высокое качество жизни и быстрое возвращение к нормальной социальной активности.

В репродуктивном возрасте при ретенционных кистах выполняют максимально щадящую резекцию яичника в пределах здоровых тканей. При доброкачественной опухоли яичника резекция яичника допустима, однако необходимы ревизия контрлатерального яичника и экстренная гистологическая диагностика. При подозрении на малигнизацию и при сомнительных данных экстренного гистологического исследования выполняют аднексэктомию с поражённой стороны, секторальную биопсию контрлатерального яичника, оментэктомию, смывы из латеральных каналов, таза и поддиафрагмального пространства. Окончательно тактику ведения определяют после получения данных планового гистологического исследования и верификации морфологического диагноза в специализированном учреждении.

В перименопаузе показана гистерэктомию с придатками, при подозрении на малигнизацию необходима оментэктомию.

Пограничные опухоли яичника в репродуктивном возрасте могут быть прооперированы в объёме аднексэктомии, секторальной биопсии второго яичника, тщательной ревизии брюшной полости с взятием смывов, если не повышены концентрации СА 125 и VEGF и гарантировано диспансерное наблюдение [2, с. 140].

Пункция кистозных образований даёт 60% ложноотрицательных результатов, кроме того, её считают недопустимой манипуляцией. Вопрос о том, когда оперировать, должен решаться в пользу немедленного вмешательства. Это вызвано тем обстоятельством, что до операции нельзя с полной уверенностью сказать, имеется доброкачественное или злокачественное образование яичников. Промедление с операцией недопустимо не только в силу необходимости, но и в связи с тем, что опухоль яичника может сопровождаться рядом осложнений: перекрутом ножки, нагноением, разрывом капсулы, прорывом содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

Объём оперативных вмешательств и манипуляций: вылушивание опухоли яичника составляет 9,4%; односторонняя овариоэктомию - 12,3%; удаление

придатков матки с одной стороны - 17,9%; резекция яичника - 4,1%; односторонняя тубоовариоэктомия с резекцией второго яичника - 5,6%; односторонняя тубоовариоэктомия с взятием биопсии во втором яичнике - 3,5%, вылушивание паровариальной кисты - 5,0%; пункция образований под контролем УЗИ - 1,4%; надвлагалищная ампутация/гистерэктомия матки с удалением придатков с одной стороны - 14,0%; надвлагалищная ампутация/гистерэктомия матки с удалением придатков с обеих сторон - 26,4% [18, с. 293].

Таким образом на консервативные операции приходится - 62,0% и на радикальные операции - 38,0%.

При злокачественной опухоли врачи стремятся к проведению радикальных операций для сохранения жизни больной, при доброкачественной опухоли – к консервативным, органосохраняющим.

Немедикаментозное лечение. С позиций доказательной медицины, немедикаментозное лечение доброкачественных опухолей яичника не проводят.

Ретенционные кисты регрессируют самостоятельно (иногда назначают КОК). Если ретенционное образование не исчезает в течение 1–3 менструальных циклов, а также если размеры ретенционного образования превышают 6 см в диаметре, в силу риска осложнений показана оперативная лапароскопия. При выявлении функциональных кист рекомендуют проводить гормональную терапию на подавление или нормализацию гонадотропной функции гипофиза, рекомендуется также проводить динамическое наблюдение за естественным регрессом кисты, при этом большинство ретенционных кист яичников исчезает в течение 1 – 2 месяцев [12, с. 136].

С позиций доказательной медицины, противовоспалительное, гормональное, ферментное лечение опухолевидных образований яичника достоверно не изменяет объективные результаты лечения. Лечение доброкачественных опухолей яичников только оперативное.

Программа обследования и ведения больных с опухолями яичников состоит из следующих этапов:

I этап – аналитический: оценка анамнеза; форма живота; бимануальное исследование; ректовагинальное исследование.

II этап – формирование топического диагноза: УЗИ; пункция заднего свода; компьютерная томография; рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта; СА – 125 и др. в сыворотке крови.

III этап - дополнительные методы обследования: иммунологические; исследование состояния эндометрия; гемостазиологическое.

IV этап – лечебные мероприятия:

- 1) опухолевидное образование менее 10 см - наблюдение в течение 3 месяцев – гормональная, противовоспалительная терапия – при отсутствии эффекта - оперативное лечение;
- 2) до 40 лет - лапароскопия – операция с цитологическим исследованием и экспресс-гистологией препарата:
 - а) опухоль односторонняя - одностороннее удаление придатков матки;
 - б) опухоль двусторонняя - ампутация матки с придатками;
- 3) старше 50 лет – лапаротомия – ампутация матки/гистерэктомия с придатками, профилактика тромботических осложнений.

V этап – диспансерное наблюдение, если произведена:

- 1) пункция кистозных образований – 1 год – УЗИ 1 раз в 3 месяца, 2 и следующие годы – УЗИ скрининг 2 раза в год. Определение СА-125 в сыворотке крови;
- 2) резекция яичника – 1-й год – УЗИ скрининг 2 раза, в последующие – 1 раз в год;
- 3) одностороннее удаление придатков матки – УЗИ скрининг и СА125 в сыворотке крови 1 раз в год.

Профилактика доброкачественных опухолей яичников. Доказано, что длительный прием монофазных КОК обладает профилактическим действием в отношении доброкачественных опухолей яичников. Для исключения нежелательных гормональных изменений, важно, чтобы подбор контрацепции осуществлялся только специалистом гинекологом. Кроме того, отмечено, что у пациенток с реализованной генеративной функцией, доброкачественные опухоли яичников развиваются реже. Поэтому женщинам настоятельно не рекомендуется прерывание беременности, в особенности первой. Также известно, что женщины, перенесшие гистерэктомию или перевязку маточных труб, имеют меньшие риски развития опухолей яичников, хотя данный протективный механизм остается невыясненным. Определенное значение в профилактике доброкачественных опухолей яичников отводится достаточному употреблению растительной клетчатки, селена и витамина А. В качестве мер скрининга доброкачественных опухолей яичников выделяют регулярные гинекологические осмотры и УЗИ малого таза.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН

2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Гинекологическое отделение рассчитано на 60 коек. В штате отделения работают 7 врачей, которые владеют всем спектром оперативных вмешательств, проводимых в отделении. Четверо из них имеют высшую квалификационную категорию, трое являются кандидатами медицинских наук. Ежегодно специалисты проходят обучение на курсах повышения квалификации на центральных базах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. В штате отделения работают 25 квалифицированных медицинских сестер, 8 из которых аттестованы на высшую квалификационную категорию. Наличие в отделении современного оборудования, инструментария и медикаментов позволяет оказывать плановую и экстренную медицинскую помощь в полном объеме.

Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным, малотравматичным и органосохраняющим операциям.

Заболевания, требующие оперативного вмешательства: внематочная беременность; миома матки; заболевания придатков матки (кисты, опухоли яичников); эндометриоз; бесплодие; опущения и выпадения половых органов; заболевания эндометрия (полипы, гиперплазия); заболевания шейки матки; кисты бартолиновой железы, влагалищные и парауретральные кисты; недержание мочи.

В отделении оказываются все виды гинекологической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями:

- все виды оперативного лечения лапаротомическим доступом;
- проведение лапароскопических операций на матке и придатках;
- лапароскопическое лечение бесплодия (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, демедуляция яичников, хромогидроскопия, консервативная миомэктомия);
- диагностическая гистероскопия;
- лечебная гистероскопия (гистерорезектоскопия, абляция эндометрия);
- выполнение операций влагалищным доступом — экстирпация матки с придатками и без, пластические операции при несостоятельности мышц тазового дна, при опущении стенок влагалища, матки, элонгации шейки матки, в том числе наиболее эффективные методики пластики с использованием синтетических материалов (проленовых сеток);
- современные методы лечения стрессового недержания мочи у женщин, уретеропексия по методике TVT;
- комбинированные операции влагалищным доступом с лапароскопическим этапом;
- прерывание беременности на разных сроках по медицинским показаниям.

2.2. Материалы исследования

Проведено ретроспективное изучение и статистический анализ 50 историй болезни женщин, подвергшихся хирургическому лечению в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году по поводу ОПЯ и ДОЯ. Все пациентки, описанные в проведенном исследовании, были госпитализированы в стационар для проведения хирургического лечения в

экстренном и плановом порядке. В предоперационном периоде всем пациенткам проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование с тщательным изучением жалоб и анамнеза. Изучалась: менструальная, половая, детородная и сексуальная функция, а также перенесенные гинекологические заболевания и операции; наличие сопутствующей патологии и перенесенные хирургические вмешательства.

Предоперационное обследование и подготовка проводились по стандартной методике. По показаниям проводилась гастроскопия и колоноскопия.

При наличии сопутствующей соматической патологии проводилась консультация соответствующих специалистов.

Гинекологический статус пациенток был определен на основании общего гинекологического осмотра. У всех пациенток исследовалось состояние шейки матки.

Материал исследования по изучению хирургических методов лечения гинекологических больных с ОПЯ и ДОЯ был распределен для последующей статистической обработки по следующим признакам:

- социально-биологические факторы (возраст, место жительства, социальный статус);
- анамнестические данные (количество беременностей и родов, гинекологические заболевания, соматическая патология);
- течение гинекологической патологии, явившейся показанием для оперативного лечения (особенности клиники в зависимости от типа и локализации патологического процесса);
- данные о проведенном оперативном лечении (выбор операционного доступа и объема операции);
- течение послеоперационного периода (осложнения, сроки выписки из стационара).

