

РЕПРОДУКТИВ ЁШИДАГИ ТУХУМДОНИДА ЎСМАСИМОН ҲОСИЛАЛАРИ БОР АЁЛЛАРНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

© 2015. З.А. Насирова, Х.Х. Хамраев, А.Т. Сафаров.

СамМИ ВМОФ факультети Акушерлик ва гинекология кафедраси

Ключевые слова: киста, консервативное лечение, овариэктомия, оперативное лечение, опухолевидное образование, пункция, репродуктивный возраст, яичник.

Keywords: cyst, conservative treatment, ovariectomy, operative treatment, tumourlike formation, punction, reproductive age, ovarian.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Краткий обзор приведенных данных дает представление о том, что, несмотря на многочисленность исследований, до настоящего времени отсутствует цельная концепция этиологии и патогенеза опухолевидных образований яичников, а разнообразие клинических характеристик являются свидетельством многокомпонентности и многофакторности заболевания. Поскольку работ в этом плане недостаточно, и они носят противоречивый характер, представляется необходимым более углубленное изучение данной проблемы.

MODERN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN TUMOR FORMATION IN THE REPRODUCTIVE AGE

Z.A. Nasirova, H.H. Hamraev, A.T. Safarov.

The overview of the followings provides that despite numerous research works at the present days there is no concept of the etiology and pathogenesis of tumor and ovarian formations and a variety of clinical characteristics are evidence of multidimensional and multifactorial diseases. The work in this point is not enough completed, and they are controversial, it is necessary more in-depth to research the problem.

Охирги ўн йил ичида тухумдонлар ўсмасимон ҳосилалари частотасининг ошиши унинг диагностика ва даволаш методларини мукаммаллаштиришни тақозо қилади [1,4]. Тухумдонлар кисталари ҳамма овариал ўсмаларининг 17% ташкил қилиб, улардан 70,9% и ретенцион кисталар ҳиссасига тўғри келади. Бу нозологик форма 55,2% ҳолатларда 18 ёшдан 35 ёшгача бўлган аёлларда учрайди [2,8]. Репродуктив ёшидаги аёллар орасида, айниқса ургент гинекологияда аъзони олиб ташловчи оператив муолажаларнинг кўпайиши, тухумдон ўсмасимон ҳосилалари дифференциал диагностикасини ва даволашнинг долзарблигини яна бир бор тасдиқлайди. Ҳозирги замон адабиётларида тухумдонлар кисталари мавжуд аёлларни олиб бориш ҳақида бир қанча маълумотлар кўрсатилган. Даволашнинг аъзони сакловчи консерватив ва эндовидеохирургик усуллари ривожланмоқда. Тухумдонлар ўсмасимон ҳосилалари аниқланганда баъзи бир авторлар гипофиз гонадотроп функциясини нормаллаштирувчи ёки гормонал фонни сусайтирувчи даво ўтказиш лозимлигини айтишади [2]. Шу вақтнинг ўзида бошқа олимлар киста ривожланишига эстроген - гестаген препаратларнинг таъсири йўқ деб айтишади, уларнинг фикрича асоратланмаган ҳолатларда функционал ҳосиланинг табиий сўрилишини динамик тарзда кузатиш керак [3,8]. Ўлчамига қараб тухумдон ўсмасимон ҳосилаларининг 60% ҳолларда ўздан - ўзи сўрилиш ҳоллари кузатилган [4,7]. Тухумдонлар кистоз ҳосиларининг частотаси икки кузатув даври оралиғида 40% га камайганлиги маълум [6,10]. D. Levin ва ҳаммуаллифларнинг фикрига кўра, динамик эхография натижасида тухумдон ўсмасимон ҳосилаларининг спонтан регресси 60,6% да кузатилган. Бу вақтда тухумдон ўсмасимон ҳосилаларини ультратовуш текшириш натижасида динамик тарзда кузатиб, консерватив даво олиб бориш фойдасиз оператив амалиётлар олдини олади.

