

УДК 618.11-006.2-084(1-31)

С.Н. Тутов, А.В. Чурилов, Д.В. Подоляка, О.В. Носкова

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ТЕХНОГЕННОГО РЕГИОНА

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»
Минздрава России, г. Донецк

Аннотация

Актуальность данного вопроса обусловлена высокой частотой опухолевидных образований у женщин фертильного возраста. От 5 до 10% женского населения подвергаются оперативному лечению по поводу новообразований яичников. Ошибки в диагностике и выборе оптимальной тактики лечения и профилактики рецидивов приводят к нарушению репродуктивной функции женщин, что влечёт негативные последствия для семьи и общества. Своевременная диагностика и лечение новообразований яичников представляет важную задачу, так как осложнения этой патологии занимают второе место в структуре экстренной гинекологической патологии. А недооценка врачами формы новообразований яичников влечёт угрозу потери репродуктивной функции и опасность для жизни пациенток в случае возникновения осложнений заболевания. В данной статье рассмотрена тактика лечения и профилактики рецидивов функциональных кист яичников по данным литературных источников. Особое внимание уделено данным научно-доказательной медицины.

Ключевые слова: первичная профилактика, вторичная профилактика, функциональные кисты яичников, техногенный регион

Актуальность. В структуре гинекологической заболеваемости среди всех опухолей женских половых органов опухоли яичников занимают второе место (6–8%). Доброкачественные формы встречаются в 75–80% всех истинных опухолей яичников, из них 34% — опухолевидные процессы [1, 3, 4].

Актуальность рассматриваемого вопроса обусловлена высокой частотой опухолевидных образований у женщин фертильного возраста, особенно среди проживающих в неблагоприятных экологических условиях. От 5 до 10% женского населения подвергаются оперативному лечению по поводу новообразований яичников. Ошибки в диагностике и выборе оптимальной тактики лечения и профилактики рецидивов приводят к нарушению репродуктивной функции женщин, что влечёт негативные последствия для семьи и общества [1, 3, 5].

Своевременная диагностика, лечение и профилактика новообразований яичников представляет важную задачу, так как осложнения этой патологии: перекрут «ножки» кисты яичника и разрывы кист яичников с возникновением внутрибрюшного кровотечения занимают второе место в структуре экстренной гинекологической патологии [4].

Недооценка врачами формы новообразований яичников влечёт угрозу потери репродуктивной функции и опасность для жизни пациенток в случае возникновения осложнений заболевания [4, 7, 9].

В связи с этим, **целью** настоящей работы было обобщение современных представлений отечественных и зарубежных учёных в обла-

сти профилактики функциональных кист яичников среди женского населения техногенных регионов.

Материалы и методы исследований. Обзор литературных источников был осуществлён с использованием библиографического, библиосемантического и медико-статистического методов за период 2015–2020 гг.

Согласно классификация ВОЗ (2014) выделяют среди доброкачественных опухолей яичников особую группу — опухолевидные процессы яичников (ОПЯ). Опухолевидные процессы яичников или кистозные образования яичников (ретенционные кисты) — это не истинные опухоли, а образования яичников, которые возникают под воздействием различных этиологических факторов и имеют различные патогенетические механизмы развития [6].

Термин «кистома» в настоящее время является анахронизмом и не используется в современной научной литературе.

К ОПЯ относят: фолликулярную кисту, кисту жёлтого тела (лютеиновую), эндометриодную, параовариальную и опухолевидные образования яичников воспалительного характера.

К функциональным кистам яичников (ФКЯ) относятся фолликулярные, лютеиновые и текалютеиновые кисты. Чаще всего эти кисты возникают у молодых женщин фертильного возраста из фолликулов и жёлтых тел на фоне воспалительных процессов и гормональных нарушений. Особенностью этих кист является транзиторное течение заболевания и склонность к спонтанному регрессу [1, 6].

