

На правах рукописи

Ефименко Юлия Владимировна

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ
ПАРАОВАРИАЛЬНЫХ И Фолликулярных кист яичников

14.00.01 – акушерство и гинекология
03.00.25 – гистология, цитология, клеточная биология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск – 2004

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Кох Лилия Ивановна

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор Суходоло Ирина Владимировна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Коломиец Лариса Александровна

кандидат медицинских наук Фомина Татьяна Ивановна

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Защита состоится «__» _____ 2004г. в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при Сибирском государственном медицинском университете по адресу: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107).

Автореферат разослан «__» _____ 2004 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

А.В. Герасимов

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Среди опухолевидных образований яичников более чем в 50 % случаев встречаются фолликулярные кисты, второе место по частоте занимают параовариальные кисты – от 9 до 15,5 % (Ермакова Г.Г., 1970; Серов В.Н., 1999). Однако вопросы, касающиеся этиологии и патогенеза этих образований, остаются открытыми.

Длительное время занимаясь изучением параовариума в норме и при патологии проф. Л.И. Кох и соавторы получили данные, указывающие на морфо-функциональное единство яичника и параовариума. А именно, морфологическими исследованиями параовариума в возрастном аспекте авторы установили, что у женщин фертильного возраста эпителиоциты канальцев параовариума обладают секреторной активностью. Это проявляется появлением пенообразного содержимого в просвете канальцев и в наличии секреторных гранул в цитоплазме эпителиоцитов. У новорожденных и в постменопаузальном периоде подобных явлений не отмечено. В связи с этим авторы не исключают, что появление параовариальных кист, возможно, связано с функциональной активностью эпителия канальцев параовариума. По данным литературы (Кретова Н.Е., 1967; Ермакова Г.Г., 1970; Серов В.Н., 1999) наиболее частото параовариальные кисты наблюдают в возрасте 18 – 40 лет.

В условиях эксперимента, при моделировании различной патологии параовариума у животных, Л.И. Кох, И.П. Злобина (1995) получили снижение функции яичников. У части животных появлялись параовариальные и фолликулярные кисты яичников. Это позволило предположить, что одной из причин возникновения этих образований является именно патология яичникового придатка.

В 1999 г. Л.И. Кох и Н.А. Кривовой было проведено биохимическое исследование параовариума и яичника и их производных – содержимого параовариальных и яичниковых кист. Оказалось, что из всех изученных проб наибольшее совпадение дали результаты исследования состава параовариума и яичника, что также предполагает их единство.

Что касается фолликулярных кист яичников, то их проявление также характерно для женщин детородного возраста (Кретова Н.Е., 1967; Бодяжина В.И., 1969; Серов В.Н., 1999; Dordoni D., 1992). Что по мнению специалистов (Хачкурузов С.Г., 1999) связано с возрастным нарушением функции яичников.

Особенности клиники как параовариальных, так и фолликулярных кист яичников в литературе освещены противоречиво: от бессимптомного течения (Бодяжина В.И., 1969) до выраженной симптоматики. По мнению М.А. Лившиц и соавторов (1967), параовариальные кисты по своему клиническому течению не отличаются от кист яичников. Для них характерны боли, нарушение менструального цикла (Клицкая Н.А., 1963; Лившиц М.А., 1967; Ермакова Г.Г., 1971). Эти симптомы присутствуют не всегда и, возможно, связаны с наличием сопутствующей гинекологической патологии.

Фолликулярные кисты яичников могут самоликвидироваться или исчезают после гормональной коррекции, в то время как параовариальные

кисты не исчезают сами, имеют тенденцию к росту и лечатся только хирургическим путем.

Из вышеизложенного следует, что единой точки зрения по вопросам этиологии, патогенеза, клинической картины, гормонального статуса женщин с обсуждаемой патологией нет. Это свидетельствует об актуальности изучения параовариальных и фолликулярных кист яичников в сравнительном аспекте.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить клинико-морфологические сходства и различия параовариальных и фолликулярных кист яичников.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить в возрастном аспекте особенности клинической картины у женщин с параовариальными и фолликулярными кистами яичников.

2. Выполнить сравнительный анализ концентрации половых гормонов в крови и в содержимом параовариальных и фолликулярных кист яичников.

3. Провести морфологическое исследование параовариальных и фолликулярных кист яичников.

4. Выявить сходства и различия между параовариальными и фолликулярными кистами яичников.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые доказано, что параовариальные кисты возникают с появлением секреторной активности эпителиоцитов канальцев яичникового придатка, которая в свою очередь обусловлена активизацией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы при становлении репродуктивной функции в пубертатном периоде. Установлено, что имеется зависимость между активным функционированием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и размерами параовариальных кист.

На основании изучения соотношения концентрации половых гормонов в периферической крови и содержимом параовариальных и фолликулярных кист яичников впервые доказано, что фолликулярные кисты, в отличие от параовариальных, тесно связаны с циклическими процессами яичников, происходящими во время менструального цикла.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Выявленные клинико-морфологические особенности параовариальных и фолликулярных кист яичников являются основанием для консервативного лечения пациенток с фолликулярными кистами яичников и хирургического – с параовариальными кистами.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Статьи, тезисы, методические разработки, доклады на обществах, конференциях, внедрение в педагогический процесс кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Параовариальные и фолликулярные кисты яичников характерны для юных и женщин фертильного возраста.

2. Клинико-морфологические особенности фолликулярных кист яичников обусловлены циклическими изменениями в яичниках в течение менструального

цикла, что лежит в основе их консервативного лечения, в отличие от параовариальных кист, при которых эти изменения отсутствуют.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ

Основные положения работы доложены и обсуждены на заседании проблемной комиссии (Томск, 2000), региональной научно-практической конференции «Современные аспекты репродуктивного здоровья подростков в Западной Сибири» (Томск, 2001), заседании общества акушеров-гинекологов г. Томска (2002), межрегиональной научно-практической конференции «Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии» (Томск, 2003), заседании кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации (Томск, 2004).

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 9 работ.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация изложена на 127 страницах машинописного текста, содержит 36 таблиц, 10 фотографий, 6 рисунков и включает введение, обзор литературы, описание материала и методов исследования, главу результатов собственных исследований, обсуждение, выводы, практические рекомендации и указатель литературы (167 литературных источников на русском и 61 на иностранном языке).

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический материал составили 151 пациентка, из них 105 с параовариальными кистами (группа I) и 46 с фолликулярными кистами яичников (группа II). Все обследованные были разделены на 3 возрастные подгруппы: до 20 лет – 1-я, 21 – 45 лет – 2-я, 46 лет и старше – 3-я.

Клиническое обследование включало изучение ретроспективного и настоящего анамнеза: возраст, жалобы, соматические заболевания; характеристика менструальной функции до заболевания (возраст менархе, время установления, регулярность, длительность менструального цикла, продолжительность и характер менструаций – умеренные, скудные, обильные, болезненные, безболезненные); изменение менструальной функции в связи с заболеванием (регулярность, длительность менструального цикла, продолжительность и характер менструаций – скудные, обильные, болезненные, межменструальные кровянистые выделения); половая функция – возраст начала половой жизни, способы контрацепции; характер генеративной функции (количество беременностей, родов, абортов, выкидышей, эктопических беременностей, бесплодие первичное, вторичное); гинекологические операции, заболевания.

При объективном исследовании оценивали рост, вес, развитие вторичных половых признаков.

При гинекологическом исследовании оценивали особенности строения и состояния наружных половых органов, влагалища, матки и ее придатков,

наличие опухолевидных образований в малом тазу, их локализацию, размеры, подвижность, болезненность, консистенцию.

Функция яичников оценивалась по тестам функциональной диагностики (базальная температура, феномен зрачка, степень натяжения шеечной слизи, кольпоцитология) на 7, 14 и 21 дни менструального цикла в течение 3 месяцев (Вихляева Е.М., 1997).

