

На правах рукописи

Наседкин Андрей Генрихович

**МОРФОЛОГИЯ ЯИЧНИКОВОГО ПРИДАТКА И КЛИНИЧЕСКАЯ
КАРТИНА ПРИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ И
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ**

14.00.01 – акушерство и гинекология

03.00.25 – гистология, цитология, клеточная биология

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск – 2007

Работа выполнена в ГОУ ВПО Сибирском государственном медицинском университете Росздрава

Научные руководители:

доктор медицинских наук,
профессор

Кох Лилия Ивановна

доктор медицинских наук,
профессор

Перельмутер Владимир Михайлович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Коломиец Лариса Александровна

доктор медицинских наук

Потапов Алексей Валерьевич

Ведущая организация: ГОУ ВПО Омская Государственная медицинская академия Росздрава

Защита состоится «___» _____ 2007 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при Сибирском государственном медицинском университете (Россия, 634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2)

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

Автореферат разослан «___» _____ 2007 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Герасимов А.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Проблема диагностики и лечения опухолей и опухолевидных образований яичника сложна и актуальна [Белоглазова, С.Е., Адамян Л.В., 1999]. Среди гинекологических больных по данным различных авторов опухоли яичников составляют 6-11%, из них на долю кист приходится 22% [Адамян Л.В., Белоглазова С.Е., Мурватов К.Д., Липатенкова Ю.И., 1999; Кох Л.И., Балакшина Н.Г., Бушуева Е.Н. и др., 2003]. Другие исследователи указывают на значительный рост частоты данной патологии до 19-25% за последние 10 лет [Кулаков В.И., Адамян Л.В., 2000; Гаспаров А.С., 2000; Зурабиани З.Р., Буздун Н.В., Данилов А.Ю., 2005].

Мнения по вопросам диагностики, течения, клиники, лечения, профилактики опухолей и опухолевидных образований яичников различны. По мнению многих исследователей, течение доброкачественных опухолей (ДОЯ) и опухолевидных образований яичников является бессимптомным [Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В., 2000; Харитонов Т.В., 1996; Сидорова И.С., Гуриев Т.Д., Саранцев А.Н. и др., 2003]. Однако данное мнение разделяют не все авторы [Гилязутдинова З.Ш., Михайлова М.К., 2000; Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т., 2005]. Так, у 26% отмечается бесплодие, у 25% нарушения менструального цикла, у 41% ноющие боли внизу живота [Адамян Л.В., Белоглазова С.Е., 1999].

Некоторые виды гинекологической патологии у части женщин сопровождаются нейро-вегетативными, психо-эмоциональными и эндокринно-обменными жалобами. Данное явление чаще наблюдается в климактерический период, при хирургической кастрации, гормонально-активных образованиях яичников, предменструальном синдроме (ПМС) [Вихляева Е.М., 1997; Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., 2001]. В клинике опухолевидных образований и доброкачественных опухолей у девочек были выявлены нарушения вегетососудистой и эндокринной систем [Латыпова Г.Г., 1996]. Данные об изучении нейро-эндокринной симптоматики у женщин с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников в доступной нам литературе не встретились.

Вместе с тем, современные авторы не упоминают об анатомо-функциональной роли яичникового придатка (ЯП) как части репродуктивной системы [Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1990; Кватер Е.И., 1961; Кулаков В.И., 1990; Милку Шт.-М., Дэнилэ-Мустер А., 1973]. Исследования А.Б. Войцович (1998) показали, что ЯП с возрастом претерпевает морфологические изменения, достигая максимального развития в фертильном возрасте. Тардаскина А.В. (2002) показала, что при воспалении придатков матки в процесс всегда вовлекается яичниковый придаток. Данные о морфологии яичникового придатка при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников в литературе отсутствуют.

Исходя из вышесказанного оправдана необходимость изучения клинических проявлений, в том числе и нейро-вегетативной, психо-эмоциональной симптоматики и обменно-эндокринных нарушений, а также морфологии яичникового придатка при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников.

Цель исследования: изучить функциональную морфологию яичникового придатка и клинические проявления, время их появления относительно момента выявления заболевания, при различных видах опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников.

Задачи исследования:

1. изучить анатомо-гистологическое строение яичникового придатка на светооптическом уровне при наличии различных видов опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников
2. провести сравнительную характеристику анатомо-гистологического строения яичникового придатка при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников
3. изучить клиническую картину и время появления симптомов относительно момента выявления заболевания при различных видах опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников
4. провести сравнительную характеристику клинических проявлений и времени их появления относительно момента выявления заболевания при опухолевидных образованиях и истинных опухолях яичников

Научная новизна

Впервые изучено анатомо-гистологическое строение яичникового придатка у женщин с различными видами опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников.

Впервые проведена сравнительная характеристика анатомо-гистологического строения яичникового придатка при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников.

Впервые изучено время появления клинических симптомов при различных видах опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников относительно момента выявления заболевания.

Впервые выполнено сравнение клинических симптомов и времени их появления относительно момента выявления заболевания при доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников.

Впервые выявлено наличие нейро-вегетативной, психо-эмоциональной симптоматики, обменно-эндокринных нарушений и изучено время их появления относительно момента выявления заболевания при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников.

Практическая значимость работы

Результаты исследования показали, что различные виды опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников имеют четкие одинаковые клинические проявления, различающиеся степенью выраженности и временем возникновения относительно момента обнаружения заболевания.

Клиническая картина при изученной патологии яичников расширена за счет нейро-вегетативной, психо-эмоциональной симптоматики и обменно-эндокринных нарушений.

Показана важность активного выявления болевого, предменструального синдромов, изменений менструальной, половой, детородной функций женского организма для ориентации практического врача на доклиническом этапе изученной патологии.

Получены новые знания об изменениях морфологии яичникового придатка при опухолевидных образованиях и доброкачественных опухолях яичников.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. При доброкачественных опухолях и опухолевидных образованиях яичников в яичниковом придатке выявляются изменения качественного и количественного характера, более выраженные при доброкачественных опухолях.
2. Клиническая картина при различных видах опухолевидных образований и доброкачественных опухолей характеризуется сходными симптомами, однако, степень их выраженности и время появления различны.

Апробация работы

Основные положения работы доложены и обсуждены на IV межрегиональной научно-практической конференции «Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии» (Томск, 2004), VII Российском форуме «Мать и дитя» (Москва, 2005), Российской научно-практической конференции «Здоровье девочки, девушки, женщины» (Томск, 2006).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 5 работ.

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 137 страницах машинописного текста, содержит 58 таблиц, 7 рисунков и включает список сокращений, введение, обзор литературы, описание материала и методов исследования, результаты собственных исследований, обсуждение, выводы, практические рекомендации и указатель литературы (136 источников на русском языке и 91 на иностранных языках).

СОБСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал и методы исследования

Клиническая часть работы была выполнена на материале, полученном от 121 женщины. На основании патоморфологического исследования удаленных патологических тканей яичников согласно «Гистологической классификации опухолей яичников» (ВОЗ, Женева, 1999) пациентки были разделены на две группы – первую (I) – составили женщины с кистами яичников (n=92), вторую (II) – с доброкачественными опухолями яичников (ДОЯ) (n=29). Средний возраст пациенток I группы 32,3±1,2 лет, II-ой – 38,6±2,9 лет.