Фолликулярная киста (ФК) Фолликулярная киста возникает из яичникового фолликула. Эти кисты имеют гладкую поверхность и тонкую капсулу. Внутри капсула кисты покрыта одним или двумя слоями клеток кубического эпителия. Содержимое ФК — прозрачная светло-жёлтая жидкость, не содержащая муцин или слизь. ФК чаще всего односторонние и достигают размера от 2 до 20 см. в диаметре. Данная патология с высокой частотой встречается у женщин с бесплодием. Известно, что у женщин с фолликулярными кистами повышается содержание эстрадиола в крови, который, по данным литературы, является одним из факторов, участвующих в образовании фолликулярных кист [6, 11, 13].

Опухолевидные процессы развиваются чаще всего на фоне длительно текущих воспалительных заболеваний, неадекватного применения антибиотиков, гормональных препаратов. Все это приводит к стойкой дестабилизации иммунного гомеостаза, который является тем фоном, на котором возникают кистозные образования яичников [13, 15].

На сегодняшний день точная этиология образования фолликулярной кисты доподлинно не известна. Основной причиной считается отсутствие овуляции. В свою очередь, отсутствие овуляции, чаще всего, связано с гормональными нарушениями. Дисбаланс гормонов проявляется в виде гиперэстрогении, повышения уровня фолликулостимулирующего и недостатке лютеинизирующего гормона [2, 4].

Киста жёлтого тела или лютеиновая киста (ЛК) формируется из жёлтого тела яичника за счёт трансудации жидкости из кровеносных сосудов. ЛК представляет собой серозно-геморрагическое толстостенное образование, выстланное лютеиновыми или лютеинизированными текаклетками. Чаще всего ЛК односторонние, имеют диаметр до 6 см. ЛК имеют складчатую поверхность и окрашены в жёлтый цвет.

Третий тип ФКЯ — текалютеиновые (ТЛК), возникает на фоне беременности. Эти кисты могут быть двухсторонним и достигать больших размеров (до 30 см). ТЛК формируются под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина. Представляют собой тонкостенные многокамерные образования заполненные светло-жёлтым жидкостным содержимым выстланное лютеинизированными текаклетками.

ФКЯ занимают одно из ведущих мест в структуре гинекологической патологии у женщин фертильного возраста и составляют от 45 до 55%.

В патогенезе данного заболевания отмечают дискординация в работе гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы, которая проявляется рецидивирующими ОПЯ. По мнению исследователей, причиной развития ФКЯ является длительное воздействие фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и гиперэстрогении. Однако отмечают, что гиперэстрогения является не только причиной, но и следствием ФК. Эти новообразования яичников воздействуют по принципу обратной связи на гипоталамо-гипофизарно-овариальную систему и поддерживают дисбаланс овариального стероидогенеза. Следствием этих гормональных нарушений является гиперплазия эндометрия, которая возникает под воздействием эстрогенов. ЛК, в отличие от ФК, поддерживают повышенный уровень прогестерона. Результатом этого воздействия прогестерона на органы-мишени является децидоподобная перестройка эндометрия [4, 13].

ТЛК составляют от 2 до 10% всех ОПЯ. ТЛК возникают под воздействием хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), вызывающего гиперстимуляцию яичников. Возникновение ТЛК происходит как при нормально протекающей беременности, так и при её осложнениях. ТЛК диагностируются у 25–60% при трофобластической болезни. Кроме этого, ТЛК встречаются вне беременности и часто являются осложнением стимуляции овуляции при лечении бесплодия [2, 13].

Клиника в большинстве случаев ФКЯ протекает бессимптомно, но далеко не всегда. Так, ФК может клинически проявляться тянущими болями внизу живота в середине менструального цикла и нарушением менструального цикла в виде обильного маточного кровотечения после задержки менструации. Во время гинекологического осмотра эти кисты определяются в виде одностороннего подвижного безболезненного образования округлой формы эластической консистенции диаметром до 6 см. [4, 8, 10, 12].