Степень эстрогенной насыщенности и гестагенового влияния подтверждалась определением уровней эстрадиола и прогестерона в сыворотке крови в среднюю фолликулиновую, на 7 день и в середине лютеиновой фазы, на 21 день менструального цикла (Паурстен К.Дж., 1985). Также определяли уровень эстрадиола и прогестерона в содержимом параовариальных и фолликулярных кист яичников.

Ультразвуковое исследование органов малого таза выполнено на аппаратах "Aloka - 630" (Япония) и "Combizon - 410" (Австрия), с применением трансабдоминальной методики "при наполненном мочевом пузыре" при помощи линейного датчика и трансвагинальной с применением датчиков 5 и 7, 5 МГц. По данным ультразвукового исследования гениталий определяли размеры матки и яичников, наличие жидкостных образований в полости малого таза, их размеры.

Основными эхографическими признаками фолликулярных кист являются наличие тонкостенных однокамерных образований, расположенных в полусе яичника, с нечеткими контурами и отсутствием в структуре перегородок и эховключений, с высоким уровнем звукопроводимости (Серов В.Н., 1999). Параовариальные кисты визуализированы как одно-, двухсторонние тонкостенные образования, расположенные рядом с яичником. Яичники при этом определяются в виде отдельных анатомических образований (Хачкурузов С.Г., 1999).

Диагностическую и операционную лапароскопию проводили под общим наркозом с использованием инструментария фирмы "Карл Шторц" (Германия), применяя электрическую (моно- и биполяр, эндокоагуляция) и механическую энергию (Белоглазова С.Е., 1995; Адамян Л.В., 1998; Гуло Е.И., 2001).

Морфологическая часть работы выполнена на основе операционного материала, полученного от 23 женщин, оперированных в гинекологическом отделении ОКБ по поводу параовариальных кист (n = 14) и фолликулярных кист яичников (n = 9).

Материал для морфологического исследования фиксировали в 10-12% формалине, обезвоживали в спиртах возрастающей концентрации, заливали в парафин, после чего готовили срезы толщиной 5-7 мкм. Последние окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону (Лилли Р., 1969; Гуцол А.А., Кондратьев Б.Ю., 1988; Улумбеков Э.Г., Чельшев Ю.А., 1997). Окрашенные препараты изучали под бинокулярным микроскопом при увеличении в 70 и 280 раз (объектив 10 и 40, окуляр 7).

Электронномикроскопическое исследование оболочек параовариальных и фолликулярных кист яичников проводили в Федеральном Государственном Унитарном Предприятии «НПО Вирион» на электронном микроскопе Jem-100

СХ. Фотографирование осуществлено с применением отечественных пластинок «Для ядерных исследований» размером 6 на 9 см, с которых делали фотоснимки.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы Statistica 6.0, SAS 8.0. Для количественных показателей рассчитаны среднее (M) и стандартная ошибка среднего (m); для качественных признаков – абсолютные и относительные (в %) частоты.

Для сравнения более чем двух групп использовался дисперсионный анализ, попарные сравнения проводились по критерию Ньюмена-Кейлса (Корюкин В.И., Корюкина Е.В., 2000). Статистически значимым, при этом, принималось значение $p < 0,05$.

Весь материал получен, обработан и проанализирован лично автором.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст пациенток с параовариальными кистами находился в интервале от 13 до 75 лет. В среднем в 1-й подгруппе ($n=28$) он составил $17,5 \pm 0,4$, во 2-й ($n=54$) – $31,9 \pm 0,9$, в 3-й ($n=20$) – $50,9 \pm 1,7$ лет.

Основными жалобами у пациенток с параовариальными кистами были боли – у 66 (62,8 %): соответственно, в 1-й подгруппе – у 16 (57,1 %), во 2-й – у 37 (64,9 %), в 3-й – у 13 (65,0 %). Боли чаще всего локализовались внизу живота. По характеру боли были: ноющими в 1-й подгруппе у 10 (62,5 %), во 2-й – у 19 (51,4 %), в 3-й – у 11 (84,6 %) пациенток; тянущими, соответственно, у 2 (12,5 %), 6 (16,2 %) и 0; острыми – у 2 (12,5 %), 5 (13,5 %) и 1 (7,7 %) соответственно, очень редко – тупыми, колющими, схваткообразными. По данным М.А. Лившиц (1967), Г.Г. Ермаковой (1970), боли являются основным симптомом при параовариальных кистах и встречаются у 70 % пациенток, однако, причины их возникновения авторы не указывают.

Другим поводом для обращения к врачу были различные расстройства менструального цикла – у 39 (37,1 %), из них в 1-й подгруппе – у 4 (14,3 %), во 2-й – у 21 (36,8 %), в 3-й – у 14 (70,0 %). Так, на болезненные менструации жаловались в 1-й подгруппе 2 (7,1 %) обратившихся, во 2-й – 4 (7,0 %), в 3-й – 3 (15,0 %), на обильные менструации, соответственно, 1 (3,6 %), 7 (12,3 %) и 6 (30,0 %), на нерегулярный менструальный цикл – 1 (3,6 %), 10 (17,5 %) и 5 (25,0 %) соответственно.

Средний возраст менархе у пациенток 1-й подгруппы составил $13,0 \pm 0,2$, 2-й – $13,7 \pm 0,2$, 3-й – $13,7 \pm 0,3$ лет. Менархе наступило до 11 лет в 1-й подгруппе у 4,8 % женщин, во 2-й – у 2,0 %, в 3-й – у 5,6 %; в 11 – 15 лет, соответственно, у 95,2 %, 88,0 % и 83,3 %; старше 15 лет – у 0,0 %, 10,0 % и 11,1 % ($P_{1-2} < 0,001$, $P_{1-3} < 0,001$). Итого, раннее и позднее менархе в сумме встретилось в 1-й подгруппе у 4,8 %, во 2-й – у 12,0 %, в 3-й – у 16,7 % ($P_{1-3} < 0,001$).

Менструации стали регулярными через 6 мес. у обследованных 1-й подгруппы в 60,0 % случаев, 2-й – в 86,7 %, 3-й – в 77,8 % ($P_{1-2} < 0,001$), через 6 – 12 мес., соответственно, у 0,0 %, 0,0 %, 11,1 % ($P_{1-3} < 0,001$, $P_{2-3} <$

0,001), через 1 – 2 года, соответственно 13,3 %, 0,0 % и 0,0 % ($P_{1-2} < 0,001$, $P_{2-3} < 0,001$), через 2 и более лет – 26,7 %, 13,3 % и 11,1 % ($P_{1-2} = 0,008$).

Таким образом, несмотря на то, что средний возраст менархе во всех подгруппах составил 13,0±0,2 лет. Обратило внимание, что раннее и позднее менархе в сумме в 3-й подгруппе встретилось достоверно чаще, чем в 1-й ($P_{1-3} < 0,001$). Несмотря на преобладание у пациенток 1-й подгруппы своевременного менархе, менструальный цикл у 40,0 % установился спустя 1-2 года и более, в то время как во 2-й и 3-й подгруппах – у 13,3 % и 11,1 %, соответственно, что позволяет предположить о нарушениях в регулирующих системах гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у пациенток 1-й подгруппы.

Средняя продолжительность менструаций и менструального цикла составили, соответственно, 5,0±0,2 и 28,4±0,5 у обследованных 1-й подгруппы, 4,8±0,2 и 27,9±0,5 – 2-ой, 4,4±0,4 и 27,4±1,0 – 3-й. Менструации были регулярными у 87,5 % пациенток 1-й подгруппы, 76,9 % - 2-й, 75,0 % - 3-й; умеренными, соответственно, у 70,0 %, 74,0 %, 64,7 %.

