

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.11-006-089

ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Е.П. Кузнецова¹, К.Г. Серебренникова², Ф.К. Тетелютина¹, Р.З. Халилов³,

¹ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава,

²ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.И. Сеченова», ³МУЗ МСЧ № 3, г. Ижевск

Кузнецова Елена Петровна – e-mail: doctorfamily@mail.ru

В современной тактике лечения больных с новообразованиями яичников хирургическое вмешательство является не только основным методом лечения, но и играет значительную роль в восстановлении фертильности. В клиническом исследовании была показана важность своевременной диагностики и проведения органосохраняющего оперативного лечения больных с новообразованиями яичников.

Ключевые слова: кисты, доброкачественные опухоли яичника, хирургическое лечение.

In modern tactics of treating patients with tumors ovarian surgery are not only the principal method of treatment, but also plays a significant role in restoring fertility. In a clinical study shows the importance of timely diagnosis and surgical treatment with conservation authority of patients with ovarian tumors.

Key words: ovarian cysts, benign tumors, surgical treatment.

Введение

Опухоли яичников занимают второе место среди других опухолей женских половых органов [1]. Большинство опухолей яичников является доброкачественными. Своевременное распознавание и удаление доброкачественных опухолей является действенной профилактикой рака яичников [2, 3]. Благодаря использованию в лечебной практике современных малоинвазивных методик, хирургические вмешательства не только являются основным методом лечения, но и играют значительную роль в восстановлении фертильности [4, 5].

Цель исследования – определение роли оперативного вмешательства на яичниках в тактике ведения больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников.

Материалы и методы

В клиническое исследование включены 923 больных (средний возраст $32,33 \pm 9,73$ года) с новообразованиями яичников, находящиеся на лечении в гинекологических отделениях г. Ижевска УР и отделении ВРТ ЦКБ РАН г. Москвы. Предоперационная подготовка включала в себя: тщательное клинико-лабораторное обследование, определение уровней СА-125, СА-19-9, оценку овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией (по показаниям выполнялась магнитно-резонансная томография) [6]. Показанием к проведению планового оперативного лечения у больных с новообразованиями яичников явилось наличие одного или нескольких новообразований в яичнике, размеры более 5 см в диаметре, отсутствие эффекта от консервативной терапии. По результатам морфологического исследования удаленных тканей яичника, согласно основным нозологическим формам заболеваний (МКБ X, 1999), все больные были разделены на две группы: I (n=734) – больные с опухолевидными

образованиями яичников, II (n=189) – больные с доброкачественными опухолями яичников. Средний возраст больных по двум группам наблюдения составил $32,40 \pm 9,49$ и $33,38 \pm 10,25$ года соответственно ($p=0,213$).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью программы обработки электронных таблиц Statistica 6.0 с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов.

Результаты и их обсуждение

Оперативное лечение выполнялось нами как лапароскопическим (760/923 случая), так и лапаротомным доступом (163/923 случая). Практически все вмешательства были выполнены в плановом порядке (700/923 случая). Исключения составили экстренные ситуации, возникшие на этапе обследования и подготовки к оперативному лечению (223/923 случая). Это разрывы кист яичника – 143 случая из 923 ($15,49\% \pm 0,01$) и нарушения кровоснабжения опухолей яичника при перекруте последних – 30 из 923 ($3,25\% \pm 0,005$). При анализе полученных данных нами установлено, что достоверно чаще ($p=0,0002$) выполнялись лапароскопические плановые операции в стационарных условиях – $55,25\% \pm 0,02$ (510/923 случая). В амбулаторных условиях нами было выполнено за текущий период времени 114 из 923 вмешательств ($12,35\% \pm 0,01$). Объем оперативного вмешательства на яичнике зависел от ряда различных факторов: возраста ($r=0,094$, $p=0,004$); срочности проведения операции ($r=0,166$, $p<0,001$); интраоперационного диагноза ($r=0,122$, $p<0,001$), вида новообразования ($r=-0,182$, $p<0,001$), сочетания с наружным генитальным эндометриозом ($r=-0,230$, $p=0,03$) или другой патологией малого таза ($r=-0,195$, $p=0,021$), а также от необходимости проведения вмешательства на втором яичнике при двустороннем процессе ($r=0,246$, $p=0,002$).