ЛК наиболее часто осложняются внутрибрюшным кровотечением вследствие их разрыва после полового акта или физической нагрузки. Клинически ЛК могут проявляться задержкой менструации до нескольких месяцев, нагрубанием молочных желёз, мажущими кровянистыми выделениями из половых путей, тянущими болями внизу живота и тошнотой. Все эти симптомы имитируют беременность, поэтому часто возникает необходимость дифференциальной диагностики ЛК и эктопической беременности. Данные гинекологического исследования аналогичны ФК.

ТЛК имеют свои особенности клинического течения. Они часто протекают бессимптомно, аналогично остальным ФКЯ. ТЛК обычно не осложняют течение беременности и перинатальный исход. Однако ТЛК больших размеров могут вызывать болевые ощущения внизу живота и даже сдавливать соседние органы. В этих случаях возникает клиническая картина острого живота и кишечной непроходимости [11, 16, 17].

Из-за бессимптомного течения ФКЯ часто выявляют, как случайная находка, при проведении профилактических гинекологических осмотров или ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза [4].

На УЗИ оценивают размеры кисты, её структуру и содержимое, пристеночные включения, наличие перетяжек, структуру и толщину капсулы кисты.

На УЗИ пациенток фертильного возраста структуры яичника диаметром до 3 см не следует считать кистами, т.к. доминантный фолликул может достигать 3 см.

ФК эхографически выглядит как однослойное однокамерное образование округлой или овальной формы с однородным анэхогенным содержимым, чёткими и ровными контурами, капсула кисты толщиной 1–2 мм. В полости матки возможно наличие гиперплазии эндометрия.

ЛК имеет эхографическую картину округлого или овального толстостенного образования с неоднородным эхогенным содержимым и мелкодисперсными гиперэхогенными включениями, создающими впечатление множественных перегородок и солидных включений. Реже ЛК имеет однородное анэхогенное содержимое с единичными перегородками. Наличие кровоизлияния в полость кисты может менять характерную эхографическую картину и усложнять постановку диагноза. Очень часто возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики ЛК с эндометриодными кистами яичника [14, 18].

Важная роль в диагностике ОПЯ принадлежит определению онкомаркеров. Шире всего в клинической практике используется определение СА 125. Однако чувствительность и специфичность этого исследования оставляет желать лучшего [8, 9, 11]. Во-первых, отсутствует чувствительность этого онкомаркера на ранних стадиях эпителиальных форм рака яичника. Во-вторых, концентрация СА 125 может повышаться при воспалительном процессе, эндометриозе, беременности и аутоиммунных заболеваниях. В качестве дополнительного маркера используется HE4 (человеческий эпи-

димальный белок 4). HE4 более чувствителен и специфичен для ранней диагностики рака яичников. Однако он также повышается при эндометриозе и доброкачественных ОПЯ. Поэтому наибольшую диагностическую ценность имеет сочетание онкомаркеров СА 125 и HE4 с расчётом индекса ROMA (Risk of Ovarian Malignancy Algorithm) [14, 15, 18].

Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) рутинно не используется для диагностики ОПЯ. Эти методы используются только в диагностически сложных случаях [9, 12].

Аспирационная биопсия ОПЯ категорически не рекомендуется из-за низкой информативности. Чувствительность цитологического исследования содержимого кист яичников в выявлении онкопатологии не превышает 25% [11, 16].

Диагностическая лапароскопия имеет место в случаях дифференциальной диагностики ОПЯ с заболеваниями маточных труб: гидросальпинксом, гематосальпинксом или пиосальпинксом и, как правило, переходит в оперативную [12].

При наличии нарушения менструального цикла целесообразно проведение гистероскопии, раздельного диагностического выскабливания или мануальной вакуумной аспирации полости матки [4, 14, 16].

Лечения ФКЯ, при отсутствии клинических проявлений, наличия на УЗИ тонкостенного однокамерного образования размерами менее 5 см и отсутствии на ЦДК внутриопухолевого кровотока при низкоскоростном и высоко или среднерезистентном артериальном кровотоке и нормальных показателях онкомаркеров не требуют. Необходимо лишь динамическое наблюдение и контроль УЗИ через 4–6 недель. Уменьшение размеров кисты считается положительной динамикой, и возможно дальнейшее динамическое наблюдение, с последующим контролем УЗИ. Полный регресс ФКЯ наступает в течении нескольких менструальных циклов. Отсутствие положительной динамики ФКЯ в течение 3–6 менструальных циклов, размеры кист более 5 см. являются показанием для оперативного лечения [1, 4, 5, 18].