3-4 ойдан зиёд персистенцияловчи тухумдонлар кистоз ҳосилалар масаласи ҳозирги замонда олимларни ўйлантириб келаётган муаммолардан бири ҳисобланади. Бир томондан, бу вазият тухумдон чин ўсмаси борлигини кўрсатса, бошқа томондан, ретенцион ҳосиланинг узоқ давом этиши бўлиши ҳам мумкин.

Кўпгина авторлар, тухумдонлар спонтан эволюцияси имкониятини ҳисобга олиб, бу касалларни динамик кузатиш зарурлигини ўқтиришади. Аммо тухумдонлар кисталарини

турлича даволаш усуллари вақтида ҳам, унинг рецидив бериш хавфи мавжуд. Н.И. Николаева тухумдонлар ўсмасимон процессларининг рецидивини 46,6% ҳолатларда кузатган [5].

В.Н. Серов ва Л.И. Кудрявцева маълумотлари бўйича, тухумдонида ўсмасимон ҳосилалари бор аёлларни консерватив даволаш уч этапда олиб бориш керак: биринчидан бу касалларни уч ой давомида кузатиб, кейин яллиғланишга қарши ва гормонал даволаш муолажалари ўтказиш керак [8,12]. Олиб борилган даволанишдан эффект бўлмаса, кистоз ҳосила пункция қилиниб, цитологик текширилади ва пунктатда СА - 125 ва эстрадиол миқдори аниқланади.

Тухумдонида кистоз ҳосила мавжуд аёлларга орал контрацептивлар буюрилганда 80% ҳолатларда кистоз ҳосила сўрилиши кузатилган (1). Гормонал терапия билан бир вақтда физиотерапия буюрилган, айниқса ёш аёлларга фолликуляр кисталарни даволаш учун магнит ва лазеротерапия, электрофорез ишлатилган [3]. Умуман ўсмасимон ҳосилаларни медикаментоз даволашга яллиғланишга қарши терапия (антибиотиклар, яллиғланишга қарши ностероид препаратлар, энзимотерапия, сўрилувчи терапия, иммунотерапия) ва прогестерон билан даволаш киради. Аммо консерватив терапия ҳар доим ҳам самара бермайди [5]. Охирги йилларда кўпгина авторлар тухумдонлар кисталарини эхография ёрдамида пункция қилиб даволаш самарадорлиги яхшилигини ўқтиришмоқда [2,7]. Бошқа бир авторларнинг фикрига кўра, олинган суюқликни пункция қилиб, цитологик текшириш 82% ҳолларда аниқ ташҳис қўйиш имкониятини беради, деб таъкидлашади [5,11]. А.Н. Стрижаков ва б. авторларнинг фикрича, УТТ орқали тухумдон кисталарини пункция қилиш 70% ҳолатларда лапаротомия олдини олади. Бунда 33% аёлларда киста рецидивида такрор пункция ўтказилиб, такрор пункциядан кейин яна пайдо бўлган ҳолатларда оператив амалиёт ўтказилган. Бошқа авторлар бу процедурани бажариш вақтида киста бўшлиғига физиологик эритма, 3% ли водород перекиси, иммозимаза, 70% ли спирт, 3% ли йод, антибактериал препаратлар ва метатрексат каби суюқликлар жўнатишган [13].

Ростовдаги Акушерлик ва гинекология Илмий Тадқиқот Институтида С.О. Дубровина ва В.И. Орлов томонидан тухумдонлар кисталари пункцион склеротерапиясига бағишланган илмий ишлар олиб борилди [8,9]. Авторлар томонидан бирламчи ва рецидивланган кисталар пунктатида доминант фолликулага нисбатан гормонлар концентрациясининг камайиши кузатилган. Аммо ҳозирги вақтгача овариал ҳосила пункцияси мунозараларга учрамоқда. Баъзи бир авторлар кистоз ҳосилани пункция қилиб, кистоз бўшлиқни ювиб, овариоскопия қилиш мақсадга мувофиқлигини ўқтиришади [12,15]. Бошқа авторлар эса, пункцияни киста яхши бўлгач ўтказиш керак, деб айтишади. Аммо киста суюқлиги пунктати цитологияси билан гистологик текшириш натижалари ҳамма вақт ҳам бир - бирига мутаносиб бўла олмайди. Лекин, цитологик методнинг прогностик қиймати 20-30% дан ошмаган, сезувчанлиги - 25% ни, спецификлиги - 90% ни ташкил қилган; ёлғон мусбат натижалар частотаси - 1-2% ни ташкил қилган [4,9]. Бу билан бир вақтда цитологик текшириш гистологик текшириш натижалари билан мос келмай, 60% ҳолларда ёлғон негатив натижалар берган [7]. Л.В.Адамян, В.И.Кулаков каби авторлар фикрига кўра, ультратовуш сканерлаш назорати остида тухумдон ўсмасини пункцион биопсия қилиш текшириш вақтида капсула бутунлигини бузиб, унинг ичидаги суюқликнинг қорин бўшлиғига тушишига ва касаллик прогнозининг ёмонлашувига олиб келади [1,5,11].

