

УДК 618.1:616.07 (584.5)

М.Х.Курбанова, Э.Х.Хушвахтова, З.А.Ашурова, Т.Х.Набиева, Р.Р.Рахматуллаев**ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПУХОЛЕЙ И
ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН
РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА***(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоевой 06.01.2009 г.)*

В последние годы наряду с эхографическим, эндоскопическим, иммуноферментным (определение уровня онкомаркеров в крови) и морфологическим методами диагностики опухолей яичников все большее признание получает интраоперационный цитологический метод [1-3].

Цитологическая диагностика характера опухоли яичника (как доброкачественной, так и злокачественной) основана на том, что слущенные с поверхности капсулы опухолевые клетки попадают в брюшную полость и скапливаются внутри нее. По характеру этих клеток можно уточнить не только доброкачественность или злокачественность опухоли яичника, но и ее гистологическую структуру. Однако, по данным ряда авторов [4-8], частота цитологически отрицательных результатов достигает 40-50%, а у 10-30% пациенток оказывается невозможным получить перитонеальную жидкость путем пункции заднего свода. В связи с этим актуален поиск дифференциально-диагностических цитологических критериев доброкачественности или злокачественности опухоли яичника, особенно при эндохирургическом лечении больных.

Цель настоящего исследования – цитоморфологическая характеристика опухолей и опухолевидных образований яичников у девушек и женщин раннего репродуктивного возраста, подвергнутых эндохирургическому лечению.

Методы исследования

Обследована 51 пациентка в возрасте от 15 до 30 лет с опухолями и опухолевидными образованиями яичников, подвергнутых хирургическому лечению методом лапароскопии, и 10 здоровых женщин (контрольная группа), подвергнутых лапароскопической стерилизации. По результатам эндоскопического осмотра органов брюшной полости и ретроспективного учета данных гистологического исследования удаленных тканей больные были разделены на группы. В I группу вошли 11 больных со зрелыми тератомами яичников, во II – 12 женщин с эндометриоидными опухолями, в III – 7 больных с серозными цистаденомами, в IV – 3 пациентки с муцинозными цистаденомами, в V – 10 женщин с серозными кистами, в VI – 8 пациенток с ретенционными кистами (3 – с фолликулярными, 5 – с кистой желтого тела). До операции больные были подвергнуты общеклиническому и эхографическому исследованиям.

Кроме этого, выполнены бактериоскопические, бактериологические и иммуноферментные исследования на инфекцию, передающуюся половым путем. Во всех случаях выполнено цитологическое исследование перитонеальной жидкости, полученной во время лапароскопии, жидкостного содержимого опухолей и опухолевидных образований яичников. Интраоперационно лапароскопически всегда удавалось получить достаточное количество перитонеальной жидкости. Жидкостное содержимое опухолей и опухолевидных образований яичников получали интраоперационно путем пункции этих образований иглой, введенной через боковой троакар. При подозрении на злокачественную опухоль во время лапароскопии производили забор биоптатов и готовили из них мазки-отпечатки.

Цитологический статус перитонеальной жидкости у здоровых женщин (контрольная группа) характеризовался наличием единичных или групповых клеток мезотелия нормального строения, а также небольшого количества неизмененных эритроцитов, попавших при взятии аспирата.

В I группе при зрелых тератомах цитологическая картина перитонеальной жидкости была следующей. У 9 (81.8%) пациенток отмечали клеточный состав (лимфоциты, гистиоциты, белковый преципитат), наблюдаемый при воспалительном процессе. Реактивные и дистрофические изменения клеток мезотелия обнаружили у 8 (72.7%) больных. По данным бактериоскопического и иммуноферментного анализов, у этих пациенток выявлен генитальный хламидиоз и уреаплазмоз. По данным осмотра органов малого таза, имел место сальпингоофорит и выраженный фиброзно-спаечный процесс. Гистологически доказано наличие воспалительного процесса половых органов (лимфогистиоцитарная инфильтрация маточных труб, признаки воспаления в стенках опухолей). Пролиферацию клеток мезотелия в перитонеальной жидкости обнаружили в 2 (18.1%) случаях на фоне сальпингоофорита и плоскостных свежих желатиноподобных спаек. Бесструктурное гомогенное вещество получили у 3 (27.2%) больных с сопутствующим эндометриозом брюшины. Только у 2 (18.1%) пациенток 18 и 22 лет, отрицавших половую жизнь, была выявлена нормальная цитологическая картина (эритроциты, группы клеток мезотелия без особенностей, отсутствие других клеточных элементов) перитонеальной жидкости.