2.3. Статистический анализ клинических и эпидемиологических данных при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников у женщин

В ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за последние три года зарегистрировано 714 операции по поводу опухолевидных образований (ООЯ) и доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ). Из них в 2016 году было сделано 226 (31,6% случаев), в том числе 76 (33,6%) аднексэктомий, 140 (62%) цистэктомий и 10 (4,4%) резекций яичников. В 2017 году – 297 операций (41,6%): 104 (35%) аднексэктомии, 190 (64%) цистэктомий и 3 (1%) резекции яичников. В 2018 - 191 (26,8%) случай: 98 (51%) аднексэктомий, 91 (48%) цистэктомия и 2 (1%) резекции яичников. Причем лапароскопических операций на яичниках было проведено 670 (94% случаев) и лапаротомических – 44 (6%) (Рис. 1.).

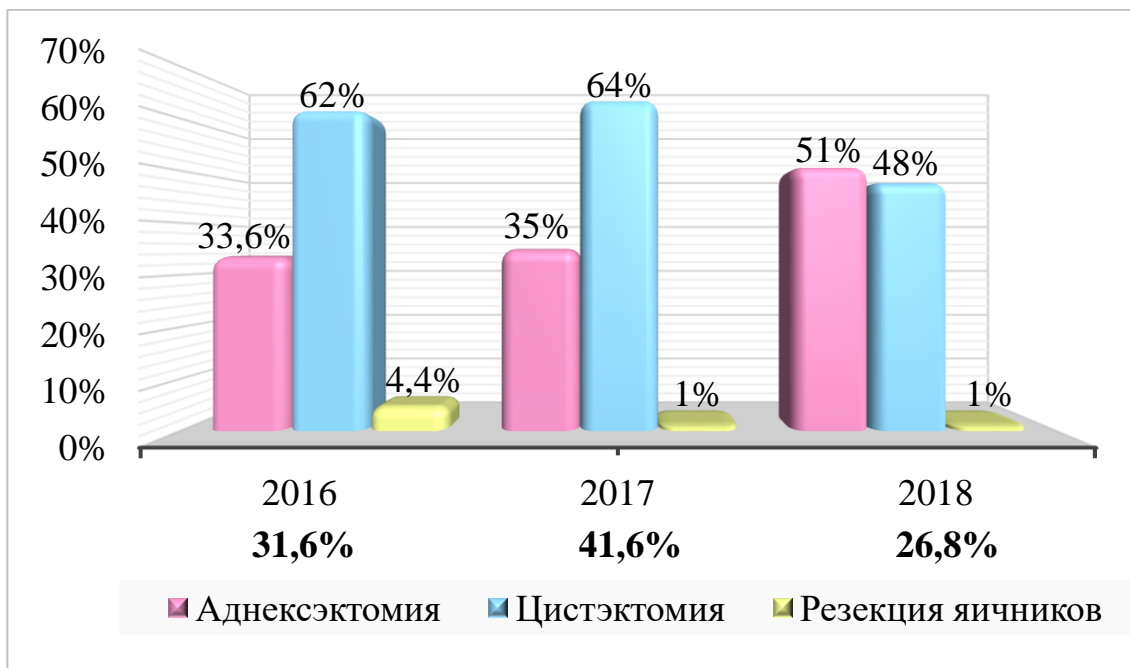


Рис. 1. Распределение операций при ООЯ и ДОЯ у пациенток гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» с 2016 по 2018 гг.

СОЦИАЛЬНО – БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Возраст респонденток в исследуемой группе варьировал от 16 до 69 лет. По возрастным группам пациентки с опухолевидными образованиями (ООЯ) и доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ) распределились следующим образом: от 15 до 20 лет – 4%, от 21 года до 30 лет – 10%, от 31 года до 40 лет – 16%, от 41 года до 50 лет – 30%, в том числе до 45 лет – 14%; от 51 года до 60 лет – 30%, от 61 года до 70 лет – 10%. Средний возраст пациенток в исследуемой группе – 46 лет. Доля больных репродуктивного возраста составила 44% (Рис. 2).

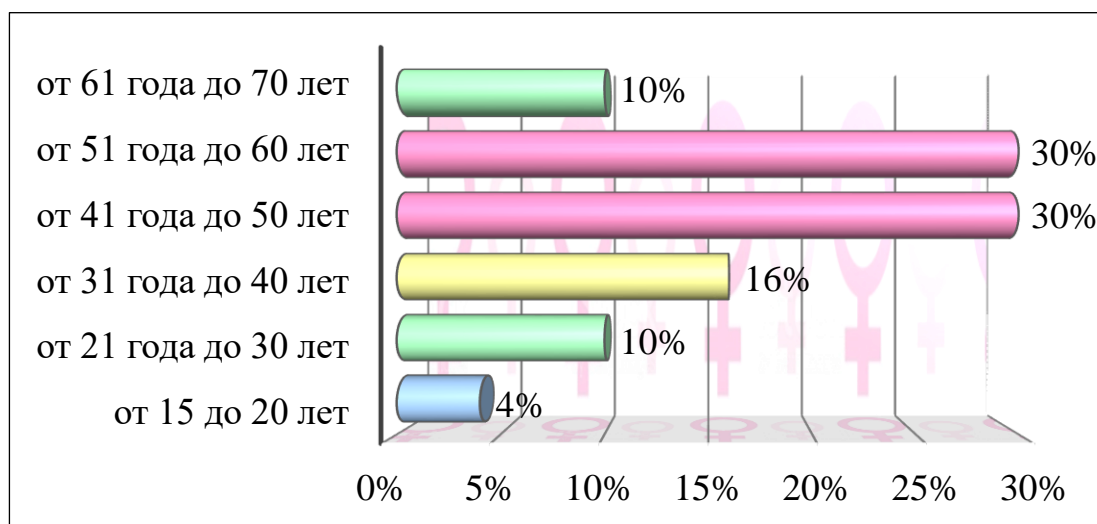


Рис. 2. Распределение респонденток с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников по возрасту

По дате рождения преобладали женщины, рожденные зимой – 28%, весной появились на свет 26%, осенью – 24% и летом – 22% (Рис. 3).

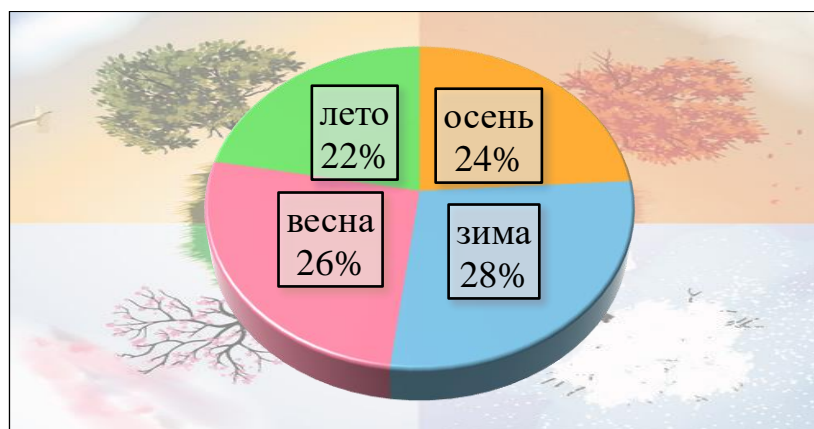


Рис. 3. Соотношение женщин в группе по дате рождения

Жительницами городской местности были 62% респонденток, в селе проживали 38% (Рис. 4).

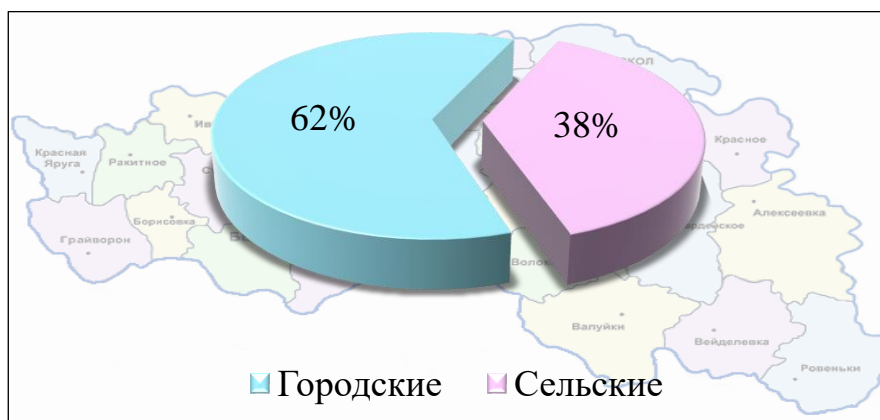


Рис. 4. Распределение респонденток по месту жительства

В Белгородском районе проживали – 26% женщин, в Старооскольском городском округе – 20%, в Яковлевском районе – 8%, в Губкинском и Шебекинском районах – по 6% (Рис. 4), в Ракитянском, Волоконовском, Красногвардейском и Ровеньском районах – по 4% женщин, в Валуйском, Краснояружском, Новооскольском, Корочанском, Алексеевском, Грайворонском, Ивнянском, Борисовском и Чернянском районах – по 2% женщин (Рис.5), (Таблица 1).



Рис. 5. Заболеваемость ООЯ и ДОЯ на карте Белгородской области

Заболееваемость опухолевидными образованиями и доброкачественными
опухольями яичников в районах Белгородской области

Район Белгородской области	%
Белгородский район	26%
Старооскольский городской округ	20%
Яковлевский район	8%
Губкинский район	6%
Шебекинский район	6%
Ракитянский район	4%
Волоконовский район	4%
Красногвардейский район	4%
Ровеньский район	4%
Валуйский район	2%
Краснояружский район	2%
Новооскольский район	2%
Корочанский район	2%
Алексеевский район	2%
Грайворонский район	2%
Ивнянский район	2%
Борисовский район	2%
Чернянский район	2%

Учащимися были 4% респонденток, безработными – 18%, пенсионерами – 24%, работали – 54% (Рис. 6).