Существуют убедительные данные неэффективности применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в лечении ОПЯ. Доказано, что КОК не ускоряют регресс ФКЯ [4].

Аспирация кист яичников категорически не рекомендуется из-за высокого риска рецидива заболевания [11, 14].

При возникновении осложнений ФКЯ: перекруте «ножки» кисты яичника, разрыве кисты или кровоизлиянии в просвет кисты с

наличием болевого синдрома требуется экстренное оперативное лечение [12].

В репродуктивном возрасте при хирургическом лечении ОПЯ предпочтение отдаётся лапароскопическому доступу и органопластическому объёму оперативного лечения. Оперативная лапароскопия позволяет прицельно визуализировать и идентифицировать ткани с целью дифференциации здоровых и поражённых участков яичника [4, 12].

При ФКЯ выполняется максимально органосберегающая операция в пределах здоровых тканей для сохранения овариального резерва.

Варианты профилактики рецидивов ФКЯ зависят от возраста. Девушкам-подросткам можно рекомендовать прием комбинированных гормональных контрацептивов с дезогестролом в циклическом режиме в течение шести месяцев. Сексуально активным женщинам целесообразно использовать КОК третьего поколения, в состав которых входит дезогестрел, не оказывающий андрогенных эффектов. Женщины репродуктивного возраста, особенно при риске рецидива кисты (хирургические вмешательства на органах малого таза, резекции яичников, односторонняя овариэктомия в анамнезе), имеют необходимость длительно принимать комбинированные гормональные контрацептивы. По этой причине препарат должен содержать минимум эстрогенов и быть максимально удобным в использовании.

Женщины перименопаузального возраста также нуждаются в длительной профилактике, поскольку секреция гонадотропинов прогрессивно нарастает и в перименопаузе риск развития фолликулярных кист повышается. Назначение комбинированных гормональных контрацептивов до наступления менопаузы имеет очевидные преимущества перед использованием менопаузальной гормональной терапии, поскольку до окончания менструальной функции проведение менопаузальной гормональной терапии сопряжено с высокой частотой прорывных кровотечений, риском рецидива кист из-за отсутствия супрессии фолликулогенеза, а также отсутствием контрацептивного эффекта у сексуально активных женщин. Назначение КОК после оперативного лечения, позволяет существенно снизить риск возникновения рецидивов заболевания. При использовании монофазных КОК непрерывно в течение года риск рецидивов снижается в 6 раз, а протекторный эффект сохраняется не менее 15 лет [1, 3, 4, 12].

Выводы. Своевременная диагностика, лечение и профилактика функциональных кист

яичника имеет очень важное практическое значение в акушерстве и гинекологии. Это обусловлено широкой распространённостью этой патологии и необходимостью улучшения качества жизни женщин, их репродуктивного здоровья.

Важно учитывать данные научно-доказательной медицины в современных клинических рекомендациях. В случае диагностики ФКЯ обоснованной является тактика динамического наблюдения, оперативного лечения и профилактики рецидивов. При выборе метода оперативного лечения предпочтение отдаётся лапароскопии с органосберегающим объёмом. Назначение КОК для лечения ФКЯ не обосновано, однако доказана высокая эффективность применения монофазных КОК после оперативного лечения для профилактики рецидивов ФКЯ.