Согласно патоморфологическому заключению о виде опухолевого и опухолевидного образования яичника пациентки I группы были разделены на 4 подгруппы: Ia – 28 женщин с кистами желтого тела, Ib – 22 с фолликулярными, Ic – 10 с эндометриоидными, Id – 13 с простыми. Дополнительно, на основании данных УЗИ, бимануального исследования и подверженности регрессу в ходе лечения была выделена пятая (Iv – 19 женщин) клиническая подгруппа с неуточненными кистами яичников (НКЯ). Данные пациентки не подвергались оперативному лечению. Пациентки с ДОЯ были разделены на 3 подгруппы: Pa – 10 женщин со зрелыми тератомами, Pb – 9 с серозными цистаденомами, Pв – 10 с муцинозными цистаденомами.

Морфологическая часть работы была выполнена на 82 ЯП, полученных от 59 женщин (операционный материал). На основании патоморфологического исследования удаленных патологических тканей яичников 59 женщин были разделены на две группы – первую (I) группу составили женщины, оперированные по поводу кист яичников (n=35), вторую (II) – женщины, оперированные по поводу ДОЯ (n=24). Средний возраст пациенток в I группе составил $43,14 \pm 1,41$ лет, во II-ой – $43,46 \pm 2,62$ лет.

Согласно патоморфологическому заключению о виде опухолевидного и опухолевого образования яичника пациентки I группы были разделены на 4 подгруппы: Ia – 8 женщин с кистами желтого тела, Ib – 11 с фолликулярными, Ic – 8 с эндометриоидными, Id – 8 с простыми; пациентки II группы были разделены на три подгруппы: Pa – 7 женщин со зрелыми тератомами, Pb – 8 женщин с серозными цистаденомами, Pв – 8 женщин с муцинозными цистаденомами.

ЯП препарировался с помощью скальпеля, пинцетов и ножниц [Спиров М.С., 1954].

Препарированный ЯП обмерялся с помощью миллиметровой линейки: измерялись длина поперечного канальца ЯП, высота максимального продольного канальца ЯП и косой размер (расстояние от нижнего конца первого продольного канальца до точки слияния последнего продольного канальца с поперечным) в мм, подсчитывалось общее число канальцев ЯП.

Для гистологического исследования ЯП фиксировался в 10% растворе нейтрального формалина [Спиров М.С., 1954], обезживался проведением в растворах этилового спирта восходящих концентраций, заливался в парафин. На микротоме делались срезы толщиной 5-7 мкм, затем депарафинированные срезы окрашивались гематоксилином и эозином [Роймес Б., 1954; Меркулов Г.А., 1969; Улумбеков Э.Г., 1997]. Окрашенные препараты изучались под микроскопом при увеличении объектива x40, окуляра x10 [Автандилов, Г.Г., 1990].

В препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, выявляли вид эпителия канальцев ЯП, форму ядер, их ориентацию относительно базальной мембраны, наличие десквамации эпителия в просвет канальцев, секрета в просвете канальцев ЯП, процессы пролиферации (по наличию многорядности расположения ядер, псевдососочков, истинных сосочков), деформацию

канальцев. Оценивали количество секрета в просвете канальцев – отсутствие, незначительное количество (заполнено до 1/2 просвета), умеренное количество (заполнено до 2/3 просвета) и обильное (заполнен весь просвет).

Для микроморфометрического анализа ЯП использовали световой микроскоп с увеличением 10x40, окуляр-микрометр, окулярную сетку и объектив-микрометр с ценой деления 0,01 мм. Производили измерения наружного и внутреннего диаметров канальцев яичникового придатка, толщины мышечной стенки, высоты эпителия канальцев, удельной плотности распределения канальцев ЯП.

В качестве контроля использовали нормальные значения морфометрии ЯП женщин фертильного возраста [Войцович А.Б., 1998].

Клиническое исследование включало в себя изучение анамнеза жизни, характера менструальной, половой, детородной функций, анамнез настоящего заболевания, характеристики болевого синдрома, ПМС, психо-эмоциональных, нейро-вегетативных жалоб, обменно-эндокринных нарушений, а также время появления данных жалоб относительно момента выявления заболевания.

При гинекологическом исследовании оценивали особенности строения и состояния наружных и внутренних половых органов.

При общем осмотре оценивались характер и степень оволосения, развитие вторичных половых признаков, измерялись рост, масса тела.

Ультразвуковое исследование проводилось с использованием трансвагинального и трансабдоминального датчиков 7,5 и 5 МГц, при этом определялись размеры и объём овариального образования и контралатерального яичника.

Из исследования исключались пациентки на момент обследования, состоящие на учете у психиатра по поводу психических заболеваний, с осложненными вариантами кист яичников и ДОЯ (подкрут, некроз, нарушение питания), сопутствующими воспалительными заболеваниями матки и ее придатков и патологическим течением перименопаузального периода, а также с наличием злокачественных новообразований любой локализации и тяжелой соматической патологии.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 6.0 for Windows.

Вычислялись среднее значение, стандартная ошибка среднего, стандартное отклонение, максимальное и минимальное значения.

Для оценки значимости различий между группами использовали метод сравнения выборочных долей для качественных признаков и критерии Манна-Уитни и Т-тест для количественных признаков. Если при уровне значимости равном 0,05 и соответствующем числе степеней свободы $T_{\text{факт}} > T_{\text{стат}}$, то различия считались вызванными не случайными причинами [Гланц С., 1999].

Обсуждались статистически различимые результаты с достоверностью различий менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

1. Клиническая часть

Анализ различных видов кист яичников и ДОЯ показал, что самыми «молодыми» являлись неуточненные кисты яичников (НКЯ), поскольку в 61,18% отмечались у девушек в возрасте 15-30 лет, самыми «старыми» – серозные цистаденомы, так как 70,00% данных ДОЯ приходились на возраст старше 35 лет. В возрасте 31-40 лет преобладали эндометриоидные кисты яичников (30,00%).

По данным анамнеза перинатальное поражение ЦНС, подвывих шейных позвонков и асфиксия наиболее часто выявлялись у пациенток с НКЯ (45,45%). Также пациентки с НКЯ часто отмечали (31,58%) кисты яичников у родственниц, а отягощенный онкологический анамнез у родственников часто был при муцинозных (70,00%) и серозных (50,00%) цистаденомах.

Среди гинекологической патологии миома матки в анамнезе реже всего была при НКЯ – у 5,26%, а чаще – у пациенток с фолликулярными кистами (54,55%) и серозными цистаденомами (66,66%). Эрозии шейки матки в анамнезе часто были у пациенток с эндометриоидными кистами (у 40,00%).

Неблагоприятное становление менструальной функции чаще всего было отмечено также при НКЯ: сразу установились менструации лишь у 52,63% пациенток, через 2-8 лет у 21,05%, не установились до сих пор у 26,32%.