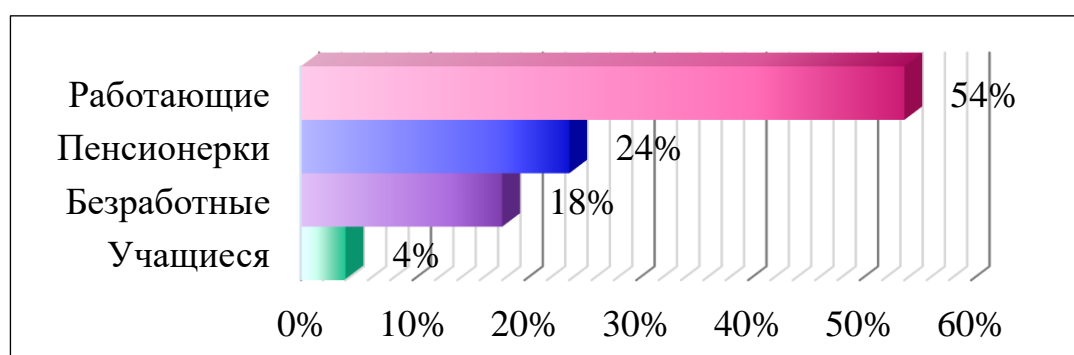


Рис. 6. Социальный статус в группе исследования

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

В анамнезе у 100% исследуемых женщин зарегистрированы экстрагенитальные заболевания: сифилис, сахарный диабет (СД), пиелонефрит, и холецистит – по 4% случаев, желчнокаменная болезнь – 6%, бронхиальная астма (БА) – 8%, железодефицитная анемия (ЖДА) – 10%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) и варикозная болезнь – по 12% случаев, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 16%, хронический гастрит (ХГ) – 42%, гипертоническая болезнь (ГБ) – 46%, острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции (ОРЗ, ОРВИ, грипп) – 68% (Рис. 7).

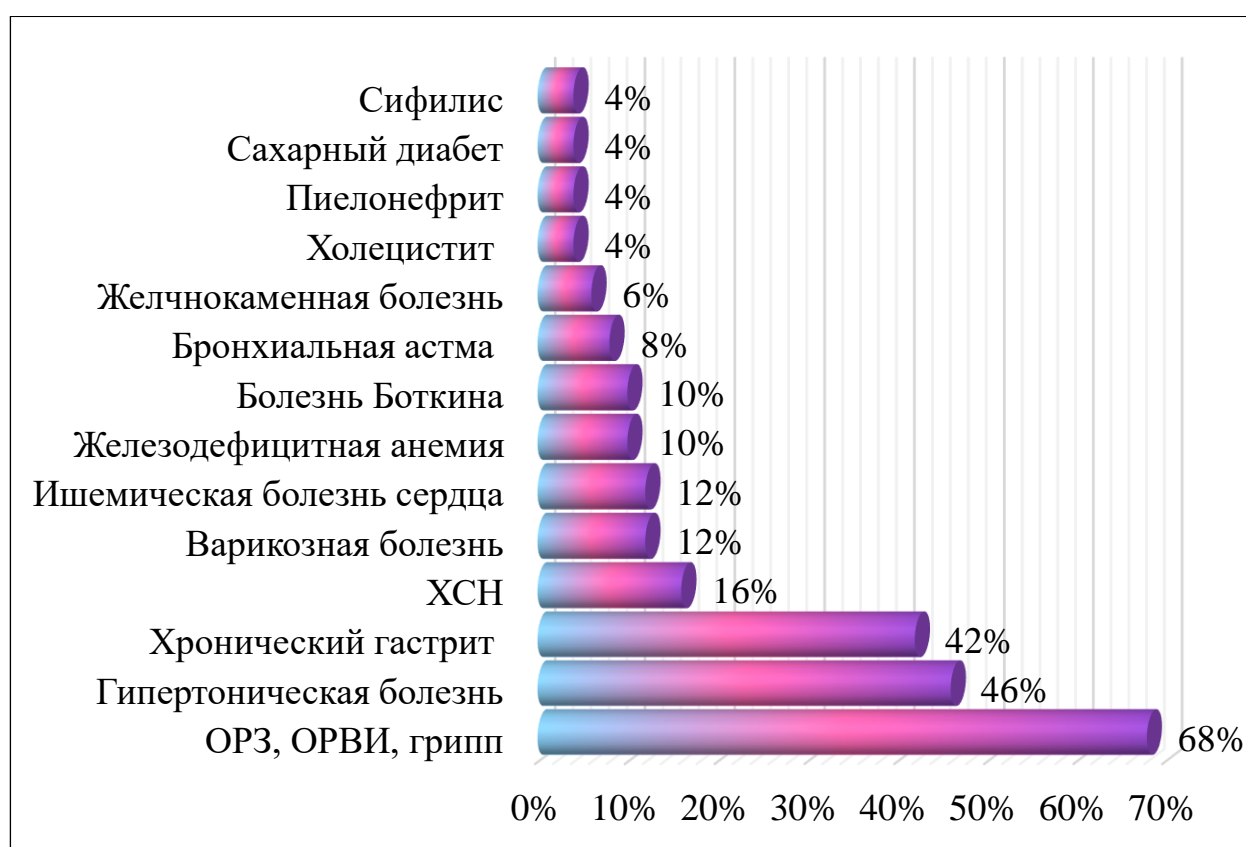


Рис. 7. Распределение соматической патологии у респонденток

У пациенток с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников были выявлены различные гинекологические заболевания: лейомиома матки – 46% случаев, хронический сальпингоофорит (аднексит) – 42%, эктопия шейки матки – 32%, эндометриоз – 16%, гидатиды маточной трубы и полипы женских половых органов (ЖПО) – по 10% случаев, первичное бесплодие (бесплодие I) – 8%, кисты молочной железы, гиперплазия

эндометрия (ГПЭ), кисты шейки матки и аномальные маточные кровотечения (АМК) – по 4% случаев. У 12% женщин сопутствующей гинекологической патологии не было (Рис. 8).

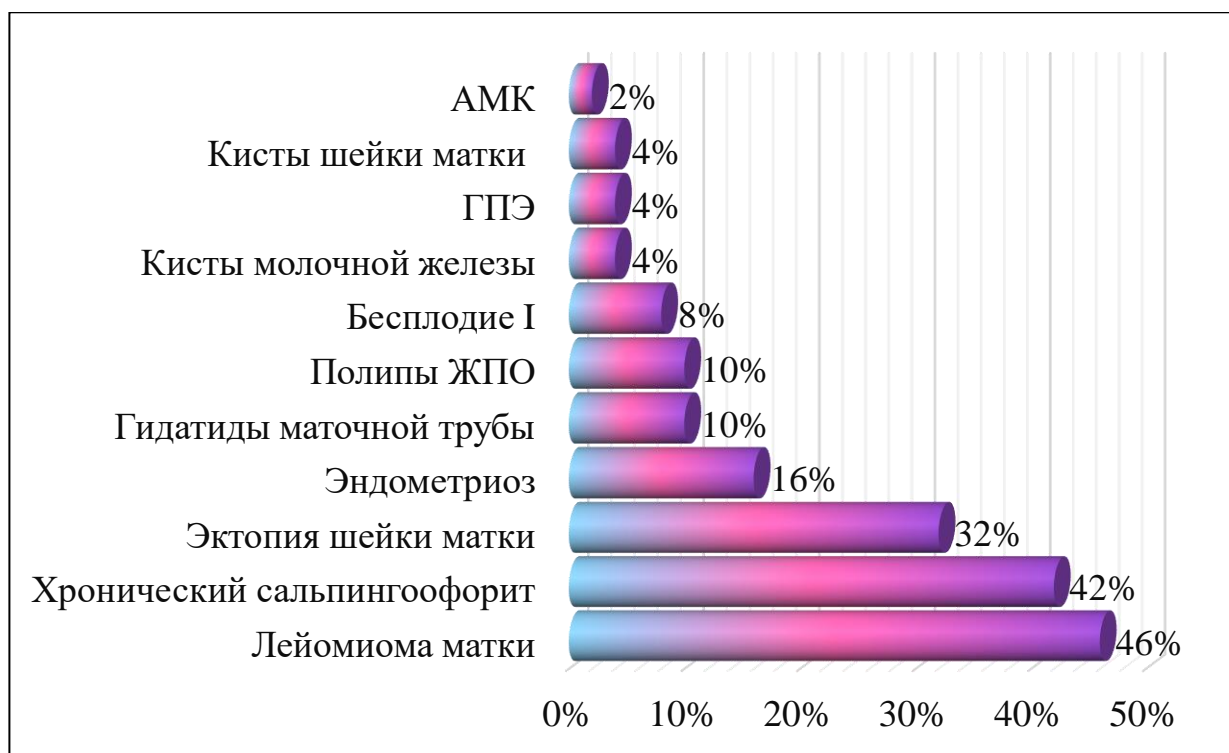


Рис. 8. Распределение гинекологических заболеваний у исследуемых женщин

Оперативные вмешательства в анамнезе зарегистрированы у 56% женщин в исследуемой группе. Цистэктомия: справа – 8% случаев, слева – 2%; аднексэктомия: справа – 4% и слева – 6%; гистерэктомия с правыми придатками – 2%, без придатков – 8%; тубэктомия справа – 2%; выскабливание полости матки – 14%; диатермоэлектрокоагуляция (ДЭК) фоновых процессов шейки матки – 20%; секторальная резекция молочной железы и вскрытие послеродового мастита – по 4%; лабиопластика, гемитиреоидэктомия, уретропластика, нефрэктомия слева, аденоидэктомия – по 2%; аппендэктомия – 14%; тонзиллэктомия – 4% (Таблица 2).