Первую группу наблюдения составили пациентки с опухолевидными образованиями яичников. После детального гистологического исследования выяснено, что в группе больных с опухолевидными образованиями яичников фолликулярные кисты встречались в 127 из 923 наблюдений (13,76%±0,01). Всего у пациенток этой подгруппы было найдено 148 фолликулярных кист. В правом яичнике локализовалось 50 кист (33,78%±0,04), в левом – 56 (37,84%±0,04). С двух сторон кисты были расположены у 21 из 127 больных (16,53%±0,03). Кисты желтого тела были выявлены у 166 больных (17,98%±0,01). При лапароскопии у этих больных было найдено 176 новообразований. Справа локализовалось 79 (44,89%±0,04) кист, слева – 77 (43,75%±0,04). Двусторонняя локализация была отмечена у 10 из 166 больных (6,02%±0,02). В группу опухолеподобных образований также входят поликистозные яичники и простые кисты. У 15 из 923 больных (1,63%±0,005) были выявлены поликистозно-измененные яичники. У оперированных больных в этой подгруппе было выявлено всего 27 кист. Практически у всех – 80%±0,1 (12/15 случаев) процесс был двусторонний. Простые кисты имели место в 26,86%±0,01 (248/923 случая). Всего было найдено у пациенток с этой патологией 270 кист яичника. Локализация в основном односторонняя. Справа кисты располагались у 123 из 248 (49,59%±0,03) пациенток, слева у 103 из 248 пациенток (41,53%±0,03). С двух сторон локализация была отмечена у 22 из 248 пациенток (8,87%±0,02). Эндометриоз яичников встречался у 154 из 923 пациенток (16,68%±0,01). Всего было найдено у пациенток этой подгруппы 203 кисты. Располагались образования как с одной – 68,83%±0,04 (106/154 случая), так и с двух сторон – 31,17%±0,04 (48/154 случая). Справа было расположено 52 из 203 новообразований (25,62%±0,06), слева 54 из 203 (26,6%±0,03). Стенка эндометриоидной кисты была сращена с окружающими тканями и париетальной брюшиной у 66 из 154 больных (42,86%±0,04). На ее поверхности, а также на париетальной брюшине у 68 (44,16%±0,04) пациенток располагались очаги эндометриоза. Особой сложности в диагностике эндометриоидных гетеротопий кист яичника не возникало, лишь при расположении последних в толще яичника возникали диагностические трудности. Поэтому первоначально данное заболевание было обнаружено лишь у 136 из 154 пациенток с эндометриозом яичников (88,31%±0,03). Но после проведения дополнительной пункции яичников, произведенной в связи с изменениями стромы и консистенции яичников, а также на основании данных ультразвукового сканирования эндометриоидные кисты были обнаружены у всех 154 оперированных больных. Следующую подгруппу больных с опухолеподобными образованиями составили 24 больные из 923 (2,6%±0,03) с параовариальными кистами. У этих пациенток было выявлено 26 кист. Двусторонняя локализация выявлена у 2 из 24 пациенток. Среди остальных справа было расположено 10 из 26 кист (38,46%±0,09), слева 12 из 26 (46,15%±0,09).

В группе доброкачественных опухолей яичников у 66 из 923 пациенток (7,15%±0,008) были выявлены серозные цистаденомы. Эта морфологическая разновидность относится к истинным опухолям. Среди 66 пациенток было найдено 85 новообразований. При осмотре серозные цистаденомы были однокамерные, встречались как односторонние, так и двусторонние образования. Справа локализовалось 24 из 85 кист (28,23%±0,09), слева 25 из 85 новообразований (29,41%±0,05). Двусторонняя локализация была выявлена у 18 из 66 пациенток (27,27%±0,05). Лишь в нескольких случаях (10/66 случаев) среди серозных цистаденом встречались варианты с папиллярными разрастаниями на внутренней поверхности капсул (15,15%±0,04). Во время лапароскопии при первичном осмотре наличие муцинозных цистаденом было установлено у 11 из 84 пациенток (13,09%±0,04) с эпителиальными опухолями, что было подтверждено и при патоморфологическом исследовании. Двусторонняя локализация была отмечена в 2 из 11 случаев (18,18%±0,11). Справа располагалось 5 из 13 (38,46%±0,13) новообразований, слева 4 из 13 (30,77%±0,13). В 2 случаях среди оперированных больных была обнаружена фиброма яичника – доброкачественная опухоль, развивающаяся из его стромы. В 5 случаях – текома яичника, происходящая из тека-клеток внутренней оболочки яичника. Расположение было как одностороннее – 60,0%±0,22 (3/5 случаев), так и двустороннее – 40,0%±0,2 (2/5 случаев). Зрелая кистозная тератома (дермоидная киста) была выявлена у 105 из 923 пациенток (11,37%±0,01). Локализация тератом в основном была односторонняя – 88,57%±0,03 (93/105 случаев). В правом яичнике локализовалось 56 из 93 (60,22%±0,05) новообразований, в левом 37 из 93 (39,78%±0,05).