Различные изменения менструального цикла (увеличение или/и уменьшение продолжительности, интервала, количества теряемой крови) были зафиксированы у 30-60% пациенток со всеми видами кист яичников и ДОЯ. Для эндометриоидных кист было характерно частое наличие мажущих выделений до/после месячных – в 40,00% случаев (рис. 1).

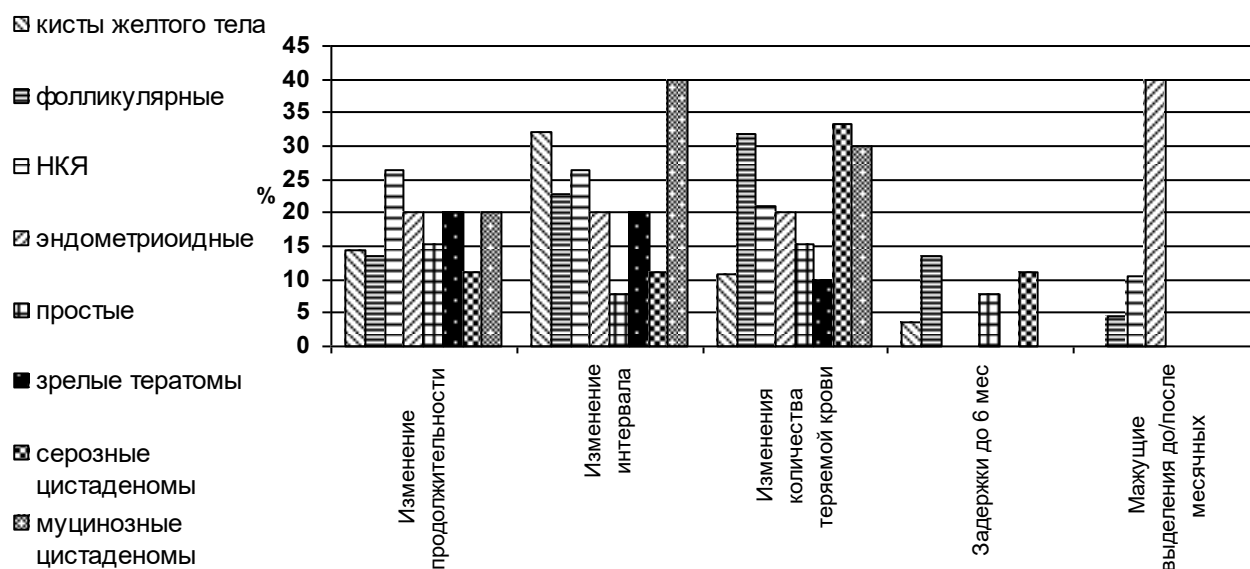


Рисунок 1 – Изменения менструальной функции у пациенток с различными видами кист яичников и ДОЯ

Задержки до 6 месяцев чаще всего отмечали пациентки с ДОЯ в возрасте 21-30 лет (50,00%). В возрасте 21-30 лет и 31-40 лет отметили изменения

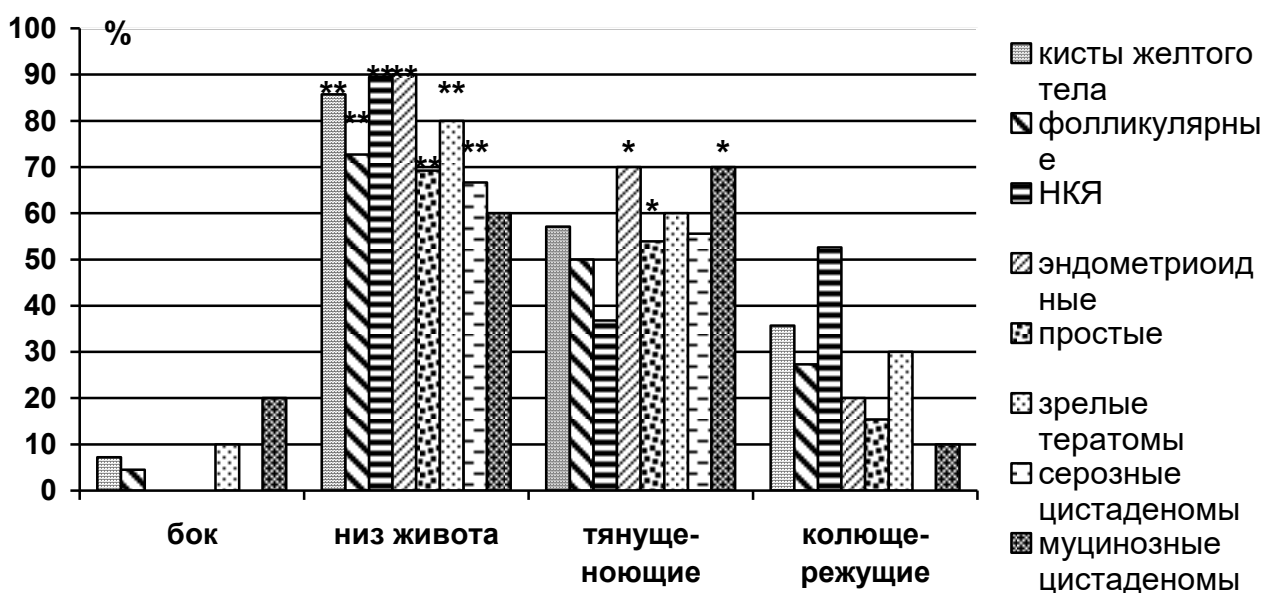
менструального цикла 40,00% женщин с кистами яичников, в возрасте до 20 лет – 20,00% и в 41 год и старше – 80,00%.

ПМС реже всего (в 20,00%) сопутствовал пациенткам с фолликулярными кистами и серозными цистаденомами, а часто беспокоил женщин с муцинозными цистаденомами (в 60,00%).

Первичное бесплодие было отмечено только при кистах яичников (10,87%), при ДОЯ – такового не было. Вторичное бесплодие чаще было при кистах яичников, чем при ДОЯ, однако, среди различных видов кист яичников наиболее редко отмечалось у девушек с НКЯ (10,53%), а часто – при эндометриoidных кистах (у 30,00%).

Неблагоприятное течение беременности наиболее часто отмечалось у пациенток с эндометриoidными и простыми кистами – соответственно 60,00% и 38,46% пациенток имели токсикозы, гестозы, угрозы прерывания беременности, а также с муцинозными цистаденомами (у 50,00% женщин).

Болевой синдром присутствовал у большинства женщин с кистами яичников (84,8%) и ДОЯ (79,3%). При эндометриoidных, фолликулярных, простых кистах и кистах желтого тела боль была преимущественно тянуще-ноющего характера и локализовалась внизу живота. У пациенток с НКЯ, напротив, преобладали боли колюще-режущего характера, однако, также локализованные преимущественно внизу живота (рис. 2).



* – достоверность различий при $p < 0,05$ между характером боли «тянуще-ноющие» и «колюще-режущие» внутри одной подгруппы

** – достоверность различий при $p < 0,05$ между локализацией боли «бок» и «низ живота» внутри одной подгруппы

Рисунок 2 – Локализация и характер болевого синдрома у женщин с различными видами кист яичников и ДОЯ

При всех видах ДОЯ боль локализовалась преимущественно внизу живота, была тянуще-ноющей (рис. 2).

Область иррадиации болей была обширной, а именно: нижние конечности, паховая область, прямая кишка, влагалище, боковая область живота, поясница. У женщин с кистами желтого тела и эндометриоидными болевой синдром давал иррадиацию в нижние конечности+пах+прямая кишка несколько чаще, чем в боковую область живота+поясницу (рис. 3).

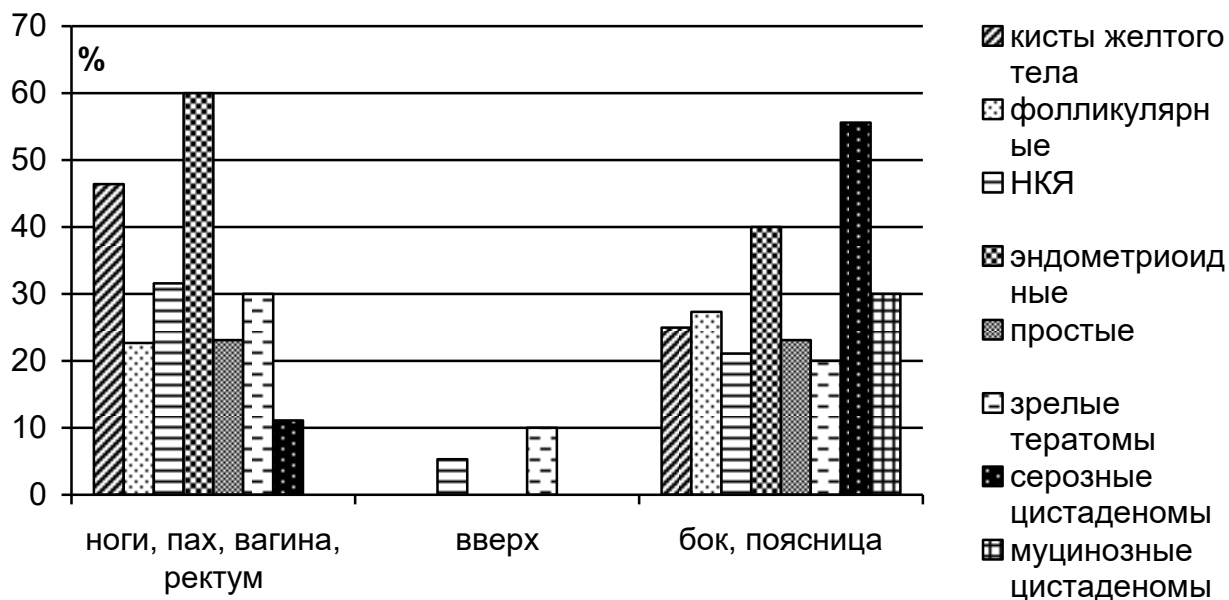


Рисунок 3 – Иррадиация боли у пациенток с различными видами опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников

При фолликулярных, простых кистах и НКЯ боль одинаково часто иррадиировала в нижние конечности+пах+прямую кишку и в боковую область живота+поясницу (рис. 3). При серозных и муцинозных цистаденомах наблюдалась преимущественная иррадиация боли в боковую область живота+поясницу. У пациенток со зрелыми тератомами – в нижние конечности+пах+прямую кишку и в боковую область живота+поясницу боль иррадиировала одинаково часто (рис. 3).

Болевой синдром у 1/3-1/2 женщин всех подгрупп появлялся без связи с какими-либо факторами, а наиболее распространенными провокаторами появления болей были физическая нагрузка (10-30%), переохлаждение (5-20%).

Пациентки со всеми видами кист яичников и ДОЯ имели тот или иной набор психо-эмоциональных, нейро-вегетативных жалоб и обменно-эндокринных нарушений.

При простых кистах редко были следующие нейро-вегетативные, психо-эмоциональные жалобы и обменно-эндокринные нарушения: снижение памяти (23,08%), раздражительность (30,77%), приступы нехватки воздуха (7,69%), лабильность настроения (15,38%), навязчивые идеи (15,38), повышенная возбудимость (15,38%), зябкость (7,69), вестибулопатии (7,69), сонливость (7,69%) и ожирение (7,69%) а наиболее часто – головная боль (46,15%), непереносимость высокой температуры (30,47%) и сердцебиения (46,15%).

Девушкам с НКЯ часто сопутствовали лабильность настроения (57,89%), снижение работоспособности (63,16%), плаксивость (63,16%), утомляемость (52,63%), зябкость (36,84%), повышенная возбудимость (47,37%), головная боль (42,11%), непереносимость высокой температуры (42,11%), редко же – брадикардия (5,26), приступы нехватки воздуха (5,26).

При эндометриоидных кистах максимально часто отмечались снижение памяти (70,00%), снижение работоспособности (60,00%), сердцебиения (50,00%), сонливость (40,00%), непереносимость высокой температуры (60,00%), головная боль (50,00%), сердцебиения (50,00%), приливы (50,00%) и тиреоидная дисфункция (40,00%), а относительно реже отмечались – приступы удушья (30,00%), отечность (30,00%), потливость (20,00%), тошнота (20,00%).

Головная боль (54,55%), повышенная возбудимость (40,91%), плаксивость (72,73%), снижение памяти (63,64%) при фолликулярных кистах яичников отмечались чаще других нейро-вегетативных, психо-эмоциональных жалоб, а навязчивые идеи (36,36%) – реже.

Наиболее часто пациенткам с кистами желтого тела сопутствовали: головная боль (50,00%), приливы (42,86%), нарушения сна (32,14%), плаксивость (67,86%), раздражительность (57,14%), утомляемость (53,57%), ожирение (32,14%). Однако, брадикардия (7,14%), приступы нехватки воздуха (7,14%), зябкость (10,71%), лабильность настроения (39,29%) реже беспокоили женщин с кистами желтого тела.

Пациентки со зрелыми тератомами чаще, чем с другими видами ДОЯ отмечали наличие плаксивости (70,00%), снижения работоспособности (50,00%), гусиной кожи (30,00%), приливов (50,00%), а реже – навязчивые идеи (10,00%). При муцинозных цистаденомах чаще отмечались снижение памяти (70,00%), утомляемость (60,00%), раздражительность (60,00%), головная боль (50,00%), непереносимость высокой температуры (60,00%), тошнота (40,00%) и повышение артериального давления (50,00%). Сухость кожи (55,55%), приливы (55,55%), утомляемость (66,67%), снижение памяти (66,67%) и работоспособности (66,67%) чаще сопутствовали пациенткам с серозными цистаденомами.

Фолликулярные кисты имели самый маленький объем ($32,75 \pm 6,83 \text{ см}^3$), а при эндометриоидных кистах и серозных цистаденомах отмечались наименьшие объемы контралатерального яичника – соответственно $5,97 \pm 1,16 \text{ см}^3$ и $5,47 \pm 1,09 \text{ см}^3$.