Оперативные вмешательства в анамнезе респонденток

Операции	Количество, %
Цистэктомия справа	8%
Цистэктомия слева	2%
Аднексэктомия справа	4%
Аднексэктомия слева	6%
Гистерэктомия с правыми придатками	2%
Гистерэктомия без придатков	8%
Тубэктомия справа	2%
Выскабливание полости матки	14%
ДЭК фоновых процессов шейки матки	20%
Секторальная резекция молочной железы	4%
Вскрытие послеродового мастита	4%
Лабиопластика	2%
Аппендэктомия	14%
Тонзиллэктомия	4%
Гемитиреоидэктомия	2%
Уретропластика	2%
Нефрэктомия слева	2%
Аденоидэктомия	2%

При анализе репродуктивного анамнеза выявлено, что 88% женщин с ООЯ и ДОЯ имели беременности, из них рожали 80%, искусственные аборты делали 58%, самопроизвольные выкидыши произошли у 24%, беременностей не было у 12% (Рис. 9).

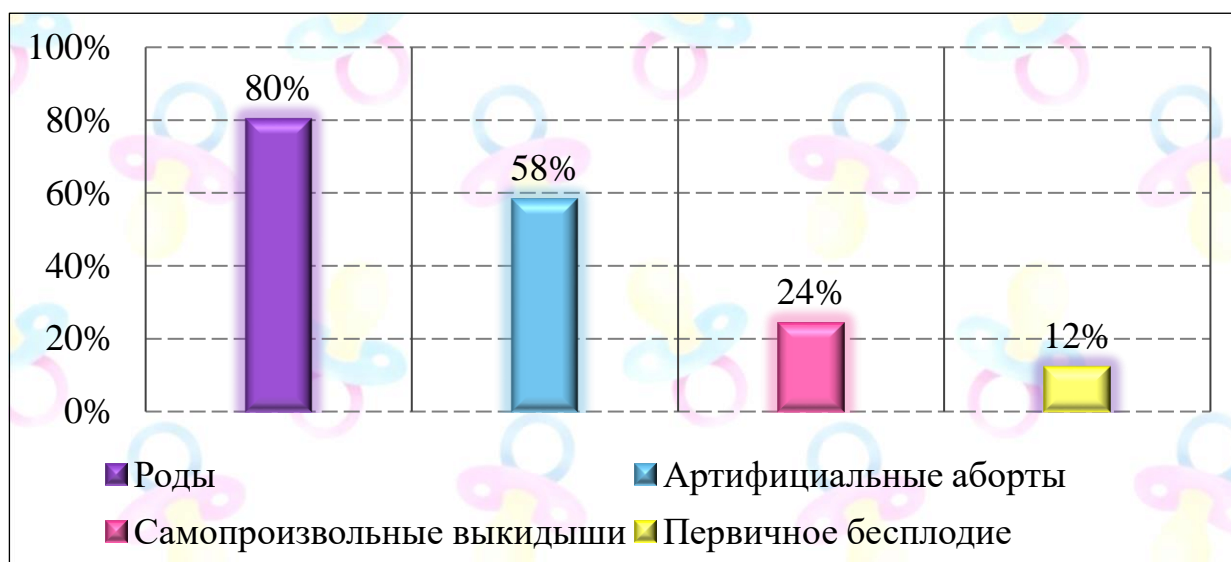


Рис.9. Структура репродуктивного анамнеза в группе исследования

Кратность родов у респонденток составила: одни роды были у 36%, двое – у 40%, трое – у 4% (Таблица 3).

Таблица 3

Кратность родов в анамнезе респонденток

Количество родов	%
1 роды в анамнезе	36%
2-е родов в анамнезе	40%
3-е родов в анамнезе	4%

До проведенного оперативного лечения длительность заболевания была менее 5 лет у 72% пациенток, более 5 лет – у 28% (Рис. 10).

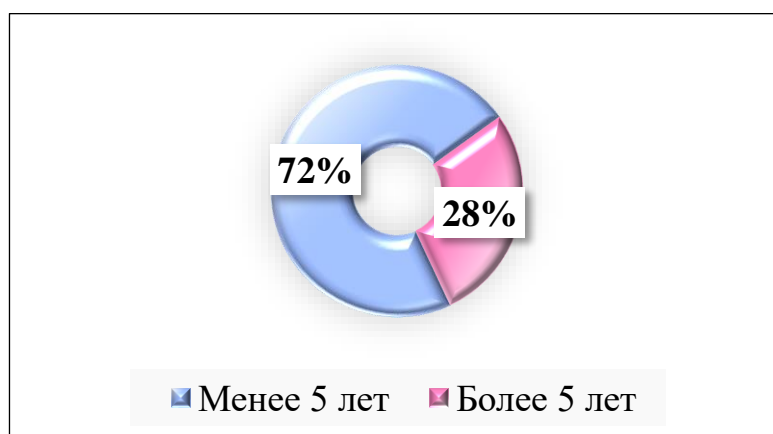


Рис. 10. Длительность заболевания до оперативного лечения

При поступлении в стационар 96% пациенток предъявили жалобы на боли внизу живота и/или в пояснице, нарушения менструального цикла (МЦ) беспокоили 40% женщин, бесплодие – 8%, тошнота и рвота – 6%. кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе – 4%, слабость и увеличение объема живота составили по 2% случаев. Жалоб не имели 4% пациенток (Рис. 11).

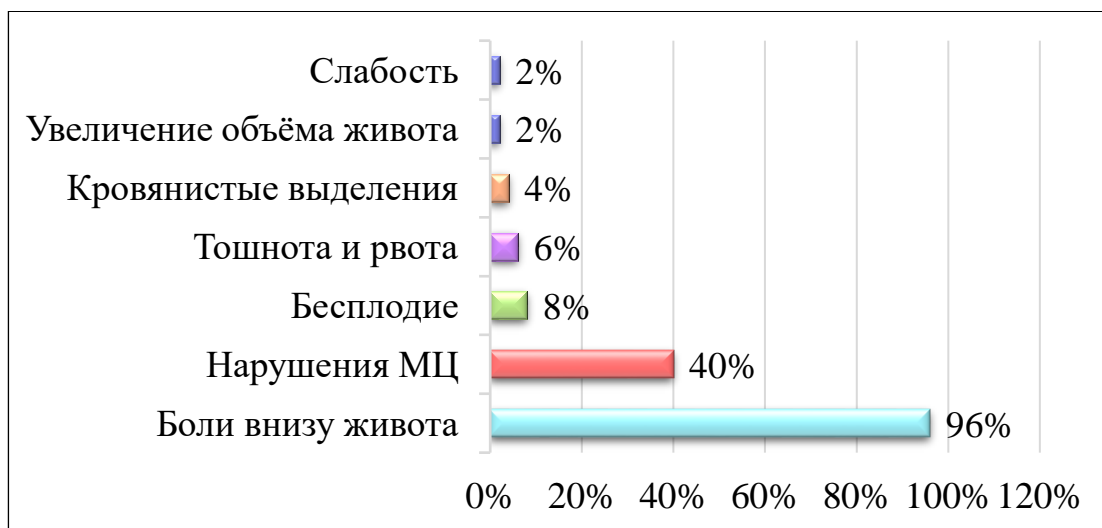


Рис. 11. Распределение жалоб респонденток при поступлении в стационар

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Для диагностики опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников использовали физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования с учетом данных анамнеза. Наиболее информативным из них является трансабдоминальное УЗИ и трансвагинальная эхография с доплерографическим изучением кровотока в сосудах малого таза, которое было проведено всем (100%) пациенткам в группе исследования, определение онкомаркеров сыворотки крови СА-125 и НЕ-4 имела место в 46% случаев (Рис. 12).

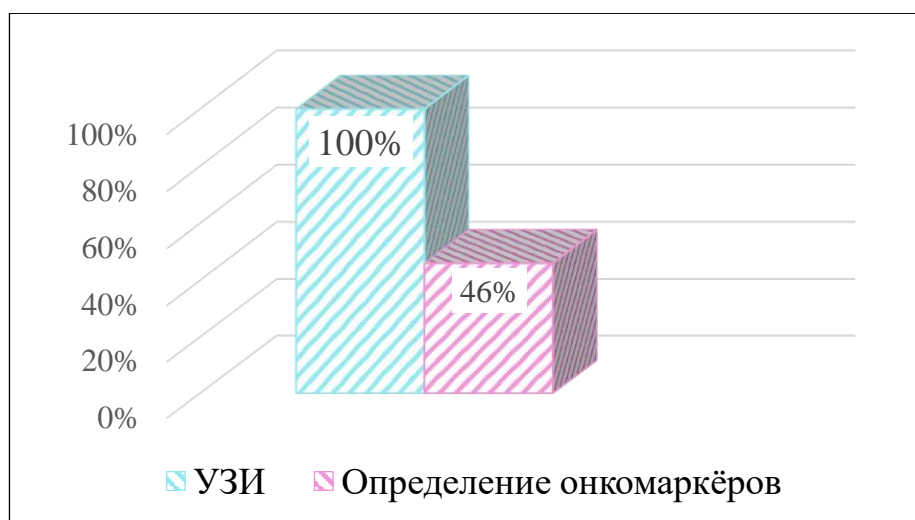


Рис. 12. Распределение диагностических методов у женщин в группе исследования

При обследовании женщин у 16% были обнаружены двусторонние опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников, по 42% составили односторонние патологические процессы (Рис. 13).

