

ПУХЛИНОПОДІБНІ УРАЖЕННЯ ЯЄЧНИКІВ

І. Б. ВОВК

д. мед. н., професор, керівник відділу планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»

Н. Я. ЖИЛКА

заступник начальника управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України

В. М. КОЛОМЕЙЧУК

к. мед. н., заступник начальника управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України

В. В. КАМІНСЬКИЙ

д. мед. н., професор, зав. кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шуплика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «акушерство та гінекологія»

А. Г. КОРНАЦЬКА

д. мед. н., професор, керівник відділу реабілітації репродуктивної функції ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»

В. К. КОНДРАТЮК

к. мед. н., провідний науковий співробітник відділу планування сім'ї ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»

Н. Ф. ЗАХАРЕНКО

к. мед. н., старший науковий співробітник відділу ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», зав. відділення гінекології Київської міської лікарні № 9

У сучасній гінекології поряд з терміном «ендометріоїдна кіста яєчника» вживається термін «ендометріома», який використовується здебільшого для характеристики великого за об'ємом ендометріоїдного ураження.

Параоваріальні кісти являють собою ретенційне утворення, що міститься між листками широкої зв'язки матки або ж прикріплене ніжною до маткової труби.

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПУХЛИНОПОДІБНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

Складність своєчасної діагностики пухлиноподібних уражень яєчників більшою мірою пов'язана з відсутністю у пацієнок з цією патологією виражених симптомів клінічного перетворення.

Принципи

1. Враховуючи малоінформативність клінічної симптоматики на початкових стадіях захворювання, обстеження необхідно починати з ретельного збору анамнезу.

2. Преморбідним фоном для виникнення пухлиноподібних уражень яєчників є дитячі інфекції (епідемічний паротит, краснуха, кір тощо), часті ангіни, хронічний тонзиліт.

3. Пізні настання менархе, порушення менструальної функції, зниження дітородної функції, скорочення репродуктивного періоду (рівень доказовості С).

4. Клінічна картина пухлиноподібних уражень яєчників неспецифічна (С). Лише пухлиноподібні ураження, розмірами більше 8–10 см, можуть викликати дискомфорт, відчуття важкості внизу живота, попереку, порушення менструальної та репродуктивної функцій.

Не завжди спостерігається кореляція між розміром патологічного утворення, наявністю та вираженістю больового синдрому. Поява та посилення його можуть бути викликані подразненням очеревини, що виникло внаслідок впливу вмісту під час перфорації пухлиноподібного утворення, перекутом його ніжки.

5. Пухлиноподібні ураження яєчників здебільшого визначаються наявністю супутньої патології – міоми матки, ендометріозу, запальних захворювань тощо (С).

6. Клінічними та лабораторними ознаками найчастіше є: біль внизу живота, порушення менструального циклу, субфебрильна температура, підвищення ШОЕ, лейкоцитоз, порушення функцій шлунково-кишкового тракту, сечовивідної системи.

Діагностика та лікування пухлиноподібних уражень яєчників здійснюється за таким алгоритмом (рис. 1):

➔ гінекологічний огляд повинен включати огляд зовнішніх статевих органів, визначення характеру волосяного покриву, огляд піхви та шийки матки в дзеркалах (С);

➔ бімануальне обстеження, шляхом якого встановлюється наявність та локалізація патологічного процесу, форма, величина матки та придатків, їх консистенція, рухливість, болючість при пальпації, анатомотопографічне розміщення органів малого тазу (С);

➔ ультразвукове дослідження (А), нарівні з трансабдомінальним скануванням органів малого тазу за методикою наповненого сечового міхура слід використовувати й інтравагінальне ультразвукове обстеження, основною перевагою якого є використання акустичних трансдюзорів з високою дозвільною здатністю.

ДІАГНОСТИКА

1. Мікробіоценоз статевих шляхів та діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом (А).

2. Ехографія картини фолікулярних кіст:

➔ наявність однокамерного тонкостінного утворення округлої форми, розмірами від 30 до 70 мм, з високим рівнем ехопровідності, поруч з яким зазвичай визначається без патологічних змін тканина яєчника, а позаду кістоутворення візуалізується характерний ефект посилення ультразвуку;

➔ кісти жовтого тіла, розміри яких коливаються від 3 до 6 см, мають більш щільну капсулу та ехопозитивний вміст в порожнині;

➔ у порожнині кіст можуть бути наявні щільні, підвищеної ехогенності згустки крові як наслідок крововиливу в порожнину кісти;

➔ акустичні ознаки ендометріоїдних кіст мають свої відмінності: колоподібна форма, дрібнозерниста однорідна структура внутрішнього вмісту на фоні підвищеної звукопровідності, нерівномірно потовщена капсула, локалізація позаду матки.