При функциональных, эндометриоидных, простых кистах и муцинозных цистаденомах чаще поражался правый яичник, при фолликулярных кистах, зрелых тератомах и серозных цистаденомах – левый, а при кистах желтого тела – оба яичника поражались с одинаковой частотой.

Клинические проявления различных видов кист яичников: изменение либидо, болезненность половой жизни, болевой синдром, ПМС и нейро-вегетативная, психо-эмоциональная симптоматика и обменно-эндокринные нарушения появлялись в основном перед обнаружением заболевания. Клинические признаки при различных видах ДОЯ, а именно: нарушения

менструального цикла, либидо, болезненность половой жизни, болевой синдром возникали преимущественно совместно с выявлением заболевания или спустя некоторое время (1-4 года), а ПМС – до выявления заболевания (рис. 4).

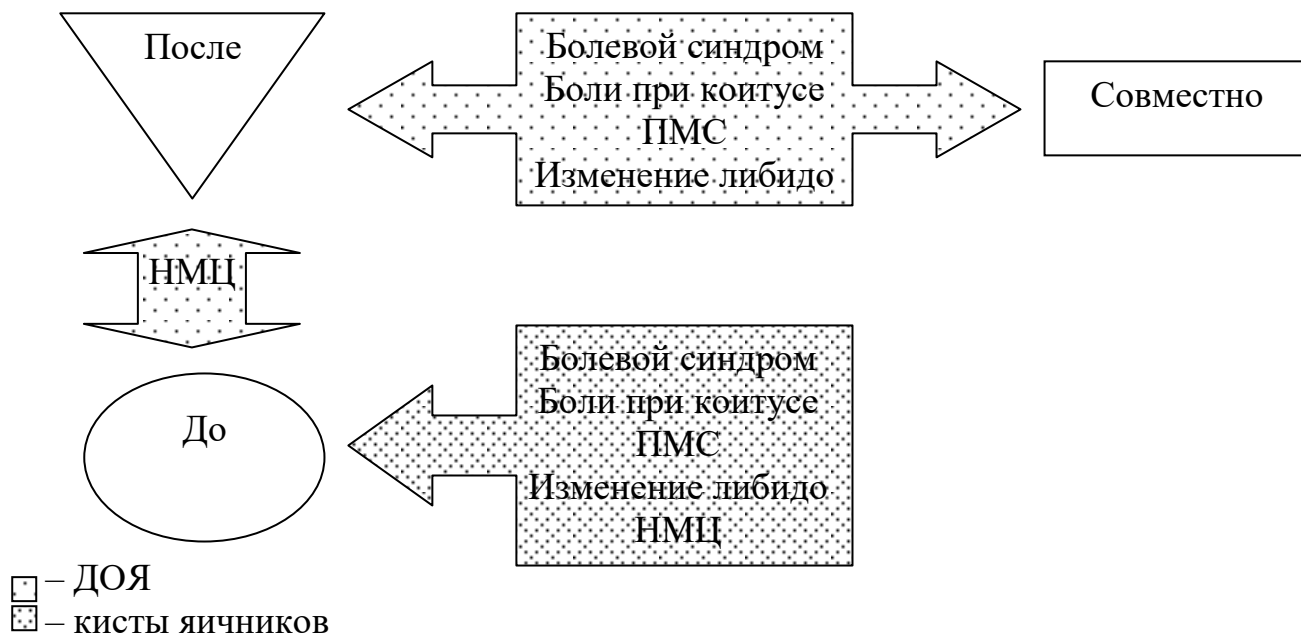
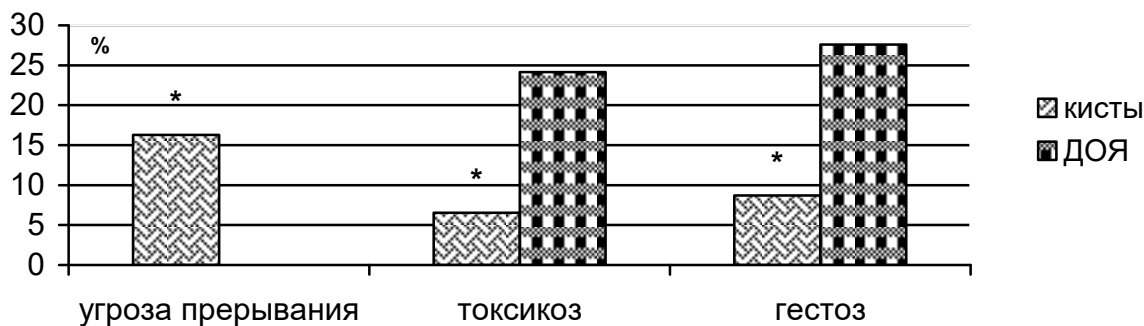


Рисунок 4 – Появление клинических симптомов относительно времени выявления кисты яичника или ДОЯ

При анализе кист яичников и ДОЯ в целом, было отмечено, что кисты чаще встречались в возрасте 21-30 лет, а ДОЯ – в 51 год и старше. В возрасте 31-50 лет кисты и ДОЯ встречались одинаково часто.

Среди осложнений течения беременности у женщин с кистами яичников чаще встречались угроза прерывания беременности (16,30%), а с ДОЯ – гестоз (27,59%) и токсикоз (24,14%) (рис. 5).



* - значимые различия между кистами и ДОЯ при $p < 0,05$

Рисунок 5 – Осложнения течения беременности при кистах и доброкачественных опухолях яичников

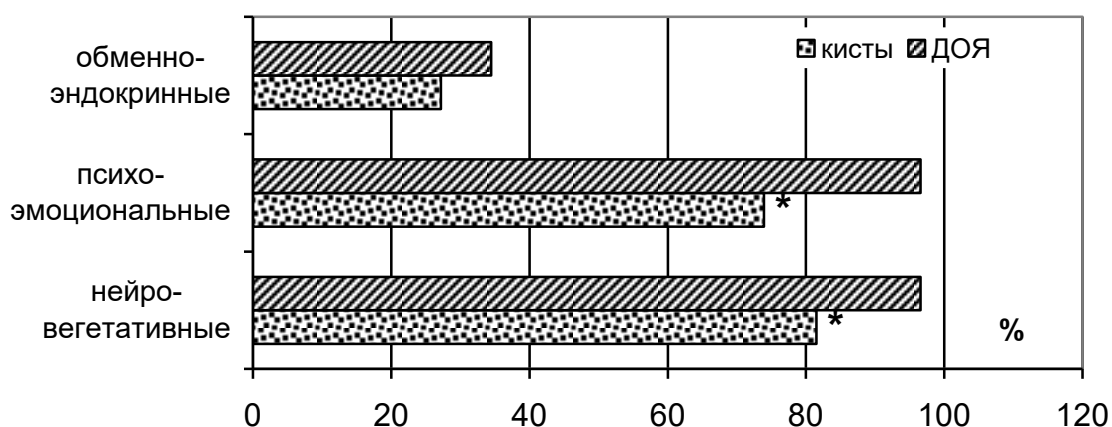
Боли при коитусе у женщин с кистами яичников и ДОЯ чаще появлялись до выявления заболевания или совместно с ним. Пациенток с кистами и ДОЯ

боли при коитусе чаще всего беспокоили вне связи с фазой менструального цикла.