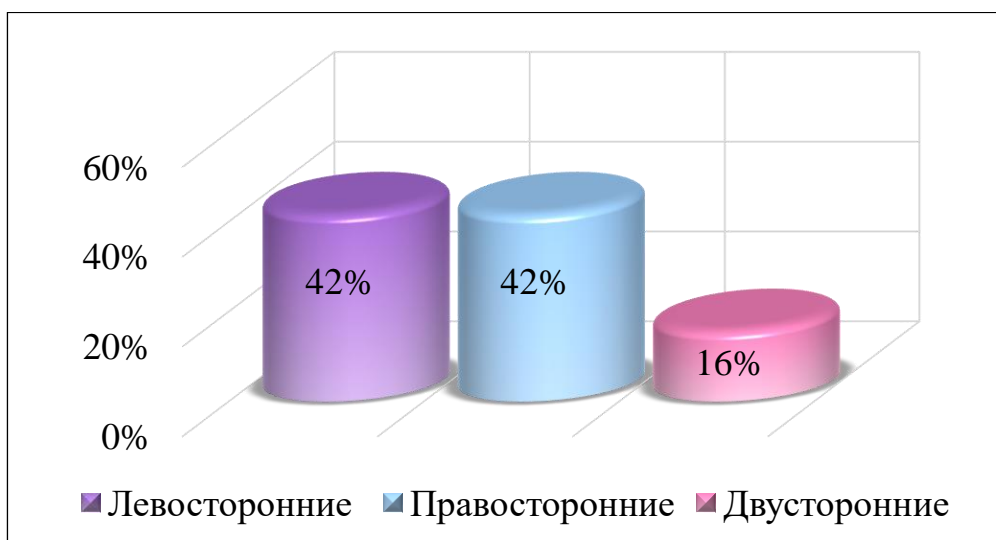


Рис. 13. Распределение ОПЯ и ДОЯ по локализации

При изучении размеров яичников, увеличенных за счёт опухолевидных образований и доброкачественных опухолей, выявилась высокая вариабельность: от 4 см до 20 см в диаметре. Яичники размером от 4 см до 10 см встречались у 82% пациенток, от 10 см до 20 см – у 18% (Рис. 14).

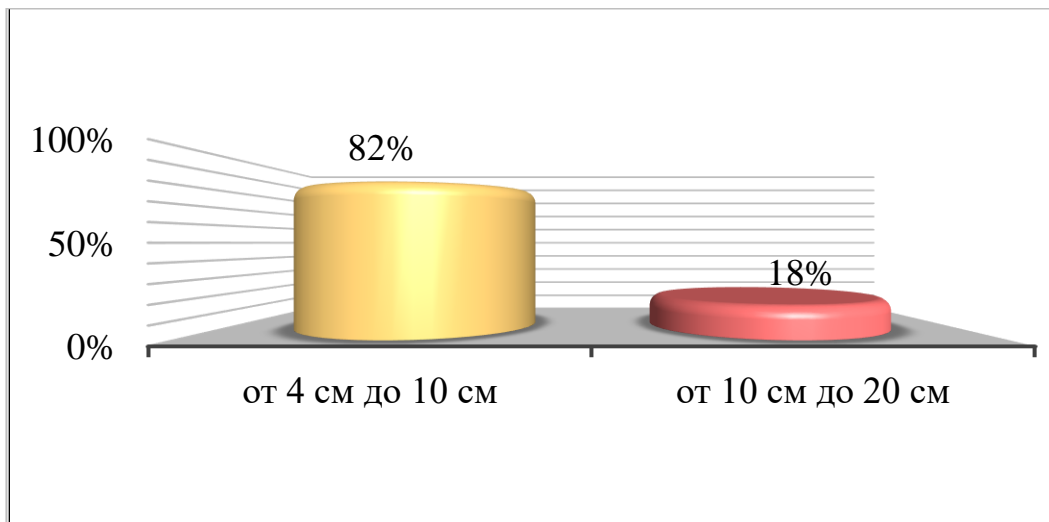


Рис. 14. Распределение размеров яичников по диаметру патологического образования

В исследуемой группе оперативное лечение было проведено 96% женщин. Две (4% случаев) пациентки, после проведенного полного клинико-лабораторного обследования и предложенной операции, от лечения отказались и выписались из отделения. Во всех остальных случаях респонденткам были сделаны хирургические операции. Вмешательства осуществлялись: в экстренном (10%) и плановом (90%) порядке (Рис. 15).

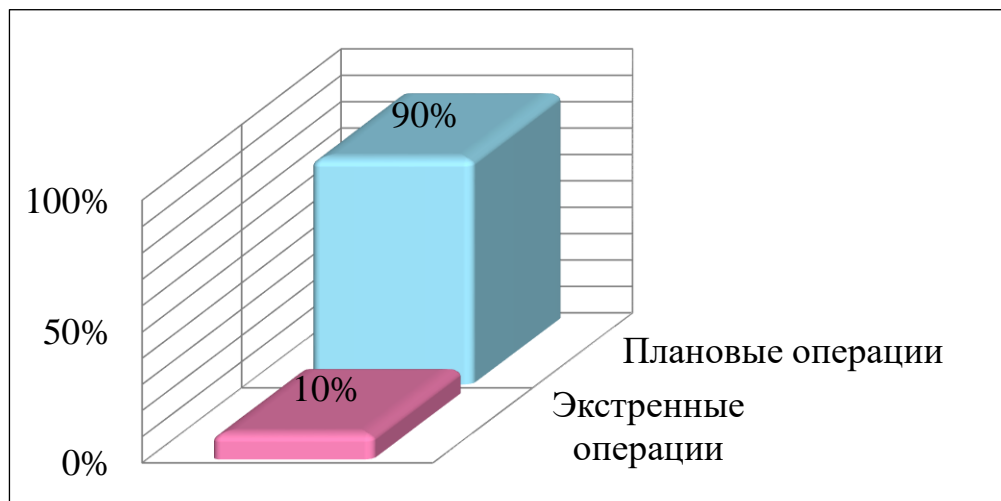


Рис. 15. Порядок выполнения операций

Показаниями к оперативному лечению у женщин в группе исследования были: перекрут ножки кисты яичника в 6% случаев, апоплексия яичника – в 4%, болевой синдром в 44% случаев, быстрый рост опухолевидных

образований и доброкачественных опухолей яичников, большие размеры – в 46% (Рис. 16).

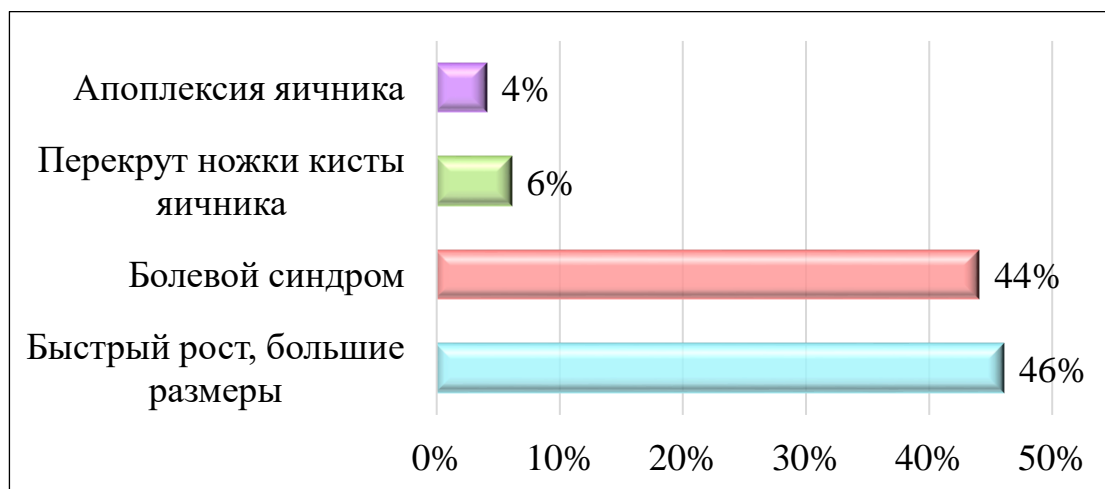


Рис. 16. Показания к оперативному лечению у женщин в группе исследования

По объему операции на яичниках распределились следующим образом: лапароскопическая цистэктомия справа – 8,3%, двусторонняя – 6,25%, слева – 10,4%. Лапароскопическая аднексэктомия составила 56,2% (справа и слева – по 20,8%, двусторонняя – 14,6%), лапаротомическая аднексэктомия – 4,2% (слева и справа – по 2,1%), лапаротомическая гистерэктомия с придатками – 8,4% (с левыми и с правыми – по 4,2%), влагалищная гистерэктомия с придатками – 6,25% (Таблица 4).

