

Цыпурдеева А. А., Чмаро М. Г.

¹НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,

²клиника акушерства и гинекологии им. А.Я.Красовского Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы. Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией и составляют до 19–25 % от числа всех новообразований половых органов. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными (75–87 %). Злокачественные опухоли встречаются от 10 % до 25 % (Бохман Я.В., 1989; Адамян Л.В., 1999; Цывьян Б.Л., Макляк А.К., Беженарь В.Ф., 2001). До 11–12 % чревосечений в гинекологических отделениях выполняются по поводу опухолей яичников и их осложнений (Серов В.Н., Кудрявцева Л.И., 1999). Частота предоперационных ошибок в диагностике для всех опухолей яичников составляет 1,2 %; из них: для злокачественных — 25–51 %, для доброкачественных — 3–31,3 %, для опухолевидных образований — 30,9–45,6 % (Серов В.Н., Кудрявцева Л.И., 1999; Leung T.N., Yuen P.M., Yang W.T., 1997). Основными причинами диагностических ошибок являются длительное наблюдение за больными с небольшими «кистами» яичников, длительное безуспешное противовоспалительное лечение при увеличении придатков матки, длительное наблюдение за больными с предполагаемым диагнозом миомы матки, с опухолями в малом тазу неясной локализации (Леваков С.А., 1997; Цыпурдеева А.А., 2004). В литературных источниках, посвященных изучению состояния здоровья женщин, у которых возникли рецидивы доброкачественных опухолей яичников, практически нет сведений о частоте развития рецидивов при различных морфологических типах опухолей, о состоянии иммунологической резистентности данных больных, о влиянии комплекса неблагоприятных профессиональных и социальных факторов.

Цель исследования: оценка возможностей лапароскопии в улучшении диагностики рецидивирующих доброкачественных новообразований яичников и выборе рациональной тактики при их лечении.

Материал и методы. В основу исследования легли клиничко-морфологические данные, полученные о 365 пациентках с опухолями яичников в период с 1997 по 2006 гг. Изучены амбулаторные карты, истории болезни, протоколы операций, специально разработанные анкеты, в которых отражены анамнестические данные, материалы дооперационного обследования, операционные находки, морфологические заключения, характер проведенного первичного лечения, объективный

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

статус после лечения, продолжительность ремиссии. К обследованной группе было отнесено 365 пациенток, у которых были выявлены объемные образования в полости малого таза размерами от 2,5 до 8,0 см. В большинстве случаев это были эхографические «находки» при обследовании женщин в поликлиниках и женских консультациях. Возраст пациенток колебался от 18 до 83 лет (средний возраст — $48,5 \pm 4,3$ г). Более 80 % пациенток были старше 40 лет.

Результаты исследования. Большинство пациенток — 176 (48,2 %) не предъявляло какие-либо жалобы, что объясняется небольшими размерами опухолей. Только 54 женщины (14,8 %) жаловались на незначительные боли внизу живота и пояснице, носящие тупой, ноющий характер. Второй по частоте жалобой было нарушение менструального цикла у 45 (12,3 %) обследованных больных в репродуктивном и перименопаузальном периоде, кровянистые выделения в менопаузе отмечались у 13 (3,5 %). Отягощенный соматический анамнез имели около 80 % пациенток в возрасте старше 45 лет и, только приблизительно у 15 % больных детородного возраста, экстрагенитальная патология у которых выражалась в заболеваниях щитовидной железы, а заболевания молочной железы — диффузный и локализованный фиброаденоматоз наблюдались у 33,9 % пациенток. У подавляющего числа пациенток с опухолевыми образованиями яичников отмечали отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Хроническим сальпингоофоритом страдали 24,4 % женщин, у 15,9 % больных прослеживались нарушения менструальной функции, операции на придатках матки в анамнезе имели 23,7 % пациенток. Характерно, что только у 11,5 % больных с объемными образованиями придатков акушерско-гинекологический анамнез не был отягощен. У 76 (20,8 %) обследованных больных объемные образования в малом тазу при бимануальном ректо-вагинальном исследовании не определялись. У этих пациенток образования в области придатков были обнаружены только при проведении ультразвукового исследования.