В плановом порядке (37,48%±0,02) достоверно чаще ($p=0,003$), чем в экстренном (7,58%±0,008), нами выполнялись цистэктомии яичников. Средний возраст больных, которым была выполнена цистэктомия, составлял 30,31±8,1 года. У больных I группы ($p=0,010$) данный объем оперативного лечения выполнялся чаще среди больных с параовариальными кистами яичников (79,17%±0,08), а среди больных II группы ($p=0,004$) у пациенток с дермоидными кистами яичников (60,95%±0,05). Резекция яичников достоверно чаще ($p=0,053$) выполнялась среди больных I группы (36,37%±0,02), чем среди больных II группы (22,22%±0,03). Возраст больных с резекцией яичников в среднем составил 32,78±9,22 года. В небольшом проценте случаев оперированным больным выполнялась сальпинговарэктомия (17,98%±0,01) как в плановом (14,52%±0,01), так и в экстренном порядке (3,46%±0,005). Средний возраст этих больных составил 38,1±11,92 года. Оварэктомия была выполнена 6 (0,65%±0,003) больным по строгим показаниям. У 14 (1,52%±0,001) больных были выполнены коагуляции кист яичников, так как последние не превышали 1–2 см. Во всех этих случаях небольшие кистозно-измененные участки яичника были отправлены на гистологическое исследование.

Трем больным были выполнены биопсии яичников при подозрительных изменениях в яичниках.

Таким образом, независимо от вида доступа и срочности проведения оперативного вмешательства, при наличии интраоперационных условий, нами выполнялись органосохраняющие операции, направленные на сохранение репродуктивной функции больных. Достоверно чаще ($p=0,00$ и $p=0,02$ соответственно) как при опухолевидных образованиях яичников ($45,5\% \pm 0,02$), так и при доброкачественных опухолях ($43,38\% \pm 0,02$) это были цистэктомии. После оперативного лечения все удаленные ткани отправлялись на морфологическое исследование с целью верификации диагноза [6].

При морфологическом исследовании удаленных тканей с одного яичника были идентифицированы не один, а два и даже три различных гистологических варианта новообразований. У 99 ($10,73\% \pm 0,01$) из 923 оперированных больных при односторонних новообразованиях в одном яичнике были найдены по 2 гистологических варианта (рис.). Так, в группе опухолевидных образований яичников среди 24 больных ($24,24\% \pm 0,04$) с фолликулярными кистами яичников у 19 ($79,17\% \pm 0,08$) имело место сочетание с простой кистой, у 3 ($12,5\% \pm 0,07$) – с кистой желтого тела, по одному случаю со склерокистозом яичника, с грубососочковой цистаденомой (возраст пациентки – 15 лет, выполнена аднексэктомия) и солитарной кистой (возраст пациентки – 22 года, выполнена резекция яичника). Среди пациенток с кистами желтого тела (16/99 случаев) в 10 случаях ($62,5\% \pm 0,12$) имело место сочетание с фолликулярной кистой, в 4 ($25\% \pm 0,11$) с простой кистой и по одному случаю с текомой (возраст пациентки – 35 лет, выполнена резекция яичника) и серозной цистаденомой (возраст пациентки – 50 лет, выполнена резекция яичника). При простых кистах (9/99 случаев) наиболее часто встречалось сочетание с фолликулярными кистами ($55,55\% \pm 0,18$), кистами желтого тела ($33,33\% \pm 0,16$), серозными кистами ($22,22\% \pm 0,14$), склерокистозом яичника ($11,11\% \pm 0,1$). Эндометриоз яичника (14/99 случаев) в основном сочетался ($50,0\% \pm 0,13$) с простыми кистами, по два случая ($14,28\% \pm 0,09$) с фолликулярными кистами, кистами желтого тела, серозными цистаденомами (возраст пациенток 45 и 27 лет, выполнены цистэктомия и аднексэктомия соответственно), и в одном случае со склерокистозом яичника.

Помимо параовариальных кист (6/99 случаев), гистологи в операционном материале находили простые кисты ($66,67\% \pm 0,19$), эндометриоз яичника и кисту желтого тела. В одном случае имело место одновременное нахождение в одном яичнике склерокистозно измененных участков яичника с эндометриозом.

Среди группы пациенток с доброкачественными опухолями яичников у 11 из 99 больных ($11,11\% \pm 0,01$) имело место сочетание дермоидных кист яичников с простыми кистами ($27,27\% \pm 0,13$), с фолликулярными ($27,27\% \pm 0,13$), с сероз-

ной цистаденомой ($9,09\% \pm 0,08$), с параовариальной кистой ($9,09\% \pm 0,08$), эпидермальной кистой ($9,09\% \pm 0,08$) и текоматозом ($9,09\% \pm 0,08$). Серозные цистаденомы (15/99 случаев), по данным гистологического исследования, сочетались в 5 случаях ($33,33\% \pm 0,12$) с фолликулярными кистами, в 6 ($40,0\% \pm 0,1$) с грубососочковой или папиллярной цистаденомой, в одном случае с простой кистой яичника и в одном – с раком яичника (возраст пациентки 31 год, выполнена аднексэктомия). В одном случае муцинозная цистаденома сочеталась с простой кистой яичника, две текоматозные опухоли сочетались с простой и фолликулярной кистами яичника.