Таблица 4

Распределение операций по объему у пациенток группы исследования

Объем операции		Количество, %	
Лапароскопическая цистэктомия	Лапароскопическая цистэктомия справа	8,3%	24,95%
	Лапароскопическая цистэктомия слева	10,4%	
	Лапароскопическая цистэктомия двусторонняя	6,25%	
Лапароскопическая аднексэктомия	Лапароскопическая аднексэктомия справа	20,8%	56,2%
	Лапароскопическая аднексэктомия слева	20,8%	
	Лапароскопическая аднексэктомия двусторонняя	14,6%	
Лапаротомическая аднексэктомия	Лапаротомическая аднексэктомия справа	2,1%	4,2%
	Лапаротомическая аднексэктомия слева	2,1%	
Лапаротомическая гистерэктомия с придатками	Лапаротомическая гистерэктомия с правыми придатками	4,2%	8,4%
	Лапаротомическая гистерэктомия с левыми придатками	4,2%	
Влагалищная гистерэктомия с придатками с лапароскопической ассистенцией		6,25%	
Всего операций: 100% случаев			

Интраоперационная кровопотеря составила от 50 мл до 150 мл – 100% (Рис. 17).

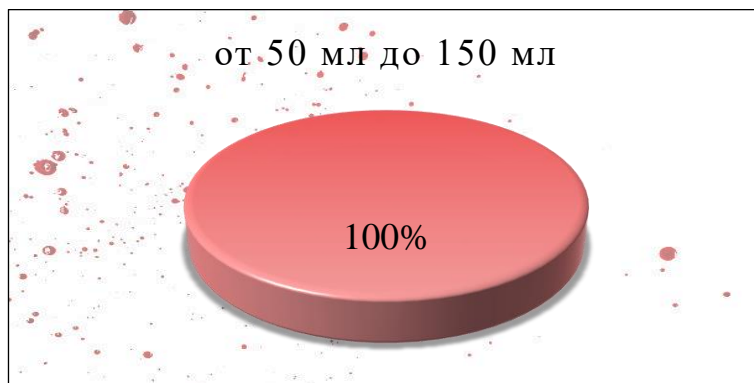


Рис. 17. Объем интраоперационной кровопотери

Все (100%) удаленные опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников были отправлены на гистологическое исследование (Рис. 18).



Рис. 18. Направление удаленного материала в лабораторию на гистологию

Морфологически: опухолевидные образования, или кисты встречались в 34%, доброкачественные опухоли, или кистомы – в 66% случаев (Рис. 19).

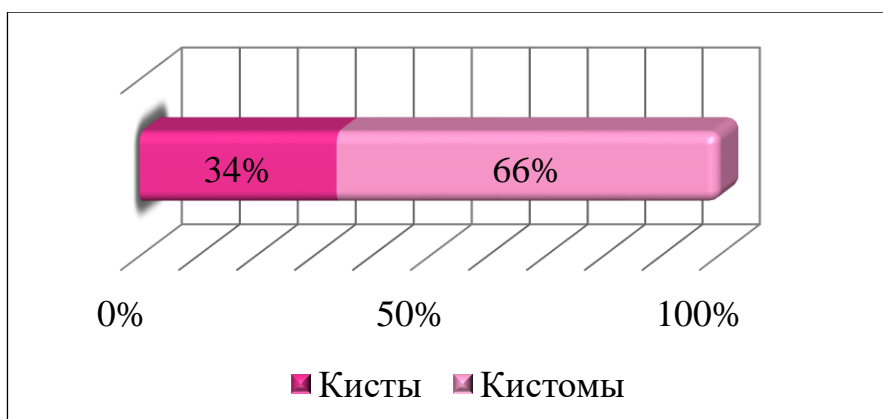


Рис. 19. Распределение ОПЯ и ДОЯ по морфологии

По результатам гистологического исследования опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников распределились следующим образом: серозная цистаденома была в 32% случаев, эндометриоидная киста – в 22%, зрелая тератома – в 16%, муцинозная цистаденома – в 8%, фолликулярные кисты – в 8%, муцинозная цистаденофиброма – в 4%, киста жёлтого тела, параовариальная киста, фиброма яичника, серозно-муцинозная цистаденома, серозная аденофиброма составили по 2% (Рис. 20).

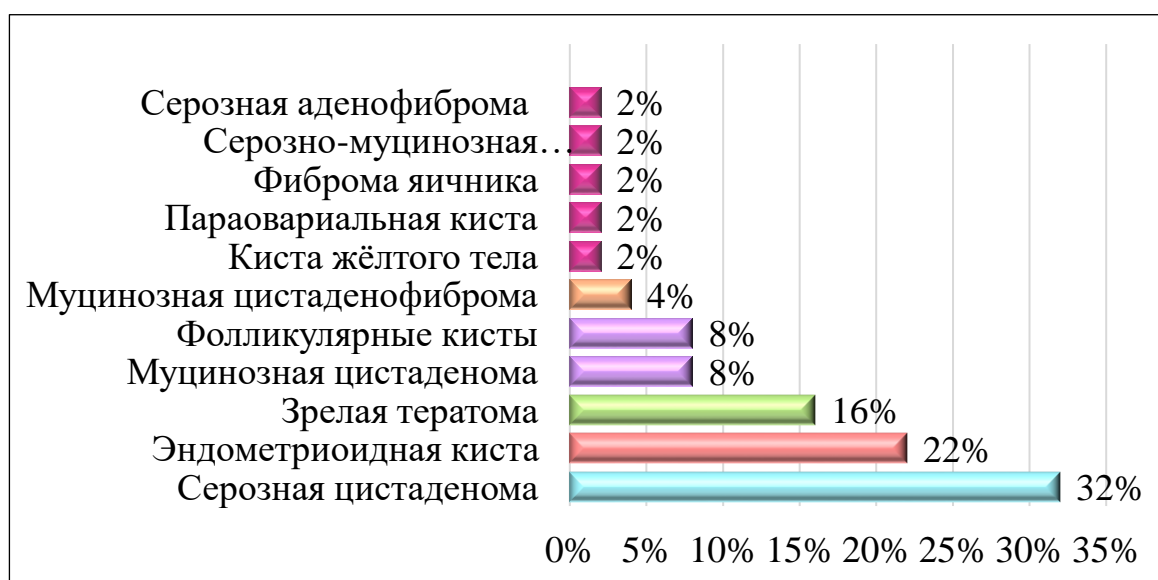


Рис. 20. Гистологическая структура объемных образований яичников (по материалам морфологического исследования операционного материала)

Послеоперационный период у всех (100%) женщин протекал без осложнений (Рис. 21).

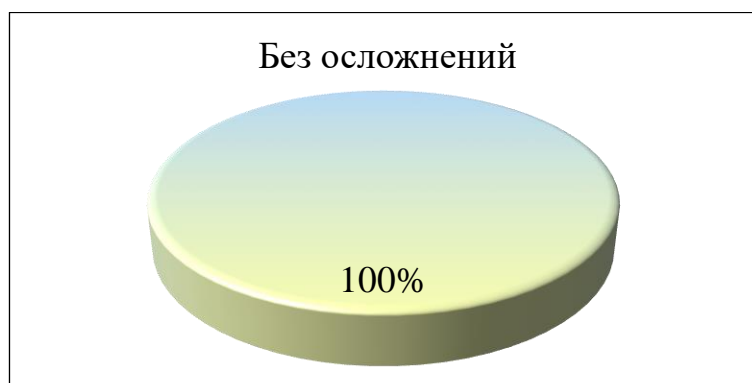


Рис. 21. Течение послеоперационного периода

Выписки из стационара женщин на 2-3 сутки – 4%, на 5-6 – 6%, на 7-8 – 46%, на 9-10 – 20%, на 11-12 – 14%, на 13-14 сутки – 10%. (Рис. 22).

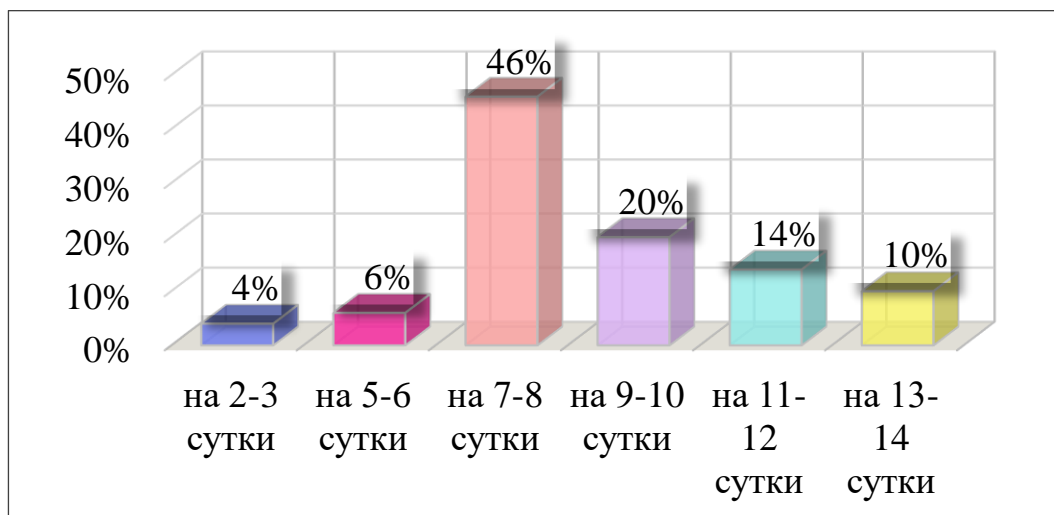


Рис. 22. Сроки выписки из стационара

Выводы:

