УДК 618.1-006:618.14-089.87

О.О.Кузьміна, В.І.Грищенко, І.Ю.Кузьміна

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КІСТ ЯЄЧНИКІВ

Харківський національний медичний університет

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КІСТ ЯЄЧНИКІВ. Проведено дослідження з наявності інфекції у 30 жінок з первинними кістами яєчників (1-а група) і 18 жінок з рецидивуючими кістами яєчників (2-а група). Ідентифікація збудника вивчена в клітинах епітелію кіст, отриманих шляхом центрифугування пунктату кіст, з використанням бактеріологічного методу й КЛР діагностикою, дослідження цервікального слизу й піхвових виділень на наявність інфекцій, переданих статевим шляхом (ІПСШ). Результатом даного дослідження став доказ безсумнівної ролі інфекційного процесу в розвитку персистуючих ретенційних утворів яєчників за рахунок внутрішньоклітинного ураження й, відповідно, порушення функції яєчників.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КИСТ ЯИЧНИКОВ. Проведено исследование по наличию инфекции у 30 женщин с первичными кистами яичников (1-я группа) и 18 женщин с рецидивирующими кистами яичников (2-я группа). Идентификация возбудителя изучена в клетках эпителия кист, полученных путем центрифугирования пунктата кист, с использованием бактериологического метода и ПЦР диагностикой, исследование цервикальной слизи и влагалищных выделений на наличие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Результатом данного исследования явилось доказательство несомненной роли инфекционного процесса в развитии персистирующих ретенционных образований яичников за счет внутриклеточного поражения и, соответственно, нарушения функции яичников.

PATHOGENETIC PECULIARITIES OF DEVELOPMENT OF OVARIES CYSTS. The research on presence of infection contamination at 30 women with primary cysts of ovaries (1-t groups) and 18 women with relapsing cysts of ovaries (2-d groups) is carried out. The identification of the originator is investigated in cells of an epithelium of cysts received by a centrifugation of a punctate of cysts, with use of a bacteriological method and color polymerase reaction (CPR), by diagnostics, research of cervical slime and vaginal of abjections on presence of infection contaminations transmitted by a sexual way. Result of the research was the proof of a doubtless role of contagious process in development persistent retention of formations ovaries at the expense of an intracellular lesion and accordingly, infringement of function of ovaries.

Ключові слова: кісти яєчників, інфекція, патогенез.

Ключевые слова: кисты яичников, инфекция, патогенез.

Key words: ovaries cysts, infection, pathogenesis.

ВСТУП. Доброякісні утворення жіночих статевих органів, становлять одну з актуальних проблем гінекології. За даними деяких авторів кістозні утворення в яєчниках за останні 10 років зросли з 6-11% до 19-25% [1, 2]. При обстеженні жінок з тубооваріальними утвореннями в яєчниках виявляють кістозні зміни різного характеру: основну масу становлять фолікулярні кісти, рідше кісти жовтого тіла [3].

Відповідно до класифікації ВООЗ, існують дві групи кістозних утворень – істинні пухлини й пухлиноподібні утворення яєчників. Значну частину пухлиноподібних утворень яєчників представляють ретенційні – 70,9% випадків, з них фолікулярні – 85 – 90%, кісти жовтого тіла – 2-5%, текалютеїнові кісти – 1-2%, ендометріоїдні – 5-10%. Оперативне лікування пухлиноподібних захворювань спричиняє зниження резервних можливостей яєчникової тканини, не усуває причини захворювання, а іноді приводить до рецидивування кіст [4].

Тому актуальним є з'ясування етіології й патогенезу захворювання з метою вибору патогенетично обґрунтованої терапії й попередження розвитку процесу. Одним з важливих результатів нашої роботи є не просто констатація факту розвитку кістозних утворень яєчника на тлі запального процесу, але й виявлення збудників захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Ми оглянули 30 жінок з первинними кістами яєчників (1-а група) і 18 жінок з рецидивуючими кістами яєчників (2-а група). При звертанні до лікаря у всіх жінок визначалося в одному яєчнику при ультразвуковому дослідженні (УЗД) однокамерне ехонегативне утворення з рівними чіткими контурами, більше 3-х см у діаметрі, без ехопозитивних включень, рухливе при бімануальному дослідженні. При зборі анамнезу з'ясовувалося: як давно виявлена кіста, чи виконувалося динамічне ультразвукове спостереження, чи призначалися хворі комбіновані оральні контрацептиви при виявленні кісти в інших лікувальних установах. Проводилося дослідження подружньої пари на інфекції, передані статевим шляхом, за результатами якого призначалася антибактеріальна терапія. При збереженні в яєчнику кістозного утворення більше 2-х місяців хворій виконувалася пункційна склеротерапія кісти під час госпіталізації. УЗД проводилося як мінімум двічі після маніпуляції. Пункція виконувалася на 5-6 день менструального циклу. Середній вік хво-

рих з первинними кістами склав 27,3 ±2,6, у групі з рецидивируючими кістами – 31,9±0,43.

Найбільш частою скаргою хворих були: болі внизу живота – в 23(76,7%) хворих з первинними кістами й в 15 (83,3%)жінок з рецидивуючими. Крім того, хворих турбували виділення зі статевих шляхів в 21(70%) у хворих з первинними кістами й в 8 (44,4%) хворих з рецидивуючими кістами. Порушення менструального циклу спостерігалося в 8(26,6%) жінок з первинними кістами й в 5(27,7%) з рецидивуючими кістами типу олігоопсоменореї. Запальні процеси в анамнезі по типу хронічного сальпінгіту спостерігалися в 26(86,6%) жінок 1-ї групи й в 11(61,1%) пацієнток 2-ї групи.

Всім пацієнткам після проведеної пункції проводилося цитологічне дослідження пунктату, а також дослідження в сироватці крові й пунктаті наявність антитіл до хламідій і трихомонад методом імуноферментного аналізу за допомогою специфічної тест-системи й мікробіологічного обстеження виділень заднього склепіння піхви й цервікального каналу. Методом культурального аналізу визначали видовий і кількісний склад всіх асоціатив мікробіоценозу досліджуваних зразків. Методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) виявляли хламідії, мікоплазму, уреаплазму й гонокок Нейсера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. За даними літератури, ще в 1958 році Н.А.Кошурнікова у хворих із хронічним запальним процесом у яєчниках виявляла виражений периваскулярний склероз як у корковому, так і в мозковому шарах, що приводить до утворення кіст без клітинної інфільтрації. Хронічний сальпінгіт зустрічається значно частіше, ніж оофорит, що, очевидно обумовлено тим, що яєчник має певну систему захисту від інфекційного процесу. Морфологічним субстратом системи мікрооточення жіночої статевої клітини є спеціалізований гемато-фолікулярний бар'єр (ГФБ), що включає фолікулярний епітелій, сполучнотканинні й стероїдопродукуючі елементи й судини внутрішньої й зовнішньої оболонок тека фолікула [5].

Нами проведені дослідження з ідентифікації збудника в клітинах епітелію кіст, отриманих шляхом центрифугування пунктату кіст, з використанням бактеріологічного методу й ПЛР діагностикою, дослідження цервікального слизу й піхвових виділень на наявність інфекцій, переданих статевим шляхом (ІПСШ).

Хламідіоз діагностований у цервікальному слизі в 16(53,3%) у жінок 1-ї групи й в 8(44,4%) пацієнток 2-ї групи. Трихомоніаз виявлений у бактеріологічному посіві із заднього склепіння піхви або методом ПЛР, відповідно, в 15(50%) і 7(38,9%) випадках, мікоплазмоз при бактеріологічному дослідженні в 19(63,3%) і в 6 (33,3%) випадках, гонорея при ПЛР діагностиці цервікального слизу в 2(6,6%) і в 1(5,5%) хворих, змішана інфекція в 5(16,7%) і в 11(61,1%) відповідно (табл.1).

На нашу думку, пояснення тому, як внутрішньоклітинні інфекції взаємодіють із клітинами власника, порушуючи тим самим їхню функцію, полягає в тім, що мікоплазми синтезують нейроамінідазу, взаємодія якої з поверхневими структурами клітини порушує архітектоніку клітинних мембран.

Таблиця 1. Структура збудників інфекцій, переданих статевим шляхом, у хворих з первинними й рецидивуючими кістами яєчників

Група о б	с теж а анбоиквнб	(тп п жу= 7нбоиквнб
0) нд лпіб	кяь2СіСПчб	. ь%%%Пчб
6е 85д5анп б	к2ь2, Пчб	1ьС. пшПчб
4 ло59) нзд б	кшьяСіСПчб	яьССіСПчб
юба5о5о б	3ьяг2Пчб	кь2г2Пчб
Гдлм нанбе) 5енб	2ькяг1Пчб	ккьякпкПчб

Серед інших ферментів мають значення протеази, які викликають дегрануляцію клітин, зокрема гладких, разщеплення молекул антитіл і незамінних амінокислот, а також РНКази, ДНКази й тимітидази, що володіють здатністю порушувати метаболізм нуклеїнових кислот у клітинах макроорганізму. До 20% загальної ДНКазної активності зосереджено в мембранах мікоплазм, що забезпечує здатність ферменту порушувати метаболізм клітини [5].

Переконливим доказом ролі інфекційного процесу, на нашу думку, є той факт, що тільки в 2,36% хворих інфекція не була виявлена в обох групах.

Виявлення ІПСШ у цервікальному каналі й у піхві може лише побічно свідчити про те, що кісти яєчників виникають у зв'язку з порушенням фолікулогенезу на тлі запального процесу.

Деякими авторами доведено, що персистуюча хламідійна інфекція підвищує ризик розвитку патології маткових труб і яєчників [3]. За нашим даними, антитіла до хламідій виявлені як у пунктаті, так і в сироватці крові в обстежених пацієнток (табл.2). Звертає на себе увагу

збільшення титру антитіл у пунктаті кіст при рецидиві, тобто рецидив кісти розвивається на тлі персистуючої, резистентної терапії інфекції, переданої статевим шляхом.

Таблиця 2.

	Хламідії		Трихомонади	
	Сироватка крові	Пунктат	Сироватка крові	Пунктат
1-а група	7(23,3%)	3(10%)	6(20%)	2(6,6%)
2-а група	3(16,6)	6(33,3%)	2 (11,1%)	3(16,6%)

Коли патологічний процес зачіпає тканинні лімфоцити і їхні клітини-партнери (ендотелій, макрофаги, інші лейкоцити), ті лімфоцити, що циркулюють у крові, лише в мінімальній мірі можуть нести на собі (або не нести зовсім) ознаки тканинної патології, що називається аналізом імунного статусу [6].

Фолікулярна рідина близька за своїм складом до плазми, містить не менш 50% всіх білків сироватки крові [4]. Стінка фолікула поводиться як молекулярний фільтр, забезпечуючи проходження білків у зворотній пропорції до їхньої молекулярної ваги. Синтез імуноглобулінів, здійснюваний місцевими лімфоїдними елементами, відносно незалежний від загальної гуморальної відповіді. Антитіла можуть продукуватися секреторними клітинами яєчника, зрілим фолікулом. Однак, немає остаточних доказів, що не має місця часткова транссудація антитіл із сироватки крові [6].

ВИСНОВКИ. Таким чином, результатом даного дослідження є доказ безсумнівної ролі інфекційного процесу в розвитку персистуючих ретенційних утворень яєчників за рахунок внутрішньоклітинного ураження й, відповідно, порушення функції яєчників.

Отримані результати роботи надають право рекомендувати включити дослідження на інфекції, передані статевим шляхом, у план обстеження хворих з персистуючими кістами яєчників.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Отримані результати наших досліджень дозволили відповісти на деякі невирішені питання репродуктивної гінекології. Ми вважаємо, що представлений матеріал дозволить по-новому глянути на «старі» проблеми й прийти, відповідно, до нових шляхів їхнього вирішення.

Література

1.Серебренников К.Г.Комплексная терапия и реабилитация у женщин с фолликулярными кистами яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях /К.Г.Серебренников, Е.П.Кузнецова// Гинекология. – 2008. – Т.4, №4. – С.174-175.

2. LauroC. Role of echo-guided aspiration of ovarian cysts /C. Lauro, M.Rotondi, F.P.Ammaturo et al. //Minerva Ginecol. – 2001. – Vol.53,№1. – P. 55-58.

3.Spanel-Borowski K. Increse in final stages of follicular atresia and premature decay of corpora lutea in Ins13-deficient mice / K. Spanel-Borowski, I. Schefer, S. Zimmermann et al. //Mol.Reprod. Dev. – 2001. – Vol. 58, N3. – P.281-286.

4.Zanetta G. Role of puncture and aspiration in expectant management of simple ovarian cysts a randomized study /G.Zanetta, A. Lissