

Этиопатогенез доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников

Л.П. Варданян

Кафедра традиционной медицины НИЗ РА

375002 Ереван, ул. Екмаяна, 6

Ключевые слова: доброкачественные опухоли яичников, этиопатогенетический фактор, менструальный цикл

Многочисленными исследованиями установлено, что ни в одном органе человеческого тела не существует такого гистогенетического многообразия опухолей, как в яичнике. Среди доброкачественных опухолей выделяется особая группа – опухолевидные процессы. К ним относятся ретенционные образования – кисты яичников (фолликулярные, лютеиновые, воспалительные), которые, по данным ВОЗ, обнаруживаются у 14–19% гинекологических больных в возрасте 18–40 лет.

Исследования путем скринингового анкетирования и гинекологического осмотра показали, что частота встречаемости опухолей яичников составила 13,3%, причем большая часть выявленной патологии приходится на опухолевидные процессы – 58,8%, на истинные опухоли – 39,1% [20].

В структуре гинекологической заболеваемости детского и юношеского возраста удельный вес опухолей и опухолевидных образований, по данным различных авторов, колеблется от 1 до 4,6% [14, 32]. Известно, что наиболее часто яичниковые образования встречаются в пубертатном возрасте [15]. По данным М.Н. Кузнецовой и соавт. [17], новообразования яичников наблюдаются у детей всех возрастов, но особенно часто (55,8%) – в возрасте 12–15 лет.

Опухоли яичников являются дисгормональными заболеваниями, и одна из причин их развития связана с повышением продукции гонадотропинов, вследствие нарушения соотношения в системе гипоталамус-гипофиз [10]. Установлено, что развитие опухоли в большинстве случаев зависит от повышенной секреции ФСГ гипофиза [2, 6, 8]. В условиях длительного повышения секреции ФСГ в яичниках возникают вначале диффузная, а затем очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которые заканчиваются образованием опухоли. На завершающем этапе патологической цепи наблюдается преобладание эстрогенов в виде длительно существующей постоянной относительной или абсолютной гиперэстрогении [28, 31]. Возникновению опухолей способствует также

изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормона [24, 25].

В развитии опухолей женских половых органов важен и фактор питания. Богатая жирами и белками пища приводит к стимуляции эндокринной системы, изменяя гормональный баланс в сторону повышения содержания гонадотропных и стероидных гормонов, и в итоге – к более частому появлению новообразований в гормонзависимых органах, в частности яичниках.

Большое значение в этиологии и патогенезе опухолей яичников придается генетическим факторам [26]. По данным В.Н. Серова и соавт., при изучении наследственности у больных с опухолями яичников надо учитывать определенную предрасположенность к ним [23].

В последнее время существенное внимание уделяется и нарушению иммунной системы. При опухолях яичников наиболее часто встречающийся дефицит иммунитета касается его клеточного звена. У больных с доброкачественными опухолями имеют место изменения количественных и функциональных параметров клеточного и гуморального характера, при этом различные по характеру опухоли вызывают разные иммунологические сдвиги [13].

Большое место отводится перенесенному преморбидному фону. Исследования показали, что неблагоприятный преморбидный фон создает предпосылки для возникновения заболеваний, в частности доброкачественных опухолей яичников [3, 15, 22, 29].

Установлено, что нейротропные вирусы гриппа и другие инфекционные агенты влияют на гипоталамус и в результате нарушаются рефлекторные взаимоотношения в системе гипоталамус – гипофиз – яичники [23, 30]. Доброкачественные опухоли яичников часто сочетаются с другими гинекологическими заболеваниями: хроническим воспалением придатков, патологическими изменениями шейки матки, миомой матки. Показано, что воспалительный процесс является причиной изменения гормональных взаимоотношений в

организме женщины, что может служить причиной возникновения опухолей яичников [24].

По данным Б.И. Железнова, у 66,6% больных отмечены воспалительные процессы, у 14,7% – патология шейки матки, у 62,1% – миома матки [13]. Выявлено, что у женщин с миомой матки в большом проценте случаев отмечены изменения в придатках [7]. У 57% больных с миомой матки имело место развитие опухолей яичников.