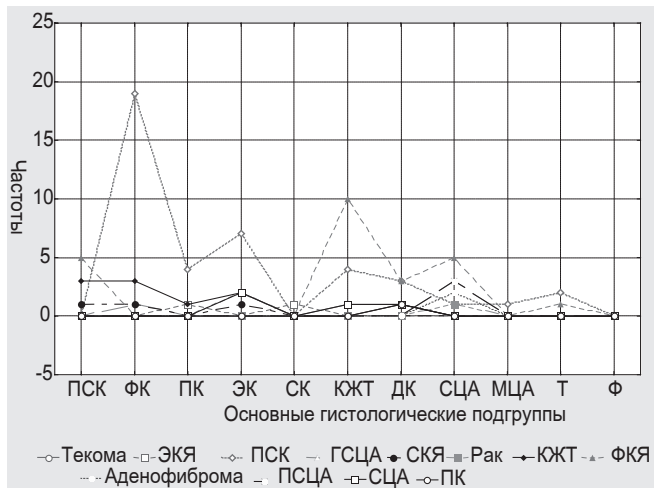


РИС.

Сочетание различных гистологических вариантов в одном яичнике при односторонних новообразованиях (ПСК – простая серозная киста, ФК – фолликулярная киста, ПК – параовариальная киста, ЭК – эндометриоз яичника, СК – склерокистоз яичника, КЖТ – киста желтого тела, ДК – дермоидная киста, СЦА – серозная цистаденома, МЦА – муцинозная цистаденома, Т – текома, Ф – фиброма).

Таким образом, по данным гистологического исследования, в 43 случаях вторым гистологическим диагнозом оказались простые кисты ($43,43\% \pm 0,05$), в 26 ($26,26\% \pm 0,04$) фолликулярные кисты и в 10 ($10,10\% \pm 0,03$) кисты желтого тела. Все остальные варианты составили $20,20\% \pm 0,04$. Этот факт очень важен, так как результаты морфологического исследования играют важную роль в планировании дальнейшего ведения пациентки, а также в плане подбора патогенетической послеоперационной терапии [7, 8, 9].

После подтверждения диагноза рекомендовалась патогенетическая терапия – витаминотерапия, метаболическая терапия, гормональная терапии, системная энзимотерапия [8, 9]. В результате проведения послеоперационной терапии беременность наступила у 70 ($7,58\% \pm 0,008$) из 923 больных. Средний возраст этих больных составил $29,96 \pm 5,66$ года. Из числа забеременевших после комплексной терапии беременность наступила у 24 больных ($34,28\% \pm 0,05$) с первичным бесплодием и у 44 ($62,86\% \pm 0,05$) с вторичным. Среди больных, не страдающих бесплодием и получавших лечение после операции, беременность наступила у двух ($2,86\% \pm 0,02$) больных.

Выводы

Своевременная диагностика опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников, правильное решение тактических и организационных вопросов, оказание своевременной современной квалифицированной помощи и оптимизация ведения послеоперационного периода являются залогом успешного лечения больных с новообразованиями яичников и гарантией сохранения и восстановления фертильности женщин.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. *Consilium Medicum*. 2007. № 1. С. 15–17.
2. Броварская Ю.М., Вознюк А.В., Мишко А.С., Роль лапароскопии в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников у нерожавших женщин. *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний*. 2006. Москва. С. 130–131.
3. Манухин И.Б., Кушлинский Н.Е., Высоцкий М.М. и др. Роль молекулярно-биологических факторов в патогенезе опухолей яичников и в выборе объема

и доступа и операций. *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний*. 2006. Москва. С. 133–135.

4. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Кайтукова, Е.Р. и др. Ретроспективный анализ выбора объема и доступа оперативного лечения опухолей яичников. *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний*. 2006. Москва. С. 137–138.
5. Пономарев В.В., Жуйко А.А., Артшков В.В. и др. Опыт лапароскопического лечения пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. 2008. Москва. 455 с.
6. Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г., Халилов Р.З. Значение определения онкомаркеров у больных с опухолевидными образованиями яичников. *Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя»*. 2007. Казань. 276 с.
7. Кузнецова Е.П. Анализ гистологической характеристики объемных образований яичников у оперированных женщин репродуктивного возраста. *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. 2008. Москва. С. 388–389.
8. Валиулина Н.З., Ящук А.Г., Даутова Л.А. и др. Комплексная реабилитация гинекологических больных в послеоперационном периоде. *Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России*. 2008. Москва. 320 с.
9. Muzii L., Marana R. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial. *Am. J Obstet Gynecol*. 2000. № 183. P. 588–592.