3. Можливе як однібічне, так і двобічне ураження яєчників ендометріоїдними кістами.

4. Визначення в крові рівня онкомаркера СА-125, що дасть змогу підтвердити доброякісність пухлинного ураження яєчника (А).

5. Виявлення порушень ланок імунної системи: моніторинг стану клітинної та гуморальної ланок імунітету, цитокинового статусу, антифосфоліпідних антитіл дозволить визначитись з необхідними заходами щодо корекції (В).

СКАРГИ (БІЛЬ ВНИЗУ ЖИВОТА, ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ, АЛЬГОДИСМНОРЕЯ, БЕЗПЛІДНІСТЬ)
АНАМНЕЗ (МЕНСТРУАЛЬНА ФУНКЦІЯ, ГЕНЕРАТИВНА ФУНКЦІЯ, СЕКСУАЛЬНА ФУНКЦІЯ, ІНФЕКЦІЙНИЙ ІНДЕКС, СПАДКОВІСТЬ)

БІМАНУАЛЬНЕ ГІНЕКОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ:

– УЗД (трансабдомінальне, трансвагінальне, доплерографія, КДК)

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ:

- інфекційний скринінг
- моніторинг гормонального статусу (статеві, гонадотропні, гормони щитовидної залози, наднирників)
- метросальпінгографія
- труби прохідні / труби непрохідні (безплідність)
- гістероскопія, біопсія ендометрію (за показаннями)
- імунологічне обстеження (визначення онкомаркерів в сироватці крові, оцінка імунного статусу)