В мазках из жидкостного содержимого зрелых тератом у 10 (90.9%) пациенток обнаружили капли жира, у 9 (81.8%) – жировой детрит, у 2 (18.1%) – макрофаги. Элементы фиброза и фибриновые волокна выявили в 3 (21.4%) случаях. Присутствие волос в 50% случаев сопровождалось обнаружением при цитологическом исследовании роговых чешуек. У 2 (14.3%) пациенток из этой группы эндоскопически опухоль визуализировали в виде двухкамерного образования с прозрачным жидкостным и жировым компонентами. Цитологически состав обоих аспиратов включал роговые чешуйки, капли жира, лимфоциты, аморфные мас-

сы и макрофаги. Цитограмма жирового компонента не отличалась от таковых при однокамерных зрелых тератомах.

Ни у одной больной с эндометриоидными опухолями яичников (II группа) не было выявлено нормальной цитологической картины перитонеальной жидкости. Так, элементы крови обнаружили у 11 (91.6 %) пациенток с длительностью заболевания более 5 лет и III-IV степенью распространения наружного эндометриоза. Бесструктурное гомогенное вещество, единичные группы клеток цилиндрического эпителия, напоминающие клетки эндометрия с дегенеративными изменениями, отмечали у 8 (66.6%) обследованных при перфорации стенки опухоли. В 9 (75.1%) случаях с бесплодием обнаружено большое количество макрофагов, значительное количество групп и пластов клеток мезотелия с пролиферативными, дистрофическими и дегенеративными изменениями. Единичные клетки мезотелия обычного вида были выявлены лишь у 2 (16.6%) больных при длительности эндометриоза менее 1.5 года и I степени распространения. Клеточные элементы, характерные для воспалительного процесса, отмечены у 10 (83.3%) пациенток. Из них у 8 лапароскопически наблюдали признаки сальпингоофорита, у 2 – лабораторно выявили генитальный хламидиоз и уреоплазмоз.

При серозных цистаденомах (III группа) в перитонеальной жидкости в 100% случаев обнаружены элементы воспаления: у 2 (28.5%) пациенток – небольшое количество гистиоцитов, у 3 (42.8%) – умеренное количество лимфоцитов, у 2 (28.5%) – белковый преципитат. В 3 (42,8%) случаях отмечали выраженное скопление пластов клеток мезотелия с пролиферативными, реактивными и дегенеративными изменениями. Лабораторно генитальный хламидиоз выявлен у одной больной. Лапароскопически картина сальпингоофорита имела место лишь у 4, кистозной дегенерации яичников – у 2, наружного эндометриоза – у 1 пациентки. При гистологическом исследовании капсулы опухоли только в двух случаях были выявлены признаки воспалительного процесса.

Содержимое серозных цистаденом в 3 (42.8%) случаях включало элементы воспаления: макрофаги в большом количестве, умеренное количество лимфоцитов, нейтрофильные лейкоциты, белковый преципитат. Эритроциты обнаружили у 2 (28.5%) пациенток с серозно-геморрагическим асиратом из опухоли, перекутом ножки кистомы, кровоизлияниями в ее стенку. Кроме этого, у 2 (28.5%) больных выявлены элементы выстилки капсулы опухоли (цилиндрические эпителиальные клетки с атрофическими и дегенеративными изменениями).