Изменения менструального цикла в связи с возникновением параовариальных кист, а именно, задержки менструаций на 15 – 60 дней встретились в 3,6 % случаев в 1-й подгруппе, в 12,3 % - во 2-й, в 35,0 % - в 3-й; кровомазание, соответственно, в 0,0 %, 7,0 % и 5,0 %; обильные – в 7,1 %, 7,0 % и 30,0 %; болезненные – в 7,1 %, 7,0 % и 20,0 %, соответственно. Таким образом, все выше перечисленные нарушения в 1-й подгруппе встречались достоверно реже.

Средний возраст начала половой жизни для пациенток 1-й подгруппы составил 16,0±0,5, 2-й – 19,7±0,5, 3-й – 19,3±0,4 лет. Регулярную половую жизнь в браке вели 11 женщин (39,2 %) 1-й подгруппы, 37 (64,9 %) – 2-й, 14 (70,0 %) – 3-й.

Предохранялись от беременности 25,0 % обследованных 1-й подгруппы, 95,8 % - 2-й, 60,0 % - 3-й. В 1-й подгруппе женщины использовали только гормональную контрацепцию (25,0 %), во 2-й – внутриматочные средства (ВМС) (58,3 %), барьерную контрацепцию (16,7 %), физиологические методы (12,5 %), гормональную (8,3 %), в 3-й – применяли ВМС (40,0 %) и барьерные методы (20,0 %).

Имели беременности в 1-й подгруппе 23,5 % пациенток, во 2-й – 88,0 %, в 3-й – 97,4 %, первичное бесплодие было у 3,6 % в 1-й подгруппе, 3,5 % во 2-й, 0,0 % - в 3-й, вторичное, соответственно, у 0,0 %, 3,5 % и 10,0 %, что согласуется с результатами исследований Г.Г. Ермаковой (1971).

Наличие параовариальных кист сочеталось с другой гинекологической патологией у 16 (57,1 %) пациенток 1-й подгруппы, во 2-й и 3-й – в 100,0 % случаев. Сопутствующая гинекологическая патология у пациенток с параовариальными кистами представлена в таблице 1.

Гинекологические заболевания у пациенток с параовариальными кистами, %

Нозологическая форма	1 под-группа	2 под-группа	3 под-группа	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Миома матки	-	24,6	65,0	P<0,001	P< 0,001	P< 0,001
Фолликулярные кисты яичников	14,3	24,6	15,0	P< 0,001		P < 0,001
Гиперплазия эндометрия	-	3,5	15,0	P < 0,001	P< 0,001	P< 0,011
Эрозия шейки матки	7,1	19,3	-	P < 0,001	P < 0,003	P < 0,001
Хронический аднексит	10,7	29,8	10,0	P < 0,001		P < 0,01
Апоплексия яичника	3,6	1,8	-			

Как видно из таблицы, у пациенток 1-й подгруппы из сопутствующей гинекологической патологии явно преобладали фолликулярные кисты яичников и хронический аднексит, у пациенток 2-й подгруппы преобладали хронический аднексит, фолликулярные кисты яичников и миома матки, в то время как в 3-й, чаще встречалась миома матки, фолликулярные кисты яичников и гиперплазия эндометрия. Полученные результаты указывают на высокую частоту сочетания параовариальных кист с хроническим аднекситом в 1-й и 2-й подгруппах. При этом, работами Л.И. Кох, А.В. Тардаскиной (1999) ранее было доказано, что при хроническом аднексите в процесс вовлекается пареоовариум, а его патология может привести к образованию параовариальных кист.

Объективное обследование. Рост женщин составил 154 – 176 см, масса тела 48 – 95 кг. При гинекологическом исследовании у всех пациенток наружные половые органы были развиты правильно, рост волос на лобке – по женскому типу. При исследовании в зеркалах – слизистая влагалища не изменена у 100,0 % обследованных в 1-й, 100,0 % - во 2-й, 90,0 % - в 3-й подгруппах, атрофична у 10,0 % в 3-й подгруппе; шейка матки не изменена у 71,4 % в 1-й подгруппе, у 80,7 % - во 2-й, у 100,0 % - в 3-й, эрозирована в 7,1 % случаев в 1-й подгруппе, в 19,3 % - во 2-й, 0,0 % - в 3-й. При бимануальном исследовании емкое влагалище определялось у 0,0 % в 1-й подгруппе, 90,9 % - во 2-й, 100,0 % - в 3-й, узкое влагалище, соответственно, у 100,0 %, 9,1 % и 0,0 %. Матка нормальных размеров имела место в 100,0 %, 75,4 % и 35,0 % случаев, увеличена – у 0,0 %, 24,6 %, 65,0 %. Объемное образование в области придатков слева выявлено у 69,2 % женщин в 1-й подгруппе, у 56,4 % во 2-й, у 52,6% - в 3-й, справа, соответственно, у 26,9 %, 41,8 % и 42,1 %, были двусторонними у 3,9%, 1,8 % и 5,3 %. Образования имели округлую форму, туго-эластичную консистенцию, умеренную подвижность.

На основании ультразвукового исследования, проведенного у 70 женщин, диагноз параовариальная киста был установлен в 31,4 % случаев, киста яичника - в 42,9 %, опухоль яичника - в 22,8 %, гидросальпинкс – в 2,9 %.

Средние размеры матки у обследованных 2-й и 3-й подгруппах были увеличены за счет сопутствующей миомы матки. Размеры яичников у женщин 2-й а так же 1-й подгрупп были больше, чем в 3-й, что, возможно, связано с инволютивными процессами в последней.

Размеры параовариальных кист в 1-й подгруппе составили 81,6±8,6 x 68,0±5,7 x 65,1±5,7, во 2-й – 70,1±4,9 x 56,7±3,8 x 60,4±4,5, в 3-й – 71,1±9,4 x 62,2±7,4 x 62,7±12,0. Таким образом, максимальные размеры параовариальных кист были в 1-й подгруппе, что, вероятно, связано со становлением функции гипоталаймо-гипофизарно-яичниковой системы и в 3-й подгруппе, когда происходит угасание ее функции.

При обследовании по тестам функциональной диагностики нормальный менструальный цикл выявлен у 37,5 % в 1-й подгруппе, 40,0 % - во 2-й, 50,0 % - в 3-й. В остальных случаях имелись различные нарушения менструального цикла: недостаточность второй фазы цикла у 12,5 %, 13,3 % и 0,0 %, ановуляторный гиперэстрогенный цикл у 50,0 %, 26,7 % и 50,0 %, ановуляторный гипоестрогенный цикл – только во 2-й подгруппе (20,0 %). Таким образом, при обследовании по тестам функциональной диагностики более чем в 50 % случаев выявлены различные отклонения в гормональном статусе.

Содержание половых гормонов яичников (эстрадиол и прогестерон) в первую и во вторую фазы менструального цикла в крови у пациенток с параовариальными кистами яичников представлены в таблице 2 .

Таблица 2

Содержание половых гормонов в крови у пациенток с параовариальными кистами

Содержание половых гормонов в разные фазы менструального цикла		1 подгруппа	2 подгруппа	3 подгруппа	Р
I фаза	Эстрадиол, пг/ мл (N 30-120 пг/мл)	39,5±3,5	55,6±12,1	57,2±10,3	
	Прогестерон, нмоль/л (N менее 6 нмоль/л)	3,06±1,0	1,45±0,60	1,57±0,52	
II фаза	Эстрадиол, пг/ мл (N 70-250 пг/мл)	270,2±101,8	316,2±119,0	174,2±70,1	
	Прогестерон, нмоль/л (N 10-89 нмоль/л)	2,6±0,6	28,8±6,5	10,1±3,5	Р 1-2 < 0,001 Р 1-3 = 0,05 Р 2-3 = 0,02

Из таблицы 2 видно, что содержание эстрадиола и прогестерона в крови у женщин с параовариальными кистами в первую фазу менструального цикла соответствовало норме во всех возрастных подгруппах, в то время как во вторую фазу, концентрация эстрадиола у женщин 1-й и 2-й подгруппы значительно превышала норму, что подтверждает гиперэстрогенный характер нарушений менструального цикла у обследованных больных.