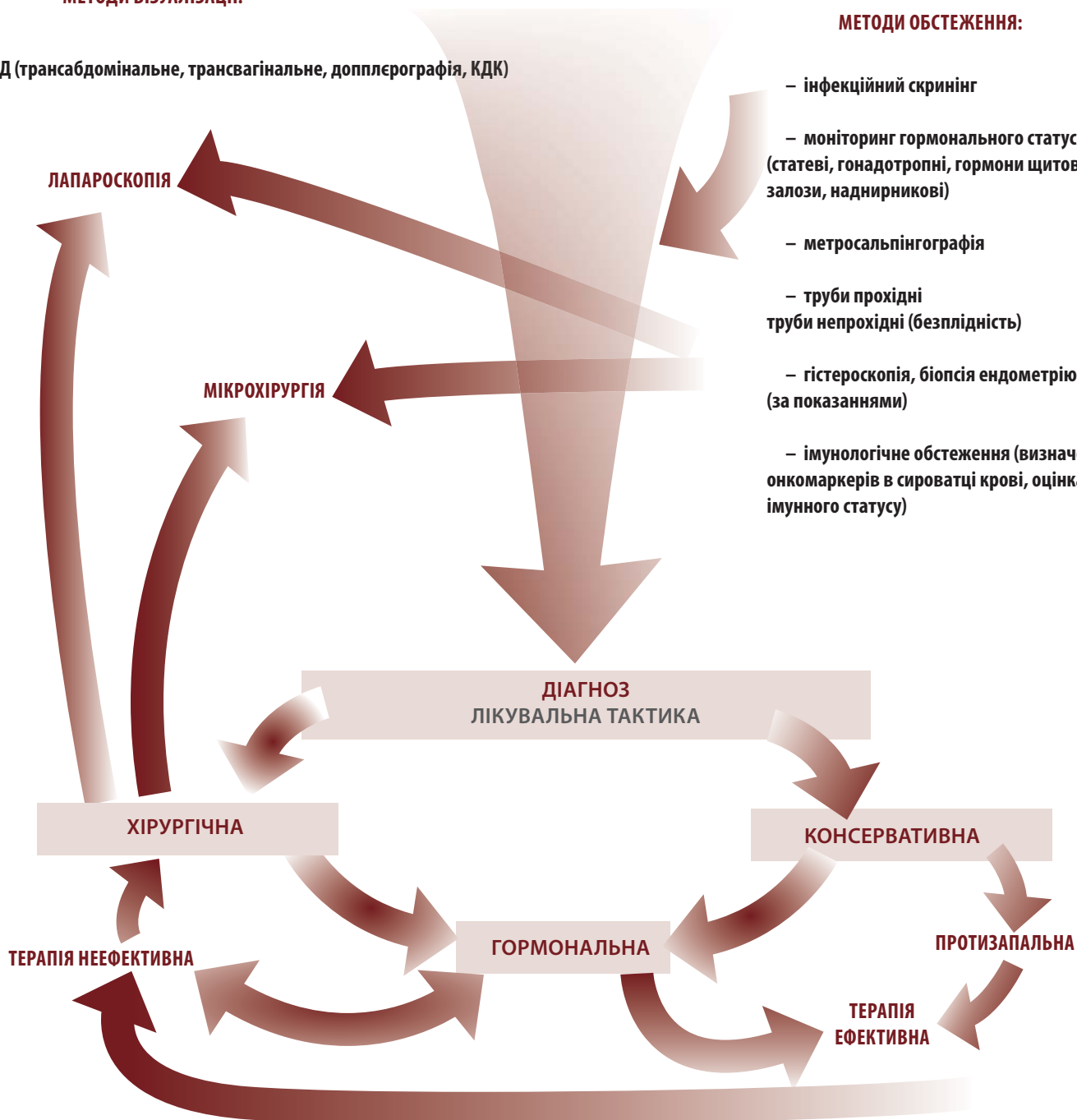


РИС. 1. АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ПУХЛИНОПОДІБНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ



РИС. 2. АЛГОРИТМ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПУХЛИНОПОДІБНИХ УРАЖЕНЬ ЯЄЧНИКІВ (РІВЕНЬ ДОКАЗОВОСТІ А)

6. Метросальпінгографія, результати якої безпосередньо впливають на тактику подальшого ведення пацієнтки (А).

7. При наявності підозри про патологію матки слід проводити гістероскопію (С).

8. Біопсія ендометрію з подальшим патогістологічним дослідженням біоптату (А).

9. Визначення рівня лютеїнізуючого і фолікулостимулюючого гормонів, естрадіолу, прогестерону, тестостерону, пролактину в динаміці менструального циклу для діагностики можливих їх патологічних відхилень та проведення корекції (А).

Диференційна діагностика

1. При наявності параоваріальної кісти на сканограмах візуалізуються однобічні тонкостінні анатомічні утворення та окремо розміщені яєчники.

2. Головним диференційно-діагностичним критерієм при обстеженні пацієнток з пухлиноподібними ураженнями яєчників, за методикою кольорового доплерівського картування (В), є характер кровообігу в яєчниках та їх пухлинних ураженнях: рівномірне периферійне розміщення судинних елементів при проведенні кольорового доплерівського картування.

ЛІКУВАННЯ

Консервативне лікування

Здійснюється за таким алгоритмом (рис. 2):

I етап – комплекс протизапальної терапії (А):

- антибіотикотерапія призначається відповідно до виявлених патогенних збудників та їх чутливості до препаратів, з урахуванням антибіотикограми;

- протівірусна терапія на тлі імуномодуляторів;

- антимікотична терапія.

Після проведення протизапальної терапії та регресу пухлиноподібного ураження яєчників для забезпечення повноцінного функціонування жовтого тіла призначаються прогестини з 16-го по 26-й день менструального циклу упродовж 3–6 місяців.

II етап:

1. Гормональна терапія (А, В):

- у пацієнток з кістами жовтого тіла з терапевтичною метою та профілактикою подальшого можливого рецидиву застосовують прогестини з 16-го по 26-й день менструального циклу протягом 3–6 місяців;

- монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) (не більше 30 мкг етинілестрадіолу) впродовж 3–6 місяців у разі ендометріюїдних кіст < 5,0 см та ретенційних пухлиноподібних уражень яєчників;

- прогестини в циклічному або пролонгованому режимі;

- агоністи гонадотропних рилізінг-гормонів у разі значних анатомічних ендометріюїдних кіст > 5,0 см, вираженому спайковому процесі та поєднанні пухлиноподібних уражень яєчників з лейоміомою або аденоміозом матки;