Нарушения менструального цикла у пациенток с кистами яичников чаще всего появлялись за 1-4 года до выявления заболевания (43,48%), а у пациенток с ДОЯ – одинаково часто до и после выявления заболевания. ПМС с менархе чаще был у женщин с ДОЯ (58,62%).

Болевой синдром у пациенток с кистами яичников характеризовался более частым появлением колюще-режущих болей, иррадиацией боли в нижние конечности, пах, прямую кишку, влагалище, провокацией коитусом. Иррадиацию боли в бок и поясницу чаще отмечали пациентки с ДОЯ. Интенсивные боли, причем как колюще-режущие, так и тянуще-ноющие чаще отмечали женщины с кистами, а умеренные тянуще-ноющие – с ДОЯ. У пациенток с кистами яичников появление болевого синдрома чаще совпадало с началом заболевания, а для пациенток с ДОЯ было характерно его проявление в течение одного года после начала заболевания.

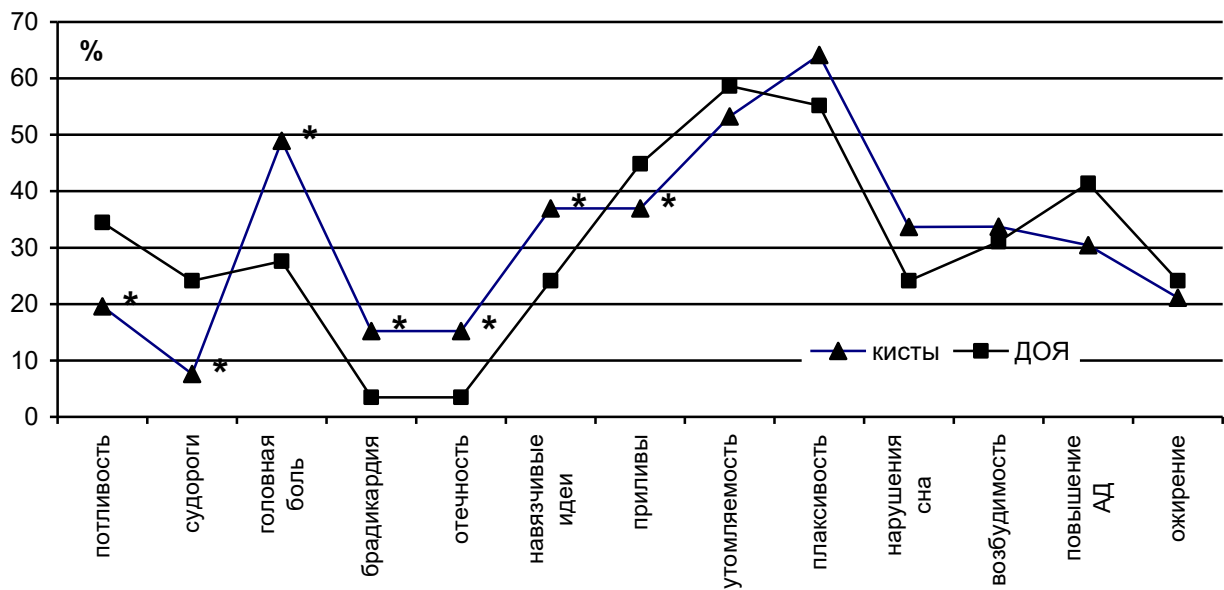
Психо-эмоциональные и нейро-вегетативные жалобы в целом чаще были у женщин с ДОЯ (рис. 6).



* - достоверность различий при $p < 0,05$ между кистами и ДОЯ

Рисунок 6 – Нейро-вегетативная, психо-эмоциональная симптоматика и обменно-эндокринные нарушения при кистах яичников и ДОЯ

После детализации жалоб было выяснено, что при ДОЯ чаще, чем при кистах встречаются потливость (34,48%) и судороги конечностей (24,14%). При кистах, напротив, чаще, чем при ДОЯ были зафиксированы головная боль (48,91%), брадикардия (15,22%), отечность (15,22%) и навязчивые идеи (38,04%). Остальные жалобы присутствовали у пациенток обеих групп в одинаковом числе случаев (рис. 7).



* – достоверность различий при $p < 0,05$ между I-ой и II-ой группами

Рисунок 7 – Структура нейро-вегетативной, психо-эмоциональной симптоматики и обменно-эндокринных нарушений при кистах и доброкачественных опухолях яичников

До выявления заболевания как при кистах яичников, так и при ДОЯ появлялись следующие нейро-вегетативные, психо-эмоциональные жалобы и обменно-эндокринные нарушения – головная боль, сухость кожи, нарушение сна, повышенная возбудимость, сонливость, вздутие живота, отечность, нарушение ритма сердца, вестибулопатии, непереносимость высокой температуры, гусиная кожа, приливы, снижение работоспособности, снижение памяти, раздражительность, плаксивость, перепады настроения, нарушение либидо, ожирение.

Снижение температуры тела, приступы нехватки воздуха, дисфункция ЩЖ в обеих группах проявлялись в половине случаев до выявления заболевания и в половине – после.

Потливость, зябкость, нарушение АД, утомляемость, навязчивые идеи появлялись до выявления заболевания у пациенток I-ой группы, а у пациенток II-ой группы – в 50% случаев до выявления заболевания и в 50% - после.

Тошнота и судороги, напротив, до выявления заболевания обнаруживались у женщин с ДОЯ, а при кистах – в 50% случаев до и в 50% – после выявления заболевания.

ДОЯ чаще, чем кисты выявлялись при бимануальном гинекологическом исследовании. Левый и правый яичники поражались с одинаковой частотой при ДОЯ, а при кистах преваляло поражение правого яичника. Причем, объем контралатерального яичника был больше у пациенток с кистами ($9,62 \pm 0,94 \text{ см}^3$), чем с ДОЯ ($7,27 \pm 0,89 \text{ см}^3$) ($p < 0,05$).

Таким образом, клинические проявления кист яичника и ДОЯ сходны, отличаясь степенью выраженности и временем появления относительно факта

выявления заболевания. По характеру выявленных нами нарушений можно заключить, что доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников – это системные заболевания, характеризующиеся дисбалансом обменных процессов на клеточном уровне, нарушениями гомеостаза, изменениями функции регулирующей оси гипоталамус-гипофиз-яичники и имеющие разнообразные клинические проявления.

2. Морфологическая часть

Строение ЯП при различных видах доброкачественных опухолей и опухолевидных образований отличается от такового у здоровых женщин как по количественным признакам, так и по качественным. При всех видах кист яичников и ДОЯ было уменьшено количество продольных канальцев ЯП (при кистах – $9,05 \pm 0,38$, при ДОЯ – $9,27 \pm 0,70$) и соотношение объемов яичник/ЯП (при кистах – $14,62$, при ДОЯ – $7,65$) по сравнению с показателями здоровых женщин (соотношение яичник/ЯП – $20,88$, количество продольных канальцев – $13,69 \pm 0,75$). Для кист желтого тела были характерны большие, чем у здоровых женщин, косой размер ($25,14 \pm 2,13$ мм) и длина ЯП ($18,64 \pm 1,84$ мм). При эндометриoidных ($19,17 \pm 1,51$ мм) и простых ($22,00 \pm 4,04$ мм) кистах, а также при зрелых тератомах ($26,67 \pm 4,01$ мм), серозных ($24,29 \pm 7,75$ мм) и муцинозных цистаденомах ($27,22 \pm 3,45$ мм) была зафиксирована большая по сравнению с показателем здоровых женщин длина ЯП.