Всем пациенткам с параовариальными кистами проведено хирургическое лечение: лапароскопическим доступом в 1-й подгруппе - в 33,3 % случаев, во 2-й – в 16,4 %, в 3-й – в 10,5 %, лапаротомным, соответственно, в 66,7 %, 83,6 % и 89,5 %. Увеличение частоты лапаротомного доступа обусловлено расширением объема операции за счет сопутствующей гинекологической патологии во 2-й и 3-й подгруппах.

Интраоперационно установлено, что кисты располагались слева у 69,2 % женщин в 1-й подгруппе, у 56,4 % - во 2-й, у 52,6% - в 3-й, справа, соответственно, у 26,9 %, 41,8 % и 42,1 %, были двусторонними у 3,9 %, 1,8 % и 5,3 % , таким образом, слева параовариальные кисты встречались чаще. Полученные результаты согласуются с данными, ранее полученными Г.Г. Ермаковой (1970): параовариальные кисты располагались слева в 55,1%, справа – в 42,3 %, были двусторонними – в 2,6 % случаев.

Осложнения параовариальных кист в виде перекрута ножки отмечены у 22,7 % женщин в 1-й подгруппе, 26,4 % - во 2-й, 5,9 % - в 3-й. В 1-й группе перекрут на 90° был у 80,0 % пациенток, на 180° – у 0,0 %, на 360° – у 20,0%, во 2-й, соответственно, у 14,3 %, 35,7 % и 50,0 %, в 3-й - у 0,0 %, 100,0 % и 0,0 %. Таким образом, данные осложнения преобладали в 1-й и 2-й подгруппах, что, возможно, обусловлено более активным образом жизни пациенток, что согласуется с данными литературы (Кретьова Н.Е., 1967).

В большинстве случаев объем операций у женщин 1-й подгруппы сводился к вылушиванию кисты (92,9 %). Расширение объема операций в этой подгруппе обусловлено высокой частотой осложнений в виде перекрута ножки кисты (22,7 %). У пациенток 2-й подгруппы органосохраняющие операции выполнены в 73,7 % случаев, показаниями к расширению объема операций явились с одной стороны, сопутствующая гинекологическая патология (миома матки, апоплексия яичников), с другой – осложнения в виде перекрута ножки кисты (26,4 %). У обследованных 3-й подгруппы параовариальные кисты чаще являлись случайной находкой во время операций, предпринятых по поводу сопутствующей гинекологической патологии (миома матки, гиперплазия эндометрия), которой и обусловлен объем операций. Тактика лечения параовариальных кист согласуется с данными, приведенными в работах (Петербургский Ф.Е., 1958; Клицкая Н.А., 1963; Ермакова Г.Г., 1971; Серов В.Н., 1999).

При изучении уровня половых гормонов (эстрадиол и прогестерон), в содержимом параовариальных кист (таблица 3) установлено, что их концентрация в возрастных подгруппах значительно отличалась. В I фазу менструального цикла концентрация эстрадиола была максимальной в 1-й подгруппе. Во II фазу концентрация эстрадиола заметно снизилась в 1-й подгруппе, в то время как во 2-й стала заметно выше. В 3-й подгруппе концентрация половых гормонов во II фазу менструального цикла не измерялась. Концентрация прогестерона была низкой независимо от фазы менструального цикла. Сопоставление уровня половых гормонов в периферической крови и содержимом кист показало, что в I фазу их

концентрация была выше в содержимом кист, в то время как во II фазу – в периферической крови.

Таблица 3

Содержание половых гормонов в содержимом
параовариальных кист

Половые гормоны в содержимом кист в разные фазы менструального цикла		1 подгруппа	2 подгруппа	3 подгруппа	P
I фаза	Эстрадиол, пг/мл	250,1 \pm 35,7	147,1 \pm 21,8	43,5 \pm 6,8	P 1-2 = 0,02 P 1-3 < 0,001 P 2-3 < 0,001
	Прогестерон, нмоль/л	0,52 \pm 0,1	1,70 \pm 0,12	0,20 \pm 0,08	P 1-2 < 0,001 P 1-3 = 0,02 P 2-3 < 0,001
II фаза	Эстрадиол, пг/мл	124,1 \pm 30,4	259,6 \pm 42,5	-	P 1-2 = 0,02
	Прогестерон, нмоль/л	1,51 \pm 0,12	1,96 \pm 0,14	-	P 1-2 = 0,03

Гистологически стенка параовариальной кисты состоит из двух слоев: наружного – соединительно-тканного и внутреннего – эпителиального. Внутренний слой оболочки параовариальной кисты выстлан цилиндрическим эпителием. Эпителиоциты расположены в один ряд, среди них встречаются крупные клетки с цитоплазмой, интактной по отношению к красителям, так называемые, «светлые» клетки. Отдельные эпителиоциты были снабжены мерцательным аппаратом. Под базальной мембраной эпителия располагаются коллагеновые волокна с фибробластами, гистиоцитами и лимфоцитами, единичные мышечные клетки, кровеносные капилляры.

При возникновении параовариальных кист в эпителиоцитах канальцев пареоовариума на ультраструктурном уровне наблюдается преобразование эпителиальных клеток - утрата ими микроворсинок апикальной плазмалеммы, появление мерцательного аппарата при сохранении секреторной функции. Кроме того, в эпителиальном пласте параовариальных кист появляются «светлые» клетки с признаками высокой секреторной активности.

Возраст пациенток с фолликулярными кистами яичников составлял 15 - 51 год. В среднем в 1-й подгруппе (n=18) он соответствовал 17,2 \pm 0,4, во 2-й (n=20) – 32,6 \pm 2,1, в 3-й (n=8) – 48,0 \pm 0,6 лет.

Основным поводом для обращения к врачу были боли внизу живота - у 27 человек (58,7 %): соответственно, в 1-й подгруппе – 10 (55,6 %), во 2-й – у 15 (75,0 %), в 3-й – 2 (25,0 %) (P 1-3 = 0,05, P 2-3 = 0,004). По характеру боли были ноющими, в 1-й подгруппе у 6 (60,0 %), во 2-й – у 12 (80,0 %), в 3-й – у 2 (100,0 %) пациенток; тянущими, соответственно, у 0,0 %, 13,3 % и 0,0 %; режущими и схваткообразными – у небольшого числа женщин. По данным литературы боли внизу живота встречаются в 31,2 – 54,5 %, носят тупой ноющий характер (Бодяжина В.И., 1990; Серов В.Н., 1999). Отметим, что по

мнению С.Г. Хачкурузова (1998) болевой синдром слабо выражен и у 30 – 40% больных отсутствует.

Жалобы на расстройства менструального цикла были у 22 человек (47,8 %): в 1-й подгруппе - у 13 (72,2 %), во 2-й – у 7 (35,0 %), в 3-й – у 2 (25,0 %). Так, на болезненные менструации жаловались в 1-й подгруппе 6 (33,3 %) пациенток, во 2-й – 2 (10,0 %), в 3-й – 1 (12,5 %) ($P_{1-2} = 0,006$); на обильные менструации, соответственно, 1 (5,6 %), 2 (10,0 %) и 1 (12,5 %); на нерегулярный менструальный цикл – 6 (33,3 %), 3 (15,0 %) и 1 (12,5 %) соответственно ($P_{1-3} = 0,002$, $P_{2-3} = 0,034$).