- низькодозовані КОК використовують в циклічному режимі протягом 3–6 місяців з метою профілактики рецидивів виникнення ретенційних пухлиноподібних уражень яєчників;

- таргетні фітонутрієнти (С) використовуються в якості монотерапії або у поєднанні з гормональними препаратами (естроген-гестогенні препарати, прогестини) як для лікування, так і для профілактики виникнення рецидивів пухлиноподібних уражень яєчників. Показання: ізольовані пухлиноподібні

ТАБЛИЦЯ

Група препаратів	Основний клінічний результат	Міжнародна назва	Схема застосування	Протипоказання*
Комбіновані естроген-гестагенні препарати (А)	Ановуляція	Етинілестрадіол + похідні прогестерону	Циклічний режим – за схемою прийому КОК; пролонгований режим прийому КОК: 63 + 7 днів; 126 + 7 днів	Тромбоемболія, ішемічна хвороба серця, судинні захворювання мозку, значна ліпопротеїнемія, гормонально залежні пухлини, тяжкі захворювання печінки, серповидно-клітинна анемія
Прогестини(А)	Псевдовагітність	Норестистерону ацетат	з 16-го по 26-й день менструального циклу (МЦ) по 10 мг упродовж трьох місяців	Захворювання печінки, схильність до тромбоемболії, пухлини статевих органів
		Дідрогестерон	з 5-го по 26-й день МЦ або з 16-го по 26-й день по 10–30 мг на добу 3–6 місяців	Підвищена чутливість до компонентів препарату
		Прогестерон мікронізований	з 5-го по 26-й день МЦ або з 16-го по 26-й день по 200–300 мг на добу 3–6 місяців	Тяжкі захворювання печінки, підвищена чутливість до препарату
Агоністи гонадотропних релізинг-гормонів (А)	Медикаментозна кастрація	Трипторелін	3,75 мг внутрішньом'язово кожні 28 днів до 3 місяців	Підвищена чутливість до компонентів препарату
		Гозерелін	3,6 мг під шкіру передньої черевної стінки кожні 28 днів, курс лікування до трьох ін'єкцій	Підвищена чутливість до компонентів препарату
Таргетні фітонутрієнти (С)	Антиестроген, антиоксидант, стимулятор апоптозу	Індол-3-карбінол	Добова доза 300–400 мг чистого індол-3-карбінолу	Підвищена чутливість до компонентів препарату
	Блокатор неопластогенезу, інгібітор металопротеїнази	Епігаллокатехін-3-галлат	Добова доза 90–180 мг чистого епігаллокатехіна-3-галлату	Підвищена чутливість до компонентів препарату, не рекомендується при одночасному прийомі препаратів, що знижують кислотність шлункового соку

ураження яєчників або у поєднанні з аденоміозом, лейоміомою за відсутності показань до оперативного лікування; відмова пацієнтки від лікування гормональними препаратами; наявності протипоказань до гормональних препаратів; профілактика рецидивів після консервативного та хірургічного лікування.

Неефективність консервативних заходів, що проводяться протягом трьох місяців, є показанням до хірургічного лікування у жінок репродуктивного віку, у юних жінок – консервативне лікування під динамічним ультразвуковим контролем можливе протягом 6 місяців.

III етап – хірургічне лікування (А):

- ⇒ неефективність консервативної терапії;
- ⇒ наявність параоваріальних кіст;
- ⇒ наявність ендометріїдних кіст розмірами > 5,0 см;
- ⇒ поєднання пухлиноподібного ураження яєчників з непрохідністю маткових труб, патологією матки (у пацієнток з порушеною репродуктивною функцією).

Необхідно проводити видалення пухлиноподібного ураження яєчника з капсулою в межах здорової тканини з наступним його формуванням.

Капсула та біоптат яєчника повинні підлягати обов'язковому патогістологічному дослідженню.

Реабілітація

Після хірургічного лікування з метою профілактики рецидиву виникнення пухлино-

подібного ураження яєчника призначаються комбіновані естроген-гестагенні оральні контрацептиви або чисті гестагенні препарати, таргетні фітонутрієнти впродовж 3–6 місяців.

При поєднанні пухлиноподібних уражень яєчників з лейоміомою або аденоміозом матки препаратом вибору є агоністи гонадотропних релізинг-гормонів.