При анализе морфометрических данных ЯП при различных видах кист и ДОЯ было выявлено, что при всех видах кист яичников удельная плотность распределения канальцев типа «без мышечной стенки» была меньше, чем канальцев «с мышечной стенкой», а средняя удельная плотность распределения всех типов канальцев при всех видах кист яичников была больше, чем у здоровых женщин ($0,67 \pm 0,06$ ед./мм²). У пациенток с кистами желтого тела и эндометриoidными кистами канальцев ЯП «без мышечной стенки» было меньше, чем у женщин с фолликулярными и простыми кистами. «Безмышечные» канальцы имели самый маленький наружный диаметр и чаще всего встречались при муцинозных цистаденомах.

Просвет канальцев (внутренний диаметр) ЯП не отличался от такового у здоровых женщин ($0,056 \pm 0,004$ мм), а толщина мышечной стенки канальцев ЯП была меньше при всех видах ДОЯ. Однако, высота эпителия в канальцах ЯП обоих типов при всех видах кист была выше, чем у здоровых женщин ($0,005 \pm 0,0001$ мм).

Канальцы «без мышечной стенки» составили $34,21\%$ канальцев у пациенток с кистами желтого тела, $36,19\%$ у пациенток с фолликулярными, $14,04\%$ у пациенток с эндометриoidными и $27,00\%$ у пациенток с простыми кистами; $43,30\%$ канальцев у пациенток со зрелыми тератомами, $43,42\%$ – у пациенток с серозными цистаденомами и $58,82\%$ у пациенток с муцинозными цистаденомами. У здоровых женщин по данным Войцович А.Б. (1998) встречались единичные канальцы «без мышечной стенки».

При эндометриоидных кистах все виды эпителия встречались с одинаковой частотой, при фолликулярных и простых кистах преобладали кубический (59,62% и 53,54% соответственно) и уплощенный кубический (28,85% и 30,30% соответственно) эпителии, а при кистах желтого тела преобладал только кубический (58,67%). Чаще других в канальцах ЯП встречался кубический эпителий при зрелых тератомах – в 44,33% канальцев, при муцинозных цистаденомах – в 42,35%, а при серозных цистаденомах все виды эпителия встречались одинаково часто.

Округлые ядра, овальные вертикальные и овальные горизонтальные ядра эпителиоцитов канальцев ЯП встречались одинаково часто при различных видах как кист яичников, так и ДОЯ.

Секрет обнаруживался в 42,37% канальцев ЯП при фолликулярных кистах, в 35,71% – при эндометриоидных, в 58,67% – при кистах желтого тела, в 52,52% – при простых кистах, в 46,39% – при зрелых тератомах, в 32,89% – при серозных цистаденомах, в 32,82% – при муцинозных цистаденомах. Сочетание секрета и десквамации эпителия чаще всего было в канальцах ЯП у женщин с кистами желтого тела (70,83%) и зрелыми тератомами (53,33%).

На гистологических срезах ЯП при кистах яичников и ДОЯ помимо округло-овальных канальцев встречались деформированные. Деформации канальцев были представлены различными формами – бобовидная, листообразная, звездчатая, сплюснутая и т.д. Деформированные каналы были отмечены в 32,00% случаев при кистах желтого тела, в 39,42% при фолликулярных, в 51,79% при эндометриоидных, в 31,31% при простых, в 53,61% при зрелых тератомах, в 40,79% при серозных цистаденомах и в 48,24% при муцинозных цистаденомах. Таким образом, самая сильная тенденция к деформации канальцев ЯП отмечалась у пациенток с эндометриоидными кистами, зрелыми тератомами и муцинозными цистаденомами.

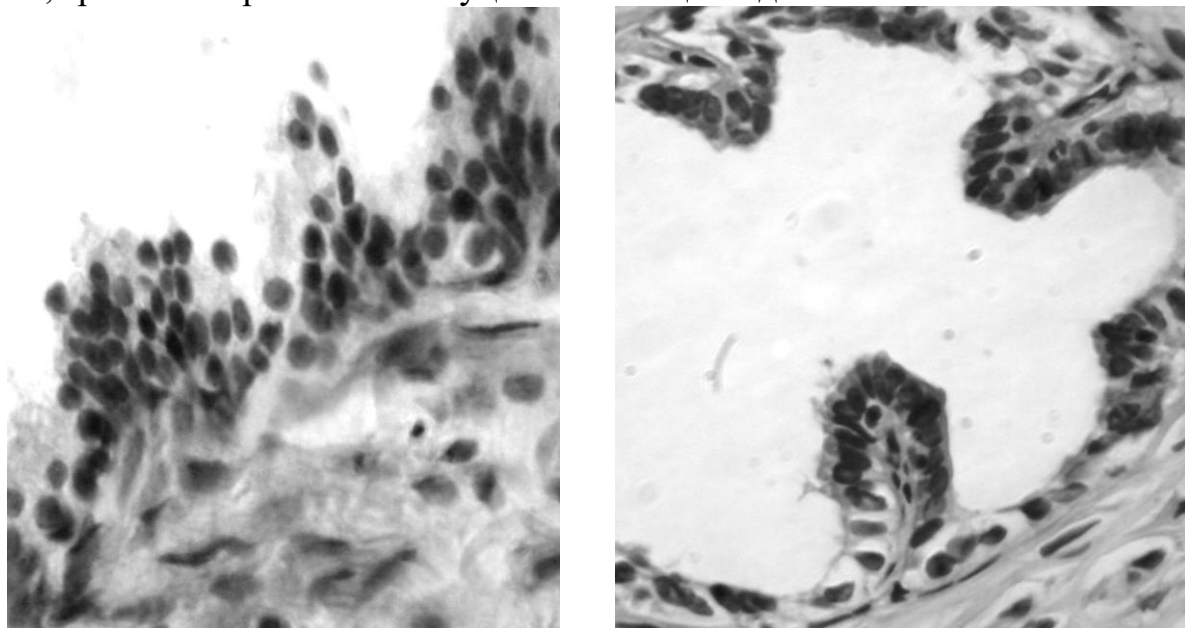


Рисунок 8 – Ложные (слева) и истинные сосочки (справа) в канальцах ЯП. Окраска гематоксилином - эозин, увеличение 400

В среднем в 1/3 канальцев ЯП при всех видах кист яичников и ДОЯ была выявлена многорядность расположения ядер эпителиоцитов, в 10% канальцев – псевдососочки (рис. 8) и в 5% канальцев – истинные сосочки (рис. 8).