Средний возраст менархе у пациенток 1-й подгруппы составил 13,7 \pm 0,3, 2-й – 13,0 \pm 0,4, 3-й – 13,4 \pm 0,7 лет. Менархе наступило в 11 - 15 лет в 1-й подгруппе у 94,4 % женщин, во 2-й – у 73,3 %, в 3-й – у 71,4 %; до 11 лет – у 0,0 % в 1-й, у 26,7 % женщин во 2-й, у 0,0 % в 3-й; старше 15 лет – у 5,6 % - в 1-й, у 0,0 % - во 2-й, у 28,6 % в 3-й ($P_{1-2} < 0,001$, $P_{1-3} < 0,001$). Итого, раннее и позднее менархе в сумме встретилось у 5,6 % в 1-й подгруппе, 26,7 % - во 2-й, 28,6 % в 3-й.

Менструации стали регулярными через 6 мес. в 1-й подгруппе в 76,9 % случаев, во 2-й – у 100,0 %, в 3-й – у 100,0 % ($P_{1-2} < 0,001$, $P_{1-3} = 0,009$), через 6 – 12 мес, соответственно, у 7,7 %, 0,0 % и 0,0 % ($P_{1-2} = 0,010$), через 1-2 года – у 7,7 %, 0,0 %, 0,0 % ($P_{1-2} = 0,010$), через 2 и более лет – у 7,7 %, 0,0 %, 0,0 % ($P_{1-2} = 0,010$).

Выявлено, что раннее и позднее менархе чаще встречалось во 2-й и 3-й подгруппах. Несмотря на своевременное менархе у большинства женщин 1-й подгруппы (15,4 %), менструальный цикл стал регулярным спустя год и более, в то время как во 2-й и 3-й подгруппах он установился сразу. Это позволяет предположить о нарушениях в регулирующих системах гипоталамико-гипофизарно-яичниковой системы в 1-й подгруппе.

Средняя продолжительность менструаций и менструального цикла составили, соответственно, 5,4 \pm 0,3 и 29,0 \pm 0,5 у обследованных 1-й подгруппы, 5,2 \pm 0,4 и 28,6 \pm 0,8 – 2-ой, 5,0 \pm 0,6 и 28,1 \pm 1,2 – 3-й. Менструации были регулярными у 36,4 % обследованных в 1-й подгруппе, 84,6 % - во 2-й, 75,0 % - в 3-й ($P_{1-2} < 0,001$, $P_{1-3} = 0,037$), умеренными – у 72,2 %, 68,4 % и 75,0 %.

Чаще всего, независимо от возраста, изменение менструального цикла (при наличии фолликулярных кист яичников) проявлялось задержкой менструаций на 15 – 60 дней: в 1-й подгруппе – у 33,3 %, во 2-й – у 30,0 %, в 3-й – у 37,5 %; обильными – у 0,0 %, 10,0 % и 12,5 %; болезненными - у 11,1 %, 10,0 % и 0,0 %.

Средний возраст начала половой жизни для женщин 1-й подгруппы составил 16,4 \pm 0,3, 2-й – 18,8 \pm 0,4, 3-й – 26,0 \pm 0,6 лет. Регулярную половую жизнь в браке вели 8 женщин (44,4 %) 1-й подгруппы, 7 (35,0 %) – 2-й, 3 (37,5 %) – 3-й.

Предохранялись от беременности 88,9 % обследованных 1-й подгруппы, 87,5 % - 2-й, 100,0 % - 3-й. В 1-й подгруппе физиологические методы использовали 77,8 % женщин, ВМС – 11,1%, во 2-й – гормональную – 25,0 %, 100,0 % - 3-й.

ВМС – 25,0 %, барьерную контрацепцию - 25,0 %, физиологические методы – 12,5 %, в 3-й ВМС – 50,0 %, физиологические методы – 50,0 %.

Имели беременности 0,0 % в 1-й подгруппе, 85,0 % - во 2-й, 100,0 % - в 3-й. Вторичное бесплодие было только у 5,0 % женщин 2-й подгруппы.

Наличие фолликулярных кист яичников сочеталось с другой гинекологической патологией во 2-й подгруппе у 14 (70,0 %), в 3-й - у 100,0 % женщин. Сопутствующая гинекологическая патология у пациенток с фолликулярными кистами яичников представлена в табл. 4.

Таблица 4

Гинекологические заболевания у пациенток с фолликулярными кистами яичников, %

Нозологическая форма	1 под-группа	2 под-группа	3 под-группа	P 1-2	P 1-3	P 2-3
Миома матки	-	10,0	87,5	P=0,002	P < 0,001	P < 0,001
Гиперплазия эндометрия	-	15,0	25,0	P < 0,001	P = 0,007	
Эрозия шейки матки	-	30,0	25,0	P < 0,001	P = 0,007	
Хронический аднексит	-	35,0	12,5	P < 0,001		
Апоплексия яичника	-	5,0	-			

Из таблицы 4 следует, что у пациенток 2-й подгруппы из сопутствующей гинекологической патологии явно преобладали хронический аднексит, в 3-й подгруппе - миома матки и гиперплазия эндометрия, в 1-й подгруппе сопутствующей гинекологической патологии не выявлено. В связи с этим, истинное влияние изучаемой патологии на характер менструального цикла наиболее показательно в 1-й подгруппе, где отсутствовала сопутствующая гинекологическая патология.

Рост обследованных женщин составил 156 – 175 см, масса тела - 53 – 95 кг. При гинекологическом исследовании у всех пациенток наружные половые органы были развиты правильно, рост волос на лобке – по женскому типу. При исследовании в зеркалах – слизистая влагалища не изменена у всех обследованных; шейка матки не изменена у 100,0 % в 1-й подгруппе, у 70,0 % - во 2-й, у 75,0 % - в 3-й, с наличием эрозии в 0,0 % случаев в 1-й подгруппе, в 30,0 % - во 2-й, в 25,0 % - в 3-й. При бимануальном исследовании емкое влагалище определялось у 0,0 % в 1-й подгруппе, 88,2 % - во 2-й, 87,5 % - в 3-й; узкое влагалище, соответственно, у 100,0 %, 11,8 % и 12,5 %; матка нормальных размеров – у 100,0 %, 90,0 % и 12,5 %; увеличена – у 0,0 %, 10,0 %, 87,5 %. Кисты яичников слева определялось у 61,1 % женщин в 1-й подгруппе, у 40,0 % во 2-й, у 87,5 % - в 3-й; справа, соответственно, у 38,9%, 60,0 % и 12,5 %. Образования имели округлую форму, туго-эластичную консистенцию, умеренную подвижность.

Ультразвуковое исследование проведено у всех женщин с фолликулярными кистами яичников. Заключение ультразвукового

исследования были следующими: фолликулярная киста яичника в 97,8 % случаев, кистома яичника – у 2,2 %. По данным ультразвукового исследования фолликулярные кисты яичников выявлены слева у 61,1 % женщин в 1-й подгруппе, у 40,0 % во 2-й, у 87,5 % - в 3-й; справа, соответственно, у 38,9%, 60,0 % и 12,5 %. Таким образом, результаты ультразвукового исследования в основном совпали с данными бимануального исследования. При ультразвуковом исследовании выявлено, что средние размеры матки у пациенток с фолликулярными кистами яичников во 2-й и особенно в 3-й подгруппах увеличены за счет сопутствующей миомы матки. Существенных различий в размерах фолликулярных кист между подгруппами не отмечено, они были небольших размеров, и составили в 1-й подгруппе 48,1±4,4 x 42,0±3,7 x 40,3±3,9, во 2-й – 43,7±2,6 x 40,1±2,5 x 41,3±2,6, в 3-й – 43,8±9,4 x 45,8±11,0 x 42,4±12,6.