1. В ходе проведенного клинико–эпидемиологического исследования, нами были внимательно изучены и проанализированы статистические данные об оперативном лечении пациенток с ООЯ и ДОЯ в Белгородской области за последние три полных года. В 2017 г. количество операций по поводу данной патологии выросло на 10% в сравнении с 2016 г., за счет как цистэктомий, так и аднексэктомий. В 2018 году их количество наоборот уменьшилось по сравнению с предыдущими годами на 4,9% и 14,9% соответственно, в основном, в связи со снижением оперативных вмешательств по поводу ООЯ (48% против 62% и 64%). При удалении кист и кистом превалировали лапароскопические операции (94% случаев), что полностью подтвердилось в нашем исследовании.
2. Нами составлен медико–социальный портрет больной с ООЯ и ДОЯ: это респондентка старше 40 лет, но ещё в репродуктивном периоде, родилась зимой, по жизни благополучна, то есть работает и является горожанкой. Место проживания – Белгород или Старый Оскол, экология которого весьма

неблагополучна в связи с наличием на территории Лебединского и Стойленского ГОКов, которые создают высокую запыленность воздуха, что негативно влияет на здоровье. Конечно, наша пациентка имела беременности, закончившиеся родами (паритет 2-3) и/или самопроизвольными выкидышами, делала искусственные аборты. Однако, следует особо отметить, что при этом каждая десятая пациентка, с изучаемой патологией, страдала бесплодием. Учитывая прожитые годы, респондентка приобрела как соматическую, так и гинекологическую патологию, помимо основного заболевания, и даже перенесла операции на органах малого таза, в том числе на яичниках и матке. Многочисленные экстрагенитальные заболевания (ОРЗ, ОРВИ, заболевания ССС и ЖКТ), а также воспалительные процессы гениталий явились преморбидным фоном для ООЯ и ДОЯ, которые у неё клинически проявились болями внизу живота и дисменореей. Но не прошло и пяти лет, как женщина обратилась в ЛПУ, где была всесторонне обследована (основной диагностический метод трансвагинальная ультрасонография) и получила высокотехнологичное и своевременное (ни в одном случае не было выявлено злокачественного процесса) хирургическое лечение.

3. Оперативное лечение было проведено с использованием малоинвазивных методов: в 94% случаев - лапароскопическое удаление кисты (органосохраняющая операция) или яичника при минимальной кровопотере и ранней выписке в первые семь суток (56%).
4. По данным гистологического исследования преобладали ДОЯ (66% по результатам морфологического исследования), среди которых чаще встречались серозные цистаденомы (эпителиальные опухоли яичников), ООЯ (34%) – реже и были представлены, в основном, эндометриоидными кистами.
5. Учитывая полученные результаты, необходимо обратить внимание гинекологов амбулаторного звена на диспансерное наблюдение за

женщинами, относящимися к группе риска по данной патологии, проводить ежегодные тщательные скрининговые осмотры, возможную профилактику данной патологии. Особое внимание следует обратить на диспансеризацию жительниц сельских районов, привлекать с этой целью в ЛПУ высококвалифицированный персонал и использовать современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Это позволит снизить заболеваемость опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников и уменьшить количество оперативных вмешательств на яичниках, что играет важное значение в плане сохранения овариального резерва у женщин Белгородской области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение проделанной работы можно подвести итог. Как выяснилось, опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников - достаточно распространённое заболевание среди женщин после 40 лет.

В ходе исследования нами был проведен анализ данных пациенток с ООЯ И ДОЯ, из которого было выявлено, что поступали на лечение женщины, находящиеся в возрасте от 41 года до 60 лет. Характеристика по месту жительства распределилась так, что городских женщин в процентном соотношении больше чем сельских, так как ситуация с экологией в городской местности хуже. Так же, практически все женщины, имеющие эту патологию, имели в анамнезе одну или даже несколько беременностей, которые не всегда заканчивались родами, то есть у большинства женщин имеются искусственные аборты и выкидыши.

Среди соматических заболеваний в исследуемой группе большую часть занимали острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции, а среди гинекологических – большинство респонденток имели лейомиому матки.

У большинства пациенток ООЯ и ДОЯ протекали симптомно. Жалобы при поступлении были у 96% женщин, чаще всего боли внизу живота и/или в пояснице.

До хирургического вмешательства длительность заболевания у большинства (72%) исследуемых женщин была менее 5 лет. У 84% женщин были выявлены односторонние патологические процессы. Диаметр яичников у 82% респонденток варьировал от 4 см до 10 см.

Для обследования перед операцией чаще всего использовали УЗИ (100%) и в некоторых случаях - определение онкомаркеров (46%). Показаниями к

оперативному лечению явились: перекрут ножки кисты, апоплексия яичника, болевой синдром, быстрый рост, большие размеры ООЯ и ДОЯ.

Операции были выполнены 48 пациенткам в группе исследования, так как две женщины отказались от предложенного хирургического лечения. Общепринятым является положение о том, что все больные с опухолями яичников должны подвергаться оперативному лечению. Вопросы, касающиеся объема оперативного вмешательства у женщин с опухолями яичников, являются очень важными, поскольку часто это женщины с нереализованной репродуктивной функцией. Объем операции при эндоскопическом лечении опухолей яичников определяется характером и степенью распространения патологического процесса, возрастом больной и дальнейшими ее планами в отношении деторождения. Вместе с тем не следует забывать об онкологической настороженности и индивидуально определять объем хирургического лечения.

Операцией выбора у больных репродуктивного возраста, особенно при удалении функциональных и эндометриоидных кист, является энуклеация (вылущивание кисты) с последующей термокоагуляцией, что способствует сохранению овариального резерва яичников. При невозможности энуклеации кисты из-за плотного сращения с тканью яичника выполняется резекция яичника в пределах здоровой ткани. Доказано отсутствие преимуществ аднексэктомии по сравнению с органосохраняющими операциями (резекция яичника или вылущивание кист).

Многие сложные вопросы, возникающие во время операции при хирургическом лечении доброкачественных опухолей, кист и воспалительных образований придатков матки, могут быть решены с помощью интраоперационной и лапароскопической эхографии. Для оценки степени распространения опухолевого процесса применяют флуоресцентную интраоперационную диагностику, что позволяет более четко определить степень биологической агрессивности пограничной опухоли. С целью улучшить результаты хирургического лечения доброкачественных опухолей

яичников и сохранить функциональное состояние яичников интраоперационно используются различные медикаментозные средства.

При выполнении операций большой кровопотери не наблюдалось.

По окончании всех операций материал отправляли на гистологическое исследование (в 100% случаев).

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех женщин. Сроки выписки из стационара были различны: от 2 до 14 суток, в зависимости от объема и способа выполненной операции.

Огромный интерес вызывает возможность выполнения эндоскопических операций в системе стационарзамещающих технологий, что позволит снизить нагрузку на больничные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью, повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать поликлинические кадры.

В настоящее время широко обсуждаются вопросы влияния оперативного вмешательства на репродуктивный потенциал женщины. Важнейшими вопросами, наряду с достижением качества жизни оперированных больных, является сохранение детородной функции, исходы беременности и родов. Щадящий характер лечения позволяет сохранить менструальную функцию и фертильность женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

На сегодняшний день оперативная лапароскопия представляет собой обязательный этап обследования и лечения любой пациентки с ООЯ и ДОЯ. В связи с чем, наиболее важными преимуществами эндовидеохирургических органосохраняющих операций является возможность сохранения овариального резерва, а также сокращения периода реабилитации больных, числа послеоперационных осложнений. Не менее важными преимуществами лапароскопии являются эстетика, минимальный риск осложнений со стороны брюшной полости, в том числе инфекционных, сниженный риск образования

спаяк, более комфортное течение послеоперационного периода и меньшая стоимость лечения.

Применение эндовидеохирургических органосохраняющих операций позволяет быстро и правильно поставить диагноз, провести дифференциальную диагностику и корригирующую терапию патологии органов малого таза у пациенток с наличием опухолей и опухолевидных образований яичников. Определяющим принципом хирургии новообразований яичников является выполнение стандартных объемов операций, соответствующих гистотипу опухоли, независимо от доступа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуллаева, С.А. Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных, с доброкачественными образованиями яичника и состояние репродуктивной системы после хирургической коррекции [Текст] / С.А. Абдуллаева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – Т.5, №2 – С. 17-23.
2. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии [Текст] / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. — Москва: НГМА, 2003. — 183 с.
3. Алиева, Х.Г. К вопросу оценки дифференциальной диагностики и лечения опухолевидных образований яичников [Текст] / Х.Г. Алиева, К.К. Меджидова, Г.М. Кадиева // Материалы III Международного конгресса по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции». – Москва, 2009. – С. 226-227.
4. Гинекология [Текст]: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 1008 с.
5. Гатаулина, Р.Г. Состояние репродуктивной системы у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / Р.Г. Гатаулина. – Москва, 2003. – 293 с.
6. Дзигуа, М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни [Текст]: учеб. для мед. училищ и колледжей / М.В. Дзигуа. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 360 с.
7. Карселадзе, А.И. Клинико-морфологическая диагностика опухолей яичников [Текст] / А.И. Карселадзе. — Москва: Медицина, 2005. — 64 с.
8. Кулаков, В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями

яичников [Текст] / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. — Москва: Триада-Х, 2005. — 256 с.

9. Кудрявцева, Л.И. Значение эпидемиологических и клинических исследований для ранней диагностики, лечения, и профилактики доброкачественных опухолей яичников [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Л.И. Кудрявцева. - Самара, 1998 – 346 с.

10. Кузнецова, Е.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников [Текст] / Е.П. Кузнецова, К.Г. Серебренникова, Т.А. Протопопова, В.Ф. Хмелевская // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2008 – Т.3, №1. – С. 51-57.