В IV группе цитограммы перитонеальной жидкости характеризовались наличием элементов воспаления (макрофаги, лимфоциты, нейтрофильные лейкоциты, гистиоциты), групп клеток мезотелия с реактивными изменениями. По данным лабораторного исследования на инфекционный процесс, гарднереллез установлен у одной больной. Лапароскопически у 2 женщин обнаружены признаки сальпингоофорита.

В V группе у 3 (37.5%) из 8 больных цитограмма перитонеальной жидкости характеризовалась наличием элементов воспаления. Единичные или пласты реактивно и дегенеративно измененных клеток мезотелия у 6 (75%) пациенток свидетельствовали как о наличии сопутствующего сальпингоофорита, так и о перенесенных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости с формированием спаечного процесса. Содержимое паровариальных кист по клеточному составу было неоднородным. У 6 (75%) пациенток фон мазка напоминал цитограмму мазка серозной кисты: у 3 (37.5%) женщин клеточные элементы отсутствовали, у 3 (37.5%) отмечена примесь элементов крови. Гистиоциты, макрофаги и лимфоциты наблюдали у 2 (25%) больных с сопутствующим сальпингоофоритом и хламидиозом. В одном (12.5%) случае содержимое паровариальной кисты цитологически было схоже с серозной цистаденомой. Обнаружены единичные цилиндрические эпителиальные клетки с дегенеративными изменениями. У одной (12.5%) пациентки клеточный состав паровариальной кисты соответствовал цитограмме жидкостного компонента зрелой тератомы (роговые чешуйки, белковый преципитат, единичные клетки цилиндрического эпителия с дегенеративными изменениями). У пациенток с ретенционными кистами (VI группа) измененные цитограммы перитонеальной жидкости выявлены в 5 (62.5%) из 8 случаев. Наличие макрофагов, белкового преципитата, гистиоцитов и лимфоцитов в перитонеальной жидкости подтверждало существование воспалительного процесса в органах малого таза как по данным лапароскопической картины, так и по данным лабораторного исследования на инфекцию. Группы, пласты реактивно и дегенеративно измененных клеток мезотелия обнаружили у 4 (50%) пациенток с бесплодием и спаечным процессом после лапаротомии по поводу гинекологической или хирургической патологии. Цитологический состав аспирата ретенционных образований отличался отсутствием клеточных элементов при фолликулярных кистах и наличием эритроцитов при кистах желтого тела. Лишь в одном (12.5%) случае при кисте желтого тела были выявлены текалютеиновые клетки.

Цитологическая картина содержимого муцинозных цистаденом была представлена слизью, лежащей отдельно или группами. При опухолевидных образованиях яичников (VI группа) цитограмма перитонеальной жидкости характеризовалась наличием элементов воспаления у 10 (71.4%) пациенток. Из них в 3 случаях лабораторно были выявлены хламидии, в 8 лапароскопически подтвержден сальпингоофорит с инфильтрацией и гиперемией труб, наличием гидросальпинксов, желатиноподобных и фиброзных спаек, выраженным изменением анатомии и топографии органов малого таза. Кроме того, у 2 больных обнаружен эндометриоз брюшины и яичников. При выраженной инфильтрации и значительном отеке маточных труб в жидкостном содержимом брюшной полости выявляли белковый преципитат и большое количество гистиоцитов. Во всех случаях обнаружен измененный мезотелий. При длительной (более 1 года) персистенции кисты выявляли пласты реактивно, пролиферативно

и дегенеративно измененных клеток мезотелия. Единичные дегенеративно измененные клетки мезотелия отметили у 6 (42.9%) больных с серозными кистами при отсутствии сальпингоофорита и спаечного процесса. Цитограмма содержимого серозных кист отличалась бедностью клеточного состава. В 9 (90%) случаях определяли примесь элементов крови, причем эритроциты были у 6 (60%) пациенток, макрофаги – у 5 (50%), лимфоциты – у 7 (70%), нейтрофильные лейкоциты – у 1 (10%). У 9 (90%) больных обнаружены также дегенеративно измененные единичные клетки мезотелия. В остальных 5 (50%) случаях клеточные элементы вообще отсутствовали.