При обследовании по тестам функциональной диагностики нормальный менструальный цикл установлен у 25,0% в 1-й подгруппе, 25,0% - во 2-й, 50,0% - в 3-й. В остальных случаях имелись различные нарушения менструального цикла: недостаточность второй фазы цикла - у 25,0 %, 12,5 %, 0,0 %, соответственно; ановуляторный гиперэстрогенный цикл - у 50,0%, 37,5%, 50,0% по обследованным подгруппам; ановуляторный гипоестрогенный цикл – только во 2-й подгруппе (25,0 %), что можно объяснить высокой частотой сопутствующего хронического воспаления придатков матки (35,0 %), которое по данным М.С. Давыдова (1984), Л.И. Кох, А.В. Тардаскиной (2002) приводит к гипофункции яичников.

Уровни концентрации половых гормонов (эстрадиол и прогестерон) в первую и во вторую фазы менструального цикла в крови у пациенток с фолликулярными кистами яичников представлены в табл. 5.

Таблица 5

Содержание половых гормонов в крови у пациенток с фолликулярными кистами яичников

Содержание половых гормонов в разные фазы менструального цикла		1 подгруппа	2 подгруппа	3 подгруппа	Р
I фаза	Эстрадиол, пг/мл (N 30-120 пг/мл)	165,9±68,0	126,9±59,3	131,4±49,7	
	Прогестерон, нмоль/л (N менее 6 нмоль/л)	1,59±0,39	4,04±0,81	2,26±0,64	Р 1-2 = 0,02
II фаза	Эстрадиол, пг/мл (N 70-250 пг/мл)	381,0±93,8	492,3±49,8	326,1±48,2	Р 2-3 = 0,03
	Прогестерон, нмоль/л (N 10 –89 нмоль/л)	14,9±4,3	10,2±4,1	11,6±2,8	

Из таблицы 5 следует, что содержание эстрадиола в крови пациенток всех подгрупп в первую фазу менструального цикла превышало норму, и заметно увеличивалось у них во вторую фазу (в 1,5-2 раза), в то время как концентрация прогестерона существенно не изменялась.

К вопросу лечения пациенток с фолликулярными кистами яичников подходили дифференцированно. У женщин 1-й и 2-й подгрупп фолликулярные кисты яичников легко поддавались консервативному лечению монофазными оральными контрацептивами, что согласуется с данными Л.В. Адамян (1998), S. Granberg (1990). В 3-й подгруппе в связи с высокой частотой сопутствующей гинекологической патологии в 75 % случаев проведено хирургическое лечение. Показаниями к операции явились «симптомная» миома матки, гиперплазия эндометрия, подтвержденная гистологически. Во всех случаях доступ был лапаротомным. Объемы операций соответствовали сопутствующей гинекологической патологии.

Данные концентрации половых гормонов (эстрадиол и прогестерон), изученные в содержимом фолликулярных кист представлены в табл. 6 .

Таблица 6

Содержание половых гормонов в содержимом фолликулярных кист яичников

Половые гормоны в содержимом кист в разные фазы менструального цикла		1 подгруппа	2 подгруппа	3 подгруппа	Р
I фаза	Эстрадиол, пг/мл	304,5 ^q 53,8	287,1 ^q 57,4	264,3 ^q 51,4	
	Прогестерон, нмоль/л	0,87 ^q 0,14	0,90 ^q 0,15	0,54 ^q 0,09	
II фаза	Эстрадиол, пг/мл	212,1 ^q 41,5	198,2 ^q 42,1	250,0 ^q 42,7	
	Прогестерон, нмоль/л	0,34 ^q 0,08	0,12 ^q 0,06	0,22 ^q 0,06	Р 1-2 = 0,05

Как видно из таблицы 6, уровень эстрадиола во всех подгруппах был достаточно высоким как в первую, так и во вторую фазы менструального цикла. Концентрация прогестерона была незначительной независимо от фазы менструального цикла. По данным В.Н. Серова (1999), L.Ch. De Grespigny (1989), G.R. Geier (1981), J.M. Vajio (1991) для содержимого фолликулярных кист яичников характерно высокое содержание эстрадиола, что используется для проведения дифференциальной диагностики с другими кистами и кистозами.

При микроскопическом исследовании оболочек фолликулярных кист яичников установлено, что они имеют 2 слоя: внутренний – эпителиальный и наружный – соединительно-тканый. Внутренний слой выстлан уплощенным кубическим эпителием. Границы между эпителиоцитами размыты, базальная мембрана четко не визуализируется. Соединительно-тканый слой содержит коллагеновые волокна, единичные мышечные клетки, кровеносные капилляры. При изучении субмикроскопической структуры тека-клеток фолликулов О.В. Волковой (1970) отмечено слабое развитие аппарата Гольджи, небольшое количество митохондрий. Эндоплазматический ретикулум в виде двух форм: одна характеризуется мелкими полостями со светлым содержимым, другая построена из лакун с электронноплотным содержимым, что свидетельствует о различной функциональной активности клеток. Имеются лизосомы и жировые

гранулы, то есть строение этих клеток типично для клеток с эндокринной функцией.

Анализируя вышеизложенные результаты, можно отметить, что средний возраст женщин с параовариальными и фолликулярными кистами яичников во всех изученных подгруппах существенно не отличался. Как параовариальные, так и фолликулярные кисты яичников появляются у юных, наибольшей частоты достигают в фертильном возрасте, уменьшение их частоты происходит в климактерическом периоде. Этот факт подтверждает взаимосвязь образования как тех, так и других кист с функционированием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

Основной жалобой в обеих группах были боли – у пациенток с параовариальными кистами – у 66 (62,8 %) человек, с фолликулярными кистами яичников – у 27 (58,7 %). В обеих группах боли носили преимущественно ноющий характер. Если у пациенток с параовариальными кистами болевой симптом встречался с одинаковой частотой во всех возрастных подгруппах - у 57,1 % в 1-й подгруппе, у 64,9 % - во 2-й, у 65,0 % - в 3-й, то в группе с фолликулярными кистами яичников достоверно чаще у пациенток 2-й подгруппы: соответственно, в 1-й подгруппе – 10 (55,6 %), во 2-й – у 15 (75,0 %), в 3-й – 2 (25,0 %) ($P_{1-3} = 0,05$, $P_{2-3} = 0,004$). При сопоставлении частоты болей и размеров параовариальных и фолликулярных кист яичников оказалось, что зависимость частоты болей от объема образований отмечена во всех подгруппах при фолликулярных кистах яичников, в то время как при параовариальных – во 2-й и 3-й подгруппах.

Жалобы на нарушение менструального цикла (болезненные, обильные, нерегулярные менструации) предъявляли 39 женщин с параовариальными кистами (37,1 %), причем, наиболее часто – пациентки 3-й подгруппы (70,0 %), в то время как в 1-й и 2-й этот показатель составил, соответственно, 14,3 % и 36,8 %; и 22 – с фолликулярными кистами яичников (47,8 %), причем, преимущественно - у пациенток 1-й подгруппы (у 72,2 %), по сравнению со 2-й и 3-й, где этот показатель составил 35,0 % и 25,0 %, соответственно. Учитывая отсутствие сопутствующей гинекологической патологии у пациенток 1-й подгруппы с фолликулярными кистами яичников, можно судить о влиянии данной патологии на менструальный цикл. Сравнительный анализ частоты нарушений менструального цикла в зависимости от размеров образований показал отсутствие связи при фолликулярных кистах яичников и увеличение частоты нарушений менструального цикла с увеличением объема параовариальных кист.

Таким образом, если болевой симптом преобладал у пациенток с параовариальными кистами, то нарушения менструального цикла чаще наблюдали у женщин с фолликулярными кистами яичников.