Таким образом, как при кистах яичников, так и при ДОЯ количество продольных канальцев и соотношение объёмов яичник/ЯП были меньше, чем у здоровых женщин, а длина ЯП – больше чем у здоровых женщин ($12,31 \pm 0,27$ мм). Кроме того, при ДОЯ больше нормального был косой размер ЯП ($31,77 \pm 2,87$ мм). Соотношение объёмов яичник/ЯП было меньше при ДОЯ (7,65), чем при кистах яичников (14,62).

Канальцев «с мышечной стенкой» было больше «безмышечных канальцев» и при кистах яичников, и при ДОЯ. Удельная плотность всех канальцев при обеих патологиях ($1,847 \pm 0,476$ ед/мм² – при кистах, $0,881 \pm 0,082$ ед/мм² – при ДОЯ) была больше, чем у здоровых женщин ($0,67 \pm 0,06$ ед/мм²).

Размер «мышечных» канальцев ЯП (наружный диаметр) при кистах яичников ($0,142 \pm 0,005$ мм) и ДОЯ ($0,164 \pm 0,014$ мм) был больше, чем у здоровых женщин ($0,124 \pm 0,006$ мм), а «безмышечных» канальцев – напротив, меньше. Внутренний диаметр канальцев обоих типов был больше такового у здоровых женщин как при кистах, так и при ДОЯ. Мышечная стенка не отличалась от таковой у здоровых женщин. Однако, эпителий всех типов канальцев ЯП был выше, чем у здоровых женщин; причем, в «безмышечных» канальцах эпителий был выше при ДОЯ, чем при кистах яичников.

При кистах яичников чаще всего отмечался кубический эпителий (51,80%), а при ДОЯ одинаково часто – кубический (43,02%), уплощенный кубический (27,91%) и высокий кубический (24,81%) эпителии. В ЯП пациенток с ДОЯ секрет фиксировался в 40,70%, а с кистами яичников – в 49,10%. Среди изменений эпителиального пласта при кистах яичников чаще других отмечалась многорядность расположения ядер (28,44%), а при ДОЯ – одинаково часто были многорядность расположения ядер (29,84%) и псевдососочки (8,14%), а реже – истинные сосочки (5,81%).

В целом, гистологическая картина ЯП при кистах яичников и ДОЯ характеризуется вариабельностью микроморфометрических показателей, изменениями эпителиального пласта, наличием различного количества секрета в просвете канальцев ЯП, тенденцией к деформированию канальцев.

Таким образом, изменения ЯП и при кистах яичников, и при ДОЯ имеют однонаправленный характер, различаясь лишь в степени выраженности того или иного процесса.

ВЫВОДЫ:

1. При различных видах кист яичников по сравнению с показателями здоровых женщин в яичниковом придатке уменьшено число продольных канальцев и увеличена длина органа. Отношение канальцев «без мышечной стенки»/«с мышечной стенкой» равно 1:3. Эпителий канальцев яичникового придатка по сравнению с нормой выше с преобладанием кубического. Различное количество секрета выявлено в 50% канальцев яичникового придатка, а десквамация эпителия – в 10%. Среди изменений эпителиального пласта яичникового придатка преобладала многорядность расположения ядер, ложные и истинные сосочки встречались реже.
2. При различных видах доброкачественных опухолей яичников по сравнению с показателями здоровых женщин в яичниковом придатке снижено число продольных канальцев и увеличены длина и косой размер органа. Отношение канальцев «без мышечной стенки»/«с мышечной стенкой» равно 1:1. Эпителий канальцев яичникового придатка выше, чем в норме, с одинаковой частотой встречаемости уплощенного кубического, кубического и высокого кубического. Различное количество секрета выявлено в 40% канальцев яичникового придатка, а десквамация выявлялась в 25%. Среди изменений эпителиального пласта яичникового придатка преобладали многорядность расположения ядер и псевдососочки, истинные сосочки встречались реже.
3. Кисты яичников встретились во всех возрастных группах, в возрасте до 20 лет большинство кист яичников составляют неуточненные кисты яичников. У этих больных часто отягощен анамнез по кистам яичников. Клинические проявления при кистах – изменения менструального цикла, половой функции болезненность менструаций, болевой синдром, нейро-вегетативные, психо-эмоциональные жалобы, обменно-эндокринные нарушения – в большинстве случаев появлялись до выявления заболевания или одновременно с ним, предменструальный синдром у половины женщин. Соотношение объёмов здоровый яичник/яичниковый придаток меньше чем в норме.
4. Доброкачественные опухоли яичников встретились во всех возрастных группах, с преобладанием в репродуктивном возрасте зрелых тератом, а в пожилом – серозных цистаденом. Клинические проявления при доброкачественных опухолях яичников – изменения менструального цикла, половой функции, болезненность менструаций, болевой синдром, нейро-вегетативные, психо-эмоциональные жалобы, обменно-эндокринные нарушения, предменструальный синдром у 2/3 женщин. Изменения менструального цикла, либидо и болевой синдром появлялись преимущественно до или совместно с выявлением заболевания, а боли при коитусе – в одинаковом числе случаев в течение одного года до и после выявления заболевания. Соотношение объёмов здоровый яичник/яичниковый придаток меньше чем в норме.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обращении в женские консультации пациенток с жалобами на болевой синдром, изменения менструальной и половой функций, целесообразно изучить психо-эмоциональные, нейро-вегетативные жалобы и обменно-эндокринные нарушения.
2. При наличии выявленных нарушений менструальной, половой функций, болевого синдрома, нейро-вегетативных, психо-эмоциональных жалоб и обменно-эндокринных нарушений включать таких женщин в группу риска по развитию доброкачественных новообразований яичников с последующим диспансерным наблюдением.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Наседкин, А.Г. Состояние яичникового придатка у пациентки с кистой яичника / А.Г. Наседкин // Гнойно – септические осложнения в акушерстве и гинекологии: материалы IV межрегиональной научно – практической конференции. – Томск. – 2004. – С. 97-99.
2. Наседкин, А.Г. Сравнительная характеристика данных анамнеза у пациенток с кистами и кистозами яичников / А.Г. Наседкин // Мать и дитя : Материалы VII Российского форума. – М. – 2005. - С. 460-461.
3. Кох, Л.И. Особенности клинической картины при опухолевидных образованиях и истинных опухолях яичника / Л.И. Кох, А.Г. Наседкин // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии: Вып. 13. – Красноярск : Издательство КрасГМА, 2006. – С. 338-345.
4. Перельмутер, В.М. Особенности морфологии яичникового придатка при кистах яичника / В.М. Перельмутер, А.Г.Наседкин // Сборник трудов Томской областной клинической больницы : Вып. XIII. – Томск: Издательство ТПУ, 2006. – С. 52-53.
5. Наседкин, А.Г. Клиническая картина и морфология яичникового придатка при различных видах кист яичников / А.Г. Наседкин // Сибирский Медицинский Журнал. – 2007 – Том 22, № 2. – С. 101-104

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДОЯ – доброкачественные опухоли яичников
НКЯ – неуточненные кисты яичников
ПМС – предменструальный синдром
ЦНС – центральная нервная система
ЯП – яичниковый придаток

Отпечатано в ООО «Scan»
г. Томск, ул. Белинского, 55
Тираж 100 экз., заказ 123