Таким образом, выявление лишь единичных мезотелиальных или текалютеиновых клеток в содержимом яичников при цитологическом исследовании свидетельствует о наличии ретенционных кист яичников и доброкачественности патологии, за исключением паровариальных кист, которые могут иметь цитологическую картину, свойственную серозным цистаденомам или зрелым тератомам. При воспалительном процессе органов и малого таза цитоморфологическое исследование перитонеальной жидкости наиболее информативно по сравнению с визуальным осмотром брюшной полости во время лапароскопии. Степень изменений цитоморфологической картины перитонеальной жидкости связана с характером воспалительного процесса. Наличие у больных как с опухолями, так и с опухолевидными образованиями яичников в перитонеальной жидкости элементов воспаления указывает на важную роль урогенитальной инфекции в развитии этой патологии.

*Таджикский научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и перинатологии*

Поступило 13.01.2009 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилин Г.П., Питерская Е.А. – Журнал «Успехи современного естествознания». – М., 2008, №5, с.88.
2. Кулаков В.И., Гагатулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. – М.: Триада, 2005, 256 с.
3. Баскаков В.П. – Клиника и лечение эндометриоза. – Л., 1990, с. 38-39.
4. Торчинов А.М., Умаханова М.М. и др. – Сб. научных трудов «Актуальные вопросы практической медицины». – М.: РГМУ, 2000, с.253-263.
5. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. – Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М., 2001, 149 с.
6. Урманчеева А.Ф., Кутушева Г.Ф. Диагностика и лечение опухолей яичника: Пособие для врачей. – М., 2001, 48 с.
7. Gia-Khanh Nguyen, Tilde S. Kline, Igaku Shom. Essentials of aspiration biopsy cytology. – New York; Токуо, 1991, p. 184.

8. Koss L.G. Aspiration biopsy: cytologic interpretation and histologic bases. – New York, 1992, p. 5-9.

М.Х.Қурбанова, Э.Х.Хушвахтова, З.А.Ашӯрова, Т.Х.Набиева, Р.Р.Раҳматуллоев

**ТАВСИФИ СИТОЛОГИИ ОМОСҶО ВА ПАЙДОИШҶОИ ОМОСМОНАНДИ
ТУХМДОН ДАР ДУХТАРОН ВА ЗАНҶОИ ДАВРАИ БАРВАҚТИ
РЕПРОДУКТИВӢ**

Ташҳиси ситологии омосҷо ва пайдоишҷои омосмон анди тухмдон дар 51 нафар мизочони синну солиашон аз 15 то 30 сола гузаронида шуд.

Пайдо намудани миқдори ками ҳучайраҳои текалютеинӣ ва мезотелиалӣ дар тухмдон ҳангоми таҳлилҳои ситологӣ аз он шаҳодат медиҳад, ки носури ретенциони тухмдонҳо нуқсони хубсифат мебошанд. Новобаста аз он, ки носури параовариалӣ намуди ситологӣ дорад, ки ин ба системаденоми серозӣ ва тератомаи расида, хос мебошад. Дарачаи тағйиротҳои ситоморфологӣ дар моеъи перитониалӣ ба намуди газак ва протсезҳои деструктивӣ вобастаги дорад.

M.H.Kurbonova, E.H.Khushvahtova, Z.A.Ashurova, T.H.Nabieva, R.R.Rahmatulaev

**PATHOCYTOLOGICAL CHARACTERISTIC OF OVARIES TUMOR
FORMATIONS IN GIRL AND YEARLY REPRODUCTIV AGE WOMEN**

It is lead interopereyshen a cytologic method of diagnostics of tumours and tumor formations ovaries at 51 patients in the age of from 15 till 30 years. Revealing only individual mezotelik or tekalutein cells in contents ovarii at cytologic research testifies to presence retencion tumor ovarii and high quality of a pathology, except for paraovarial tumor which can have the cytologic picture peculiar serous cistadenom or mature teratom. The degree of changes cytomorfological pictures peritonal liquids is connected with character of inflammatory and destructive processes.