Возраст наступления менархе существенных различий между группами и подгруппами не имел и составил 13 лет, что соответствует норме (Гуркин Ю.А., 2000). Однако, раннее наступление менархе (до 11 лет), равно, как и позднее (после 15 лет), было более характерно для 2-й и 3-й подгрупп обеих

групп, причем у женщин с фолликулярными кистами отмечено в 2 раза чаще, чем с параовариальными.

Вместе с тем, в 1-й подгруппе пациенток с параовариальными кистами регулярный менструальный цикл установился позднее 1-2 лет у 40,0 %, в то время как при фолликулярных этот показатель составил 15,4 %. Это, по-видимому, указывает на незрелость в регулирующих структурах гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы у женщин с параовариальными кистами. Такая же закономерность прослеживается и во 2-й, 3-й возрастных подгруппах у пациенток с параовариальными кистами, соответственно, 13,3 % и 11,1 %, в то время как у женщин с фолликулярными кистами в это время цикл был уже регулярным.

Продолжительность менструаций и длительность менструального цикла в сравниваемых группах и подгруппах достоверных различий не имели.

Среди нарушений менструального цикла в связи с обнаружением кист, на первое место во всех группах и подгруппах выступают задержки менструаций на 15 – 60 дней, причем, у женщин с фолликулярными кистами в 1-й и 2-й подгруппах достоверно чаще, чем с параовариальными.

Существенной разницы в детородной функции у пациенток с параовариальными и фолликулярными кистами яичников не отмечено. Отсутствие беременностей в 1-й подгруппе с фолликулярными кистами яичников объясняется использованием различных методов контрацепции в 88,9 % случаев с одной стороны (в сравнении с 25,0 % у женщин с параовариальными кистами), низкой частотой регулярной половой жизни (44,4 %) – с другой. Обращает внимание, что у женщин с параовариальными кистами первичное бесплодие встретилось в 3,6 % в 1-й подгруппе, в 3,5 % - во 2-й, в 0,0 % - в 3-й; вторичное – в 0,0 %, 3,5 %, 10,0 %, соответственно. В группе с фолликулярными кистами яичников вторичное бесплодие встретилось у 5,0 % 2-й подгруппы.

У пациенток 1-й подгруппы с параовариальными кистами из сопутствующей гинекологической патологии преобладали фолликулярные кисты яичников (14,3 %) и хронический аднексит (10,7 %), у пациенток 2-й подгруппы - хронический аднексит (29,8 %), фолликулярные кисты яичников (24,6 %) и миома матки (24,6 %), в то время как в 3-й подгруппе чаще встречалась миома матки (65,0 %), функциональные кисты яичников и гиперплазия эндометрия – у 15,0 %, соответственно. У пациенток 2-й подгруппы с фолликулярными кистами яичников из сопутствующей гинекологической патологии преобладали хронический аднексит (35,0 %), в 3-й - миома матки (87,5 %) и гиперплазия эндометрия (25,0 %), в 1-й подгруппе сопутствующей гинекологической патологии не выявлено.

Объективное исследование не выявило достоверных различий между пациентками обеих групп. Отдифференцировать параовариальные от фолликулярных кист яичников при бимануальном исследовании не представлялось возможным.

Ультразвуковой метод исследования позволил поставить диагноз параовариальная киста у 31,4 % женщин, фолликулярная киста яичника – у 97,8 %. По данным А.А. Попова (1992), ультразвуковое исследование имеет

высокую диагностическую ценность и обеспечивает точную топическую диагностику в 85 - 97,4 % случаев. Специфичность метода, то есть правильная оценка нозологической принадлежности опухолевидных образований по данным ультразвукового исследования составляет 43 – 73,7 % (Умаханова М.М., 1988; Коколина В.Ф. и соавторы, 1992; Попов А.А. и соавторы, 1992; Стрижаков А.Н., Баев О.Р., 1995).

Размеры параовариальных и фолликулярных кист яичников, выявленные при ультразвуковом исследовании, представлены в табл. 7.

Таблица 7

Размеры параовариальных и фолликулярных кист яичников по данным ультразвукового исследования, мм

Размеры	1 подгруппа			2 подгруппа			3 подгруппа		
	Г группа	II группа	P	Г группа	II группа	P	Группа	II группа	P
Длина, мм	81,6 ⁹ 8,6	48,1 ⁹ 4,4	P<0,002	70,1 ⁹ 4,9	43,7 ⁹ 2,6	P<0,001	71,1 ⁹ 9,4	43,8 ⁹ 9,4	
Ширина, мм	68,0 ⁹ 5,7	42,0 ⁹ 3,7	P<0,001	56,7 ⁹ 3,8	40,1 ⁹ 2,5	P<0,003	62,2 ⁹ 7,4	45,8 ⁹ 11,0	
Толщина, мм	65,1 ⁹ 5,7	40,3 ⁹ 3,9	P<0,002	60,4 ⁹ 4,5	41,3 ⁹ 2,6	P<0,002	62,7 ⁹ 12,0	42,4 ⁹ 12,6	

Таким образом, размеры параовариальных кист преобладали во всех возрастных подгруппах. Максимальные размеры параовариальных кист были выявлены в 1-й подгруппе.

Гормональный статус женщин определен по тестам функциональной диагностики и результатам изучения концентрации эстрадиола и прогестерона в периферической крови и содержанием параовариальных и фолликулярных кист яичников.

Результаты тестов функциональной диагностики имели различия в возрастных подгруппах, и во 2-й и 3-й подгруппах, возможно, были обусловлены наличием сопутствующей гинекологической патологии. В связи с чем, наиболее информативными являются результаты, полученные в 1-й подгруппе. Как оказалось, нормальный двухфазный цикл был выявлен у 37,5 % женщин с параовариальными кистами и 25,0 % с фолликулярными кистами яичников; недостаточность II фазы, соответственно, у 12,5% и 25,0 %; однофазный гиперэстрогенный цикл в обеих группах составил 50,0 %. Во 2-й и 3-й подгруппах нарушения менструального цикла встречались чаще и не имели существенных различий между группами.

При изучении содержания половых гормонов в периферической крови в различные фазы менструального цикла нами отмечено, что у женщин с фолликулярными кистами яичников уровень эстрогенов как в первую, так и во вторую фазы цикла был выше нормы, в то время как у пациенток с параовариальными кистами – только во вторую фазу цикла. Уровень прогестерона существенно не изменялся на протяжении менструального цикла.

Концентрация эстрадиола в содержимом параовариальных и фолликулярных кист была выше нормы в обе фазы менструального цикла, с явным преобладанием у женщин с фолликулярными кистами. Если в

содержимом фолликулярных кист наблюдалась выраженная динамика в сторону снижения концентрации гормонов во вторую фазу цикла, то в параовариальных – наоборот, в сторону увеличения.

Содержание половых гормонов в крови и содержимом параовариальных и фолликулярных кист представлено в табл. 8.

Таблица 8

Концентрация половых гормонов крови и содержимого параовариальных и фолликулярных кист яичников, Мгм

Половые гормоны в разные фазы менструального цикла		I Группа		II Группа	
		Кровь	Содержимое кист	Кровь	Содержимое кист
I фаза	Эстрадиол, пг/мл	50,798,6	146,9921,4*	141,4959,0	285,3954,2
	Прогестерон, нмоль/л	2,090,7	0,890,1	2,690,6	0,890,1*
II фаза	Эстрадиол, пг/мл	253,5996,9	191,9936,5	399,8964,0	220,1942,1
	Прогестерон, нмоль/л	13,893,5	1,790,1*	12,293,7	0,290,1*

Примечание: * - достоверность различий между содержанием гормонов в крови и содержимом кист при $P < 0,001$.