Во время лапароскопии у 360 (98,6 %) больных были обнаружены опухоли и опухолевидные образования придатков матки. У 285 (78,1 %) пациенток были выявлены истинные опухоли придатков матки, из них у 279 (97,9 %) — доброкачественные, а у 6 (2,1 %) — злокачественные. В

75 (20,5 %) случаях обнаружены опухолевидные образования в виде параовариальных, ретенционных кист и тубоовариальных воспалительных процессов. У 4 (1,1 %) пациенток опухоль яичника имитировали субсерозные узлы миомы матки на ножке или расположенные интралигаментарно, а у 1 (0,3 %) — выявлена экстрагенитальная забрюшинная опухоль малого таза. Большинство опухолей были эпителиальные (58,3 %), герминогенные — составили 6,1 %, опухолевидные процессы — 20,8 %, а опухоли стромы полового тяжа — 14,7 %. При этом обращает внимание высокая частота рецидивов доброкачественных новообразований яичников — 11,9 %. Наиболее часто диагностированы рецидивы герминогенных опухолей (27,3 %), опухолевидных процессов (16 %), эпителиальных опухолей (10 %), опухолей стромы полового тяжа (7,5 %).

После уточнения диагноза объем операции выбирали согласно общепринятым положениям хирургического лечения образований яичников с учетом возможностей лапароскопического доступа. У 360 больных с доброкачественными заболеваниями органов малого таза были выполнены лапароскопические операции: пациенткам репродуктивного возраста выполняли органосохраняющие операции, больным старше 50 лет — двухстороннюю аднексэктомию. В большинстве случаев (у 78 %) лапароскопия была первым оперативным вмешательством, у 54 пациенток (15,1 %) ей предшествовали от 1 до 3 оперативных вмешательств — чревосечение или лапароскопия по поводу патологии органов малого таза (тубэктомия, резекция яичника, аднексэктомия, гистерэктомия) и брюшной полости (аппендэктомия, холецистэктомия). У 198 (54,2 %) больных в возрасте до 40

лет выполнены максимально щадящие операции: удаление опухоли яичника или его резекция, при рецидивном характере опухоли данный объем производили только у 11 больных (3 %). В большинстве случаев — 152 (41,6 %) выполнялась односторонняя аднексэктомия у пациенток старше 40 лет при любом размере опухоли, а также у молодых больных при наличии дермоидной или эндометриоидной опухоли размерами 7–8 см и в случае рецидивирования опухоли — 7,9 %. Двухсторонняя аднексэктомия выполнена 8 (2,2 %) больным старше 50 лет, при этом в 3 случаях эту операцию выполняли при рецидивах — 0,8 %. В 40,5 % спаечный процесс потребовал выполнения сопутствующего адгезиолизиса, в 6 случаях (1,6 %) подозрения на злокачественный характер опухоли лапароскопию считали диагностической, технические трудности при выделении забрюшинной опухоли потребовали конверсионной лапаротомии у 1 больной (0,3 %), в 1,1 % случаев 4 пациенткам выполнена миомэктомия.

Выводы. Таким образом, диагностической ценностью лапароскопии в алгоритме обследования женщин с объемными образованиями малого таза при сохраняющихся сомнениях после проведения неинвазивных методов обследования является возможность визуализации органов брюшной полости и малого таза и морфологическая верификация опухоли ввиду возможности выполнения срочного гистологического исследования. Проведенные исследования подтверждают необходимость более широкого применения лапароскопии при выявлении объемных образований «малых размеров» особенно у женщин в пре- и постменопаузе с целью ранней диагностики онкологического заболевания.