Консервативне та оперативне лікування пухлиноподібних уражень яєчників є взаємодоповнюючим. У кожному конкретному клінічному випадку слід дотримуватись індивідуальної стратегії.

Вибір препарату та тривалість протирецидивної терапії (таблиця) визначаються за вихідними результатами гормонального моніторингу, в залежності від виду пухлиноподібного ураження яєчника, його морфологічних особливостей та за даними імуноідентифікації функціональної активності рецепторного апарату новоутворення.

Жінки, які перенесли лікування з приводу пухлиноподібних уражень яєчників, підлягають диспансерному спостереженню та ультразвуковому обстеженню протягом 5 років після операції (огляд двічі на рік), визначенню стану маткових труб та гормонального профілю з метою підготовки до планування сім'ї.

ТАБЛИЦЯ. МЕДИКАМЕНТОЗНІ ЗАСОБИ, ЩО РЕКОМЕНДУЮТЬСЯ ПАЦІЄНКАМ З ПУХЛИНОПОДІБНИМИ УРАЖЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ

Список літератури знаходиться в редакції

ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЯИЧНИКОВ

Вовк И.Б., д. мед. н., профессор, руководитель отдела планирования семьи ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины»

Жилка Н.Я., заместитель начальника управления организации медицинской помощи детям и матерям Минздрава Украины

Коломейчук В.Н., к. мед. н., заместитель начальника управления охраны материнства, детства и санаторного обеспечения Департамента реформ и развития медицинской помощи МЗ Украины

Каминский В.В., д. мед. н., профессор, зав. кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П. Л. Шупика, главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «акушерство и гинекология»

Корнацкая А.Г., д. мед. н., профессор, руководитель отдела реабилитации репродуктивной функции ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины»

Кондратюк В.К., к. мед. н., ведущий научный сотрудник отдела планирования семьи ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины»

Захаренко Н.Ф., к. мед. н., старший научный сотрудник отдела эндокринной гинекологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины», зав. отделением гинекологии Киевской городской больницы № 9

В публикации изложены современные принципы диагностики и лечения женщин репродуктивного возраста с опухолевидными поражениями яичников.

Клиническими и лабораторными признаками патологии чаще всего являются боли внизу живота, нарушение менструального цикла, субфебрильная температура, повышение СОЭ, лейкоцитоз, нарушение функций желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы.

Диагностика опухолеподобных поражений яичников осуществляется по следующему алгоритму: гинекологический осмотр, бимануальное обследование, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Лечение в себя включает: I этап – комплекс противовоспалительной терапии, II этап – гормональная терапия, III этап – хирургическое лечение.

Ключевые слова: опухолевидные поражения яичников, диагностика, лечение.

TUMOR-LIKE LESIONS OF THE OVARIES

Vovk IB, MD, professor, head of the Family Planning Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine

Zhylka NY, deputy head of the Organization of Medical Care for Children and Mothers Governance, Ministry of Health of Ukraine

Kolomeychuk VN, PhD, deputy head of the Protection of Motherhood, Childhood and Sanatorium Ensuring Governance, Reform and Development of Health Care Department, Ministry of Health of Ukraine

Kaminsky VV, MD, professor, Head of the Obstetrics, Gynecology and Reproductive Department of National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk, Head Specialist of Ministry of Health of Ukraine in specialty «Obstetrics and Gynecology»

Kornaatska AG, MD, professor, head of the Rehabilitation of Reproductive Function Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine

Kondratuk VK, PhD, leading researcher of the Family Planning Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine

Zakharenko NF, PhD, senior fellow of the endocrine gynecology Department, Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Academy of Medical Sciences of Ukraine, head of the Gynecology Department of the Kiev City Hospital № 9

This publication describes the modern principles of diagnosis and treatment of women of reproductive age with tumor-like lesions of the ovaries.

Most often clinical and laboratory signs of disease are: abdominal pain, menstrual disorders, low-grade fever, increased erythrocyte sedimentation rate, leukocytosis, disorders of the gastrointestinal tract, urinary system.

Diagnosis of ovarian tumor-like lesions carried out as follows: pelvic examination, bimanual examination, ultrasound examination of the pelvic organs.

Treatment includes: I stage - complex anti-inflammatory therapy, II stage - hormone therapy, III stage - surgical treatment.

Keywords: ovarian tumor-like lesions, diagnosis, treatment.