11. Нейштадт, Э.Л. Опухоли яичника [Текст] / Э.Л. Нейштадт, И.Н. Ожиганова. — Санкт–Петербург: Фолиант, 2017. — 352 с.

12. Опухоли женской репродуктивной системы [Текст] / под ред. С. С. Чистякова. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2011. — 224 с.

13. Радзинский, В.Е. Кисты и доброкачественные опухоли яичников [Текст] / В.Е. Радзинский, А.О. Духин. — Москва: РУДН, 2001. — 42 с.

14. Савельева, Г.М. Опухоли и опухолевидные образования яичников и их клинические проявления [Текст] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, А. А. Соломатина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – №5. – С. 63-71.

15. Савельева, Г.М. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников [Текст] / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, А. А. Соломатина и др. Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – №6. – С. 53-61.

16. Серов, В.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников [Текст] / В.И. Серов, Л.И. Кудрявцева. — Москва: Триада-Х, 2001. — 152 с.

17. Сидорова, И.С. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников [Текст] / И.С. Сидорова, С.А. Леваков. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2006. — 72 с.
18. Славянова, И.К. Акушерство и гинекология: учебник [Текст] / И.К. Славянова. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. — 573 с.
19. Урманчеева, А.Ф. Опухоли яичника (клиника, диагностика и лечение) [Текст] / А.Ф. Урманчеева, Г.Ф. Кутушева, Е.А. Ульрих. — Санкт-Петербург: Н-Л, 2012. — 68 с.
20. Урманчеева, А.Ф. Диагностика и лечение опухолей яичника: пособие для врачей [Текст] / А.Ф. Урманчеева, Г.Ф. Кутушевым — Санкт-Петербург: Н-Л, 2001. — 48 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ



Рис. 1. Базовый набор инструментов для проведения лапароскопии



Рис. 2. Лапароскопия

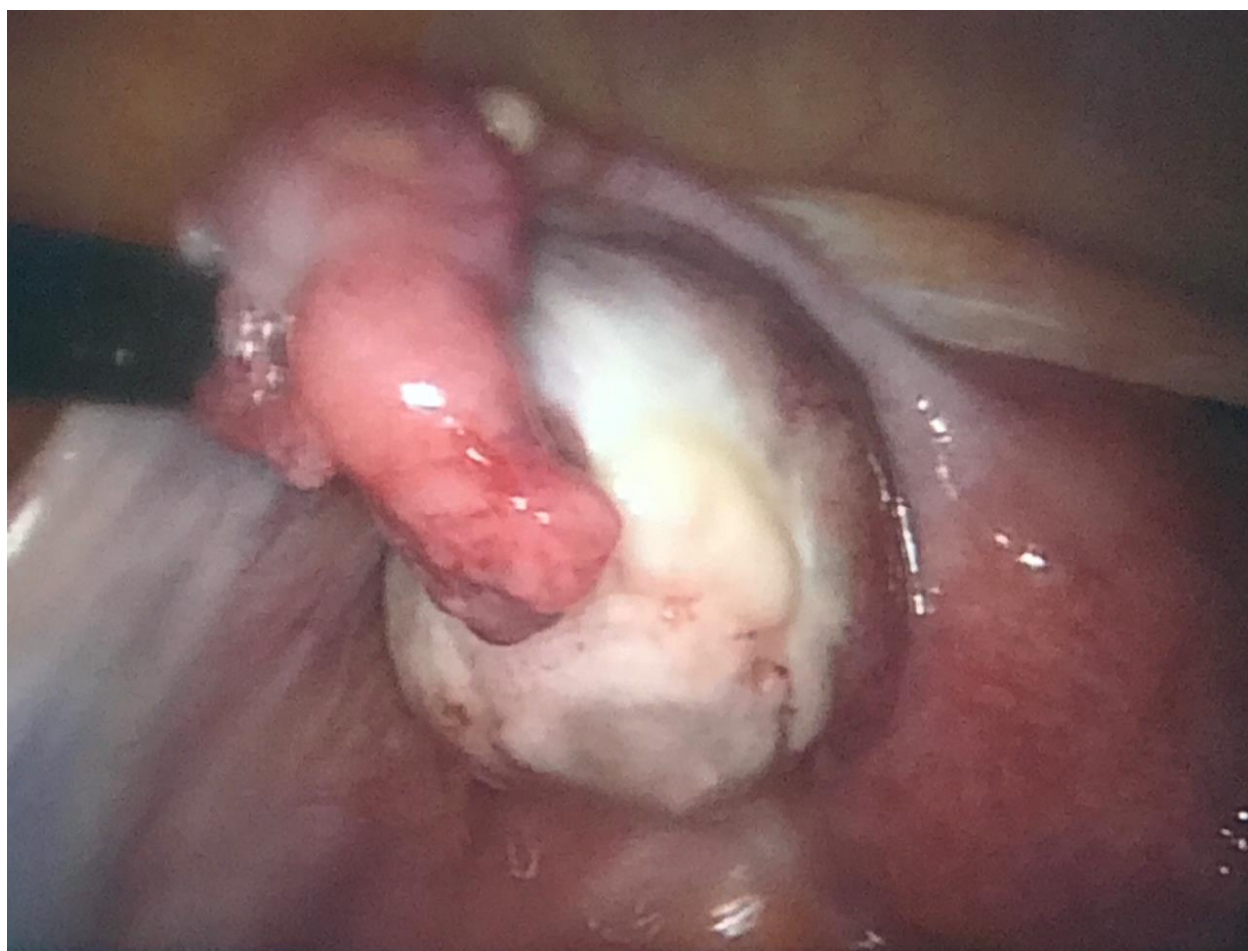


Рис. 3. Лапароскопическая картина зрелой тератомы яичника

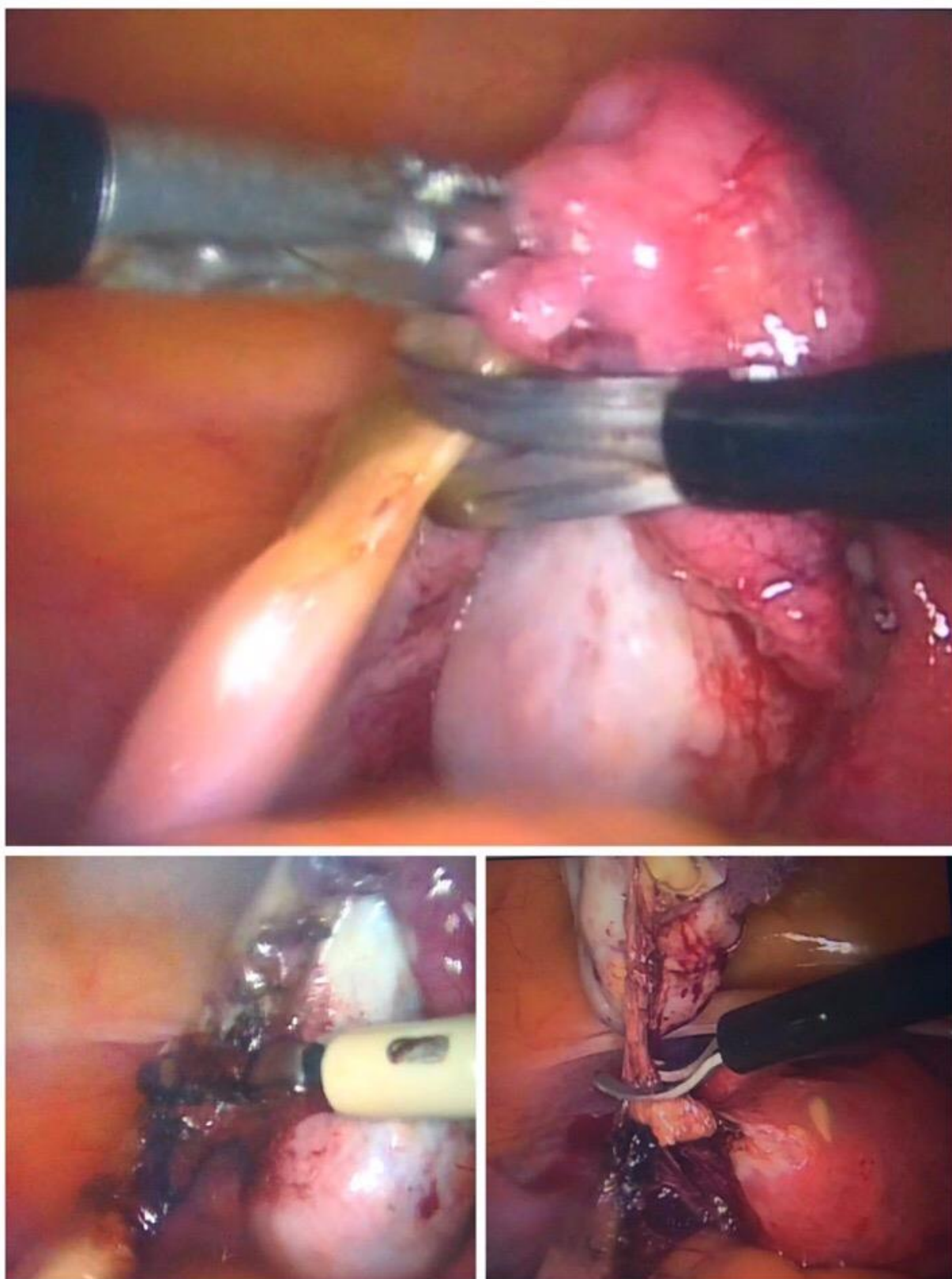


Рис. 4. Этапы лапароскопической аднексэктомии при зрелой тератоме