А.Н. Стрижаков маълумотларига кўра, тухумдонлар ўсмасимон ҳосилари пунктатининг цитологик текшириш натижаларининг диагностик аниқлиги патологик процесснинг характерига боғлиқ бўлиб, 85% дан 100% гача фарқ қилади [7]. Тека - лютеин ва фолликуляр кисталарни кистомалардан дифференциал диагностика қилишда кистоз

суяқликдаги эстрадиол микдорини аниқлаш керак, тухумдонлар функционал кисталарида эстрадиол микдори анча юқори бўлади [5].

Ҳозирги вақтда тухумдонида ўсма ва ўсмасимон ҳосилалари мавжуд беморларни хирургик даволаш вақтида лапароскопиянинг қўлланилиши юқори эффективликка эга, чунки бу усул ёрдамида ёш аёллар репродуктив потенциалини сақлаб, орган сақловчи муолажа ўтказиш мумкин. Бунга: тухумдонлар биопсияси, резекцияси, киста энуклеацияси, бир томонлама овариоэктомия, аднексэктомия операциялари мисол бўлади [6,9,14]. Ўсмирларда хирургик даво ўтказиш тажрибасидан келиб чиққан ҳолда, баъзи авторлар [2] фикрича, уларда органни максимал даражада сақловчи, кам травматик операциялар ўтказиб, уларнинг репродуктив тизими потенциалини сақлаш керак. Интраоперацион лапароскопик эхографиянинг информативлиги ҳақида ҳам кўпгина илмий ишлар мавжуд [4]. А.С. Гаспаров ва б. муаллифларнинг фикрига кўра, тухумдонида яхши сифатли ўсмалари бор аёлларга аргоноплазмали коагуляция ўтказилганда, биополяр коагуляция ўтказилган касалларга нисбатан кам травматик кечган [2].

Тухумдон бутунлигини тиклаш бўйича ҳам турли олимларнинг фикри турлича: баъзи авторлар яра юзасига бир нечта фиксация қилувчи чоклар қўйиш кераклигини таъкидласа, бошқа авторлар эса аъзонинг тез тикланиши учун жароҳатни очиқ ҳолда қолдириш керак, деб таъкидлашади. Тухумдонлар ўсмасимон ҳосилаларида бажарилган органни сақловчи операциялар оқибати таҳлил қилинганда, оператив муолажалар натижасида ретенцион ҳосилалар пайдо бўлиши ва ўсмалар рецидивининг шаклланиши юқори хавфи мавжуд бўлган. Е.М. Чацкис маълумотларига кўра, тухумдон зарарланган соҳасининг резекциясидан сўнг ўсма процессининг рецидиви тахминан 50% аёлларда 6,6 йилдан кейин кузатилган бўлса, бир томонлама овариоэктомиядан кейин иккинчи тухумдонда ўсманинг ривожланиши - 11% беморларда 8 йилдан сўнг учраган [9]. Зарарланган тухумдон резекциясидан кейин ўсма рецидивининг бунчалик кўп учраши ўсма тўқимасининг қолдирилган бўлиши мумкинлиги билан тушунтирилади.

Ҳозирги замон гинекологиясида асосан иккита тенденция бўйича даво чоралари олиб борилади: биринчидан, репродуктив тизим аъзоларини максимал даражада сақлаш ва иккинчидан, жарроҳлик амалиёти травматизмини камайтириш. Аёл “хаёт сифати” ни олдингидай сақлаш факторларига ҳам ҳозирги кунда катта эътибор берилмоқда. Аммо бу билан бирга, оператив амалиётлар ҳажми асоссиз равишда баъзи жойларда кўпайган [6], репродуктив ёшдаги аёлларда ўтказилган кузатувлар натижаси шуни кўрсатдики, 61,5% беморларда бир томонлама тухумдон резекцияси, бир томонлама оварио- ва аднексэктомия операциялари ўтказилган. Тухумдонини сақлаш мумкин бўлган ҳар учта аёлдан биттасида тотал овариоэктомия бажарилган, аммо аъзоси сақланган аёллар кейинчалик кузатилганда саратон ривожланиш хавфи ошмаган [3,4]. Тухумдонлар ретенцион кисталари ва яхши сифатли ўсмаларида энг кўп бажариладиган жарроҳлик амалиётидан бири бир томонлама аднексэктомия операцияси ҳисобланади [1,8,10].

Режали гинекологик амалиётда интервенцион эхография ва лапароскопия энг яхши усуллар туркумига кириб, бачадон ортиқларини олиб ташлаш операцияларини камайтириб, даволаш натижаларини яхшилайдди. Шошилишч гинекологик амалиётда эса буралиб қолган ретенцион кисталарнинг деторсияси учун трансвагинал пункциядан кейин лапароскопик деторсия орқали кистанинг резекциясини ўтказиш дискуссия масалалардан бири ҳисобланади. З.Д. Каримов ва ҳаммуаллифларнинг фикрига кўра, тухумдон ўсмасимон ҳосилаларининг шошилишч ҳолатлар структурасига кисталарнинг ёрилиши, буралиб қолиши ва киста бўшлиғига қон қуйилиш ҳолатлари киради. Аёл ёши ва паритетини ҳисобга олиб, тухумдонлар ўсмасимон ҳосилалари табиатини ўрганиб, оператив жарроҳлик амалиёти частотасини камайтириб, аъзони сақлаб қолиш ҳозирги замон гинекологиясининг

муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади. Ретенцион кисталари туфайли шошилиш ҳолатлар туркумига кирувчи аёлларнинг учдан бир қисм беморларда ургент терапия “консерватив” терапия (пункцион метод) ўтказилган, ретенцион кисталар ёрилиши 50,4% да кузатилган. Тухумдонлар ретенцион кисталари ёрилишида баъзи бир авторлар УТТ ва бачадон орти соҳасини пункция қилиб, макроскопик баҳолаш лозимлигини ва қон кетиш ёки кетмаслигини кузатиш кераклигини таъкидлашади. Агар қон кетиш кўп бўлмаса (150,0-200,0 мл), гемодинамика стабил бўлса, қон кетиш давом этиши белгилари бўлмаса, бундай касалларни консерватив олиб бориш мумкин [14].

Охириги йилларда тухумдонлар ўсмасимон ҳосилалари туфайли бажарилган операцияларнинг реабилитацион чора - тадбирлари муҳокама қилиниб, репродуктив функциянинг сақланишига кўп эътибор берилмоқда [6]. 35 ёшдан кейин оператив амалиёт ўтказилган беморларни реабилитация қилиш уч этапда олиб бориш тавсия этилади. Бу чора тадбирларнинг асосий принципи даволашни узлуксиз тарзда олиб бориш, онкологик жиҳатдан эҳтиёткор бўлиш, реабилитация программасини ишлаб чиқишда индивидуал ёндашув, диспансер назорати остига олиш қабиаларни ўз ичига олади.

Шундай қилиб, турли адабиётлар маълумотларига таяниб, хулоса қилиш мумкинки, ҳозирги вақтда тухумдонлар ўсмасимон ҳосилалари муаммосини ечиш учун, бу касалликларни эрта ташхислаб, ўсманнинг гистотипини аниқлаш ва касалларни индивидуал олиб бориш методларини ишлаб чиқиш лозим. Бунда перспектив йўналишлардан бири трансвагинал ультратовуш текшириш методининг гормонал, цитологик, иммунологик методлар билан биргаликда олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Турли хил, баъзида бир бирига қарама – қарши усулларни қўллаш кўп олимларнинг баҳсига сабаб бўлмоқда. Айниқса, бу патологияда касалларни олиб бориш тактикаси, операция техникаси, жарроҳлик амалиётининг ҳажми ҳақида кўп мунозаралар мавжуд. Оператив гинекологиянинг умумий масалаларидан кўпи дискуссияга сабаб бўлмоқда, буларга: янги технологиялар (лазер, крио-, электро-, аргон) нинг ишлатилиши, чандиқ касаллиги профилактикасида тусиқ ва материалларнинг вазифаси, механик тикув асбоблари ва чок материали, тухумдон тўқимасининг перитонизация қилиш усуллари мисол бўла олади.

Юқорида келтирилган маълумотларнинг турлича бўлишига қарамай, ҳозирги вақтгача тухумдонлар ўсмасимон ҳосилаларининг этиологик ва патогенетик концепциясининг йўқлигини, бу касалликнинг турлича клиник характеристикаси эса ушбу патологиянинг кўп компонентли ва факторли эканлигини яққол кўрсатиб беради. Бу масштабда олиб борилган тадқиқотларнинг етарли бўлмаслиги ва кўп мунозараларга сабаб бўлиши ушбу муаммони янада чуқур ўрганишга даъват этади.

Фойдаланадиган адабиётлар:

1. Адамян Л.В., Мурашко Л.Е., Романова Е.Л., Зурабиани З.Р. Хирургическое лечение опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных с использованием современных технологий. //Проблемы репродукции. 2005. №3. С.60-64.
2. Гаспаров А.С., Титов Д.С., Дубинская Е.Д., Барабанова О.Э., Айрапетян А.С. Клиническая оценка травматичности применения различных методов энергий при хирургическом лечении доброкачественных опухолей яичников. // Акушерство и гинекология. 2013. № 9. С. 25-29.
3. Герасимова А.А., Магнитская Н.А., Степанов К.И., Швырев С.А., Гус А.И., Клименко П.А. Ультразвуковая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных.// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. №10(5). С.31-35
4. Герасимова А.А., Швырев С.А., Степанов К.И., Гус А.И., Клименко П.А. Дифференциальная диагностика доброкачественных, пограничных и злокачественных образований яичников у беременных с помощью логических регрессионных моделей // Акушерство и гинекология. 2012, №2, С. 50-56
5. Гинекология. Национальное руководство / ред. В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. - М., 2009. 1088 с.
6. Гребенкин Б. Е. Преимущества использования 3% раствора перекиси водорода при лечении опухолевид-

- ных образований яичников / Б.Е. Гребенкин, Л.П. Палакян // Материалы 4 Российского съезда акушеров и гинекологов. М., 2008. С. 337-338.
7. Гребенкин Б.Е. Пункционная терапия в лечении кистозных образований яичников / Б.Е. Гребенкин, Л.П. Палакян // Материалы 9 форума “Мать и дитя”. М., 2007. С. 210-211.
 8. Дубровина С.О. Метод диагностики кист яичников / С.О. Дубровина // Материалы 7 Российского форума “Мать и Дитя”. М., 2005. С. 376-377.
 9. Дубровина С.О. Оправдана ли онкологическая настороженность при выполнении пункционной склеротерапии кист яичников? / С.О. Дубровина, В.И. Орлов // Материалы 8 Всероссийского форума “Мать и дитя”. М., 2006. С. 377-378.
 10. Каримов З.Д., Исмоилова Ф.Т., Хусанходжаева М.Т., Азимова Ф.М. Стратегия и тактика лечения опухолевидных образований яичников в ургентной гинекологии // Акушерство и гинекология. 2012. №5. С. 93-96.
 11. Кулаков В.И. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.И. Кулаков, Р.Г. Гатаулина, Г.Т. Сухих. М. 2005. 256с.
 12. Магнитская Н.А. Диагностика и лечение образований яичников у беременных: автореферат диссертации кандидата медицинских наук. М.: 2012.