S.N. TUTOV, A.V. CHURILOV, D.V. PODOLYAKA, O.V. NOSKOVA

PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS AMONG THE FEMALE POPULATION OF THE TECHNOGENIC REGION

Abstract. The relevance of this issue is due to the high incidence of tumor-like formations in women of childbearing age. From 5 to 10% of the female population undergo surgical treatment for ovarian neoplasms. Mistakes in diagnosis and selection of optimal tactics for treatment and prevention of relapses lead to a violation of the reproductive function of women, which entails negative consequences for the family and society. Timely diagnosis and treatment of ovarian neoplasms is an important. Complications of this pathology occupy the second place in the structure of emergency gynecological pathology. And the underestimation of the form of ovarian neoplasms by doctors entails the threat of loss of reproductive function and danger to the lives of patients in the event of complications of the disease. This article discusses the tactics of treatment and prevention of recurrence of functional ovarian cysts. Particular attention is paid to the data of scientific and evidence-based medicine.

Key words: primary prevention, secondary prevention, functional ovarian cysts, technogenic region

ЛИТЕРАТУРА

1. Герфанова Е.В., Ашрафян Л.А., Антонова И.Б., Алешикова О.И., Ивашина С.В. Опухоли женской репродуктивной системы. 2015, 1:70-75.
2. Мартынова С.А., Хирургическая тактика при лечении беременных с опухолевидными образованиями и опухолями яичников// Дис.д.м.н. 2016, 165с.
3. Матвеева Н.Н., Табачкова О.А. Структура доброкачественных новообразований яичников у женщин репродуктивного возраста//Bulletin of Medical Internet Conferences 2016. Volume 6. Issue 5.
4. Свиридова Н.И., Складанская Т.В., Костенко Т.В., Угрова Н.Д., Гриценко И.А. Доброкачественные новообразования яичников: актуальные вопросы диагностики и лечения. Уч.пособие. Изд.ВолГМУ.2020г. 56с.
5. Тайчинова С.Ф., Ганцев Ш.Х., Муллагалина А.З., Акбердина Г.Р. Киста яичника в постменопаузе (обзор литературы). Креативная хирургия и онкология. 2019;9(2):144-150. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2019-9-2-144-150>

6. Франк Г.А., Москвина Л.В., Андреева Ю.Ю., Новая классификация опухолей яичника Журнал: Архив патологии. 2015;77(4): 40-50.DOI:10.17116/patol201577440-50
7. British Gynaecological Canctr Society (BGCS) Epithelial Ovarian /Fallopian Tube/Primary Peritoneal Cancer Guidelines: Recommendations for Practict.2017.P.48.
8. Ebell M.H., Culp M.B., Radke T.J. A systematic review of symptoms for the diagnosis of ovarian cancer. Am J Prev Med 2016;50(3):384–94.
9. Fischerova D. et al. Ultrasound in preoperative assessment of pelvic and abdominal spread in patients with ovarian cancer: a prospective study //Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2017. – Т. 49. – №. 2. – С. 263-274.
10. Final Recommendation Statement: Ovarian Cancer: Screening. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). December 2016.
11. Grimes D.A., Jones L.B., Lopez L.M. et al. Oral contraceptives for functional ovarian cysts // Cochrane Database Syst. Rev. 2014. Vol. 4. CD006134.
12. Guidelines for the Use of Laparoscopy for during Pregnancy. SAGES May 2017.
13. Ovarian cyst. Treatment // National Health Service, 2019.
14. NCCN guidelines panel. Epithelial ovarian cancer (including fallopian tube cancer and primary peritoneal cancer). Version 1.2016. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#ovarian.
15. Ovarian Cancer Screening Tests: Safety Communication - FDA Recommends Against Use. U.S.FDA, Posted 09.07.2016.
16. Santotoribio J.D., Garcia de la Torre A., Cañavate-Solano C. et al. Cancer antigens 19.9 and 125 as tumor markers in patients with mucinous ovarian tumors. Eur J Gynaecol Oncol 2016;37(1):26–9.
17. Stiekema A., Boldingh Q.J., Korse C.M. et al. Serum human epididymal protein 4 (HE4) as biomarker for the differentiation between epithelial ovarian cancer and ovarian metastases of gastrointestinal origin. Gynecol Oncol 2015;136(3):562–6.
18. The Role of the Obstetrician-Gynecologist in the Early Detection of Epithelial Ovarian Cancer in Women at Average Risk. ACOG Committee Opinion. SGO No.716, Nov 2017.