При сравнении концентрации половых гормонов в крови и содержимом кист выявлено, что концентрация эстрадиола в содержимом кист в первую фазу цикла значительно больше, чем в крови. Во вторую фазу цикла его концентрация у женщин с фолликулярными кистами яичников снижается и становится ниже, чем в крови, а в параовариальных кистах, наоборот, увеличивается, но по сравнению с уровнем в крови так же становится ниже. Такая динамика у женщин с параовариальными кистами, по-видимому, обусловлена тем, что они менее подвержены циклическим изменениям в яичниках по сравнению с фолликулярными кистами.

При изучении сходств и различий параовариальных и фолликулярных кист яичников сложилось впечатление, что фолликулярные кисты по характеру жалоб, нарушениям менструального цикла, размерам, концентрации уровня эстрадиола и прогестерона в периферической крови и содержимом кист тесно связаны с циклическими изменениями функции яичников. Полученные нами данные позволяют обосновывать консервативный подход в лечении фолликулярных кист яичников.

Результаты изучения параовариальных кист показали, что среди жалоб преобладали боли, в меньшей степени – нарушения менструального цикла. Для параовариальных кист, в отличие от фолликулярных, характерен длительный период установления менструальной функции, большая частота бесплодия, преобладание размеров, особенно в 1-й подгруппе. Динамика изменений концентрации половых гормонов в периферической крови и содержимом кист в зависимости от фазы менструального цикла позволяют считать, что их возникновение в меньшей степени связано с функцией яичников и в большей мере зависит от регулирующих структур гипоталамо-

гипофизарно-яичниковой системы. В связи с этим лечение параовариальных кист может быть только хирургическое.

Все пациентки с параовариальными кистами, находившиеся под нашим наблюдением, были прооперированы. Причем, в 1-й и 2-й возрастных подгруппах стремились к минимальному объему операций, расширение объема было обусловлено сопутствующей гинекологической патологией, а также осложнениями в виде перекрута кисты.

Микроскопически стенка как параовариальной, так и фолликулярной кисты состоит из двух слоев: соединительнотканного и эпителиальной выстилки. Отличие состоит в том, что внутренний слой фолликулярных кист выстлан кубическим эпителием, а параовариальных кист – цилиндрическим. В пласте эпителиоцитов параовариальных кист встречались крупные клетки с цитоплазмой, интактной по отношению к красителям, так называемые, «светлые» клетки. Отдельные эпителиоциты были снабжены мерцательным аппаратом.

При возникновении параовариальных кист в эпителиоцитах канальцев параовариума на ультраструктурном уровне наблюдаются патологические изменения: утрата микроворсинок апикальной плазмалеммы, появление мерцательного аппарата, признаки усиленной секреции – комплекс Гольджи и эндокриноциты с инвагинированными ядрами.

Таким образом, параовариальные и фолликулярные кисты яичников имеют ряд сходств, а именно, преобладают у юных и женщин репродуктивного возраста, имеют одинаковую симптоматику, связаны с функционированием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Вместе с тем, имеется и ряд существенных различий, а именно, параовариальные кисты достигают больших размеров, не исчезают самопроизвольно, подлежат хирургическому лечению, концентрация гормонов в содержимом параовариальных кист не имеет существенной циклической динамики в отличие от фолликулярных кист. Фолликулярные кисты не достигают больших размеров, концентрация гормонов в их содержимом наиболее подвержена циклическим изменениям, могут исчезать без лечения или на фоне гормонального лечения, что указывает на их большую связь с циклическими изменениями в репродуктивной системе, в отличие от параовариальных кист, которые в большей мере можно расценивать как ретенционные образования без подверженности циклическим гормональным изменениям.

ВЫВОДЫ

1. Основными жалобами больных с параовариальными и фолликулярными кистами яичников являлись боли внизу живота и нарушения менструального цикла. Болевой симптом преобладал у пациенток с параовариальными кистами, нарушения менструального цикла – у женщин с фолликулярными кистами яичников.

2. Для женщин с параовариальными и, особенно, фолликулярными кистами яичников характерна высокая частота раннего и позднего менархе и

нарушения менструального цикла по типу ановуляторной гиперэстрогении и недостаточности второй фазы. Позднее установление менструального цикла (через 1-2 года) более характерно для пациенток с параовариальными кистами.

3. Концентрация половых гормонов (особенно эстрадиола) в периферической крови у женщин обеих групп выше нормы во вторую фазу менструального цикла. В содержимом фолликулярных кист концентрация половых гормонов во вторую фазу цикла снижается, а при параовариальных кистах, наоборот, увеличивается, что можно объяснить циклическими изменениями в яичниках у женщин с фолликулярными кистами.

4. При возникновении параовариальных кист в эпителиоцитах канальцев паровариума на ультраструктурном уровне наблюдаются утрата микроворсинок апикальной плазмалеммы и появление эндокриноцитов с признаками секреторной активности.

5. Параовариальные и фолликулярные кисты возникают преимущественно у юных и женщин детородного возраста, имеют сходную клиническую картину. Отличие состоит в больших размерах параовариальных кист, наличии среди эпителиоцитов клеток с секреторной активностью и отсутствии явной связи с деятельностью яичника в отличие от фолликулярных кист яичников.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностика функциональных образований яичников и паровариума должна складываться из тщательного сбора анамнеза с акцентом на возраст и особенности становления менструальной функции, жалоб пациенток, а так же использования дополнительных методов диагностики (ультразвуковое исследование, тесты функциональной диагностики, гормоны крови).

2. Клинико-морфологические особенности фолликулярных кист яичников свидетельствуют, об их тесной связи с циклическими изменениями яичников, что является обоснованием их консервативного лечения, в отличие от параовариальных кист, которые лечатся хирургически.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Особенности клиники при параовариальных кистах // Проблемы современной онкологии: Материалы юбилейной конференции научно-исследовательского института онкологии Томского научного центра СО РАМН (29-30 июня 1999 г.). – Томск: STT, 1999. – С. 118–120. /Соавторы: Л.И. Кох, Л.К. Деркачева.

2. Клинико-экспериментальные параллели при патологии паровариума // Вопросы пластической, реконструктивной хирургии и клинической анатомии. – Томск: «UFO-press», 2000. – Вып. 1. – С. 225–229. /Соавторы: Л.И. Кох, А.В. Тардаскина.

3. Link of paraovarian cysts with the age features of the ovarian appendage morphology // VIII th European Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology.- Prague, 2000. – p. 151. /Соавторы: Л.И. Кох, А.В. Тардаскина, А.Б. Войцович.

4. Возрастные особенности патологии пареофорона // Современные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии: Сборник научных трудов, посвященный 15-летию родильного дома №4. – Томск, 2000. – С.49. /Соавтор Л.И. Кох.
5. Дифференциальная диагностика некоторых ретенционных кист у детей и подростков // Современные аспекты репродуктивного здоровья подростков в Западной Сибири: Материалы региональной научно – практической конференции. – Томск: «ГРАФИКА», 2001. – С. 57–59. /Соавтор Л.И. Кох.
6. Применение эндоскопии в лечении параовариальных кист // Материалы 4-го Российского научного форума «Охрана здоровья матери и ребенка 2002». – Москва: «Авиаиздат», 2002. – С.126. /Соавтор Л.И. Кох.
7. Особенности функционирования яичникового придатка в подростковом возрасте // Мать и дитя: Тезисы докладов IV форума. – Москва: «МИК», 2002. – С. 191–192. /Соавтор Л.И. Кох.
8. Параовариальные кисты в ургентной гинекологии // Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: Материалы межрегиональной научно – практической конференции, посвященной 10-летию кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС СГМУ и 20-летию ОКБ. – Томск, 2003. – С. 50–51.
9. Клинические сходства и различия параовариальных и фолликулярных кист яичников // Вестник НГУ. – Новосибирск, 2004. – Т. 2. – Вып. 2. - С. 34–37. /Соавтор Л.И. Кох.