Некоторыми исследованиями показано, что в анамнезе больных с доброкачественными опухолями яичников отмечена высокая частота операций на органах малого таза и брюшной полости – 23,3%, причем каждой девятой женщине в прошлом были удалены матка, яичник или маточная труба. В таких случаях необходимо рекомендовать диспансерное наблюдение за женщинами этой группы [9].

При изучении состояния больных с доброкачественными опухолями яичников выявлено, что у многих из них имеются различные экстрагенитальные заболевания. Заболевания печени также нарушают процесс инaktivации эстрогенов в органе, что приводит к длительному монотонному воздействию на организм [5, 23].

Исследования выявили, что сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и ожирение встречаются в 2 раза чаще среди носительниц опухолей [20].

Влияние физической нагрузки на возникновение опухолей яичников было изучено недавно. R. Frisch et al., исследовавшие более 5000 женщин, показали, что лица, не занимающиеся спортом, заболевают в 2–5 раз чаще, чем активно занимающиеся [27].

В последние годы уделяется большое внимание вопросам микроциркуляции и гомеостаза [18]. Отмечается изменение функциональной активности тромбоцитов у больных с доброкачественными опухолями яичников в сочетании с миомами матки, увеличение СОЭ до 25–30 мм/час.

До недавнего времени традиционно считалось, что менструальная функция при доброкачественных опухолях не нарушается [4, 12]. Однако многими авторами выявлены нарушения менструальной функции у

каждой второй больной, причем с менархе они отмечены у 36,2% больных [8, 20, 26]. При исследовании характера менструального цикла выявились неполноценность обеих фаз цикла у каждой второй больной, преждевременная регрессия желтого тела – у каждой четвертой [19, 20]. Нарушения менструальной функции обнаружались у 34,6% больных с ретенционными кистами, болезненные и обильные менструации – у 22,4% [1].

Изучение генеративной функции у больных с доброкачественными опухолями яичников выявило ее снижение. Бесплодие считается ранним симптомом доброкачественных опухолей яичников. Снижение генеративной функции может быть обусловлено несколькими факторами: во-первых, сдвигами в системе гипоталамус – гипофиз – яичники, во-вторых, нарушениями проходимости маточных труб, воспалительными процессами в придатках матки, сопутствующими гипоталамическими заболеваниями [22].

По данным В.Н. Серова и соавт., у женщин с опухолями яичников в 14,8% случаев беременность закончилась преждевременными родами, самопроизвольными абортми или замершей беременностью, что свидетельствует о неблагоприятии в репродуктивной системе [23].

Исследования, проведенные нами у 145 женщин с фолликулярными кистами яичников, обнаружили нарушения менструальной функции (65%), бесплодие (40%), невынашивание плода и преждевременные роды (25%), что свидетельствует о глубоких процессах в репродуктивной системе.

Таким образом, доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников характеризуются большим разнообразием факторов, способствующих их возникновению, изменениям в нейроэндокринной и иммунной системах организма. Детальное обследование подобных больных необходимо, поскольку хирургические вмешательства, производимые на гормонотропирующем органе, могут в еще большей степени усугубить гормональный и иммунный дисбаланс.

Поступила 14.04.04

Զվարանների բարորակ ուռուցքների և ուռուցքանման գոյացությունների էպիդեմիոլոգիաները

Լ.Շ. Վարդանյան

Հոդվածում ներկայացված են տվյալներ ՀՀ-ում գործող ուռուցքանման գոյացությունների տարածվածության և առաջացման պատճառների վերաբերյալ, կապված նեյրոէնդոկրին և իմունային համակարգերի փոփոխությունների հետ: Այս փոփոխությունները մեծ

նշանակություն ունեն բուժման տակտիկայի ընտրության համար, քանի որ վիրաբուժական միջամտությունները հորմոն արտադրող օրգանի վրա կարող են ազդել խորացնել այդ հորմոնալ և իմունային դիսբալանսը:

The etiopathogenesis of benign tumors and tumor-like formations of ovaries

L.Sh.Vardanyan

The paper discusses the incidence and genesis of tumor-like formations of ovaries. It is stated that changes in neural, endocrine and immune systems cause development of these formations.

The nature of these changes should be taken into con-

sideration at choosing the treatment methods of the disease, as far as surgical interventions may have a crucial, aggravating influence on the hormonal and immune disbalance.

Литература

1. Адамян Л.В. Состояния репродуктивной системы больных доброкачественными опухолями внутренних половых органов и принципы ее восстановления после хирургического лечения. Дис. докт. мед. наук. М., 1985, с. 395.
2. Анашкина Г.А. Гормональные параметры овуляторного менструального цикла женщины в норме и при некоторых формах нарушений репродуктивной функции. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1984, с.24.
3. Бирюкова М.С. Эндокринные заболевания и синдромы. М., 1999, с. 198.
4. Бодяжина В.И., Василевская Л.Н., Побединский Н.Н. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. М., 1980, с. 285.
5. Борисова Ю.Ф., Маусыгибаева Н.Б., Неверов Н.В. Особенности липидного обмена у больных с миомой матки. Сов. мед., 1988, 2, с. 55.
6. Браунвальд Е., Жильбахер К. и др. Внутренние болезни: онкология и эндокринология. М., 1996, с. 132.
7. Вихляева Е.М., Паллади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев, 1982, с. 300.
8. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. М., 1997, с. 768.
9. Гилязутдинова З.Ж. Опухоли яичников. Онкология. М., 2000, с. 9.
10. Грязнова И.М., Макаров О.Ц., Николев И.И. Акушерство и гинекология, 1984, 11, с. 33.
11. Гумеров А.А., Хасанов Р.Ш., Глебова Н.Н., Латынова Г.Г. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения, осложнения кист и доброкачественных опухолей яичников у девочек. Уфа, 1997, с. 90.
12. Егорова Н.И. Последствия односторонней овариэктомии. Сб. науч. трудов Ленингр. и-та усовершенствования врачей, 1972, вып. 113, с.21.
13. Железнов Б.И. Акушерство и гинекология, 1990, 6, с. 65.
14. Кисилева И.А., Богданова Е.А. Тезисы международного конгресса по эндометриозу с курсом эндоскопии. М., 1996, с. 364.
15. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. М., 1988, с. 296.
16. Кокалина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. М., 1998, с. 287.
17. Кузнецова М.Н., Антнина Н.Н., Тарасенкова Н.С. Акушерство и гинекология, 1983, 1, с. 43.
18. Макацария А.Д., Блудзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской и гинекологической практике. М., 2003, с. 904.
19. Мацуев А.И. Актуальные проблемы онкологии. Петрозаводск, 1980, 2, с. 143.
20. Мордохович А.С., Ходжаева З.С. Эпидемиология опухолей яичников в Сырдарьинской области Узбекской ССР. Опухоли яичников. Иркутск, 1990, с. 38.
21. Новикова Е.Г., Репин Е.А. Некоторые эпидемиологические показатели и диагностика злокачественных опухолей яичников. Сб. науч. работ "Опухоли яичников", Иркутск, 1998, с. 111.
22. Пушкарёва Н.В., Закирова Н.И., Ибрагимова С.С. Кистоморфологические особенности доброкачественных опухолей яичников. Гиперпластические процессы репродуктивной системы женщины. Самарканд, 1983, с. 52.
23. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухолевидные образования яичников. М., 1999, с. 152.
24. Старкова М.Т. Руководство по клинической эндокринологии. СПб., 1996, с. 544.
25. Фанченко Н.Д., Адамян Л.В., Малина Л.С., Хелемунд И. Акушерство и гинекология, 1987, 9, с. 26.
26. Carr R.R. Disorders of the ovary and male reproductive tract. In: J.D. Wilson, D.W. Foster (eds) Williams Textbook of Endocrinology, 18-th ed., Philadelphia, Saunders, 1992, p. 733.
27. Frisch R., Callaway J.D., Blank A.K. Med. J., 1997, 59, p. 20.
28. Parker M.G. (Ed) Steroid Hormones Action. Oxford, J. Rh. Press, 1993.
29. Pascwaldt G. The Principles and Practice in Obstetrics and Gynecology. East Norwall, 1991.
30. Rebar R.W., Gedars M.S. Endocr. Metab. Clin. North. Am., 1992, 21, p. 173.
31. Wild K.A. J. Rep. Med., 1994, 39, 4, p. 273.
32. Zatl V., Piura B. J. Gynec. a Obst., 1996, 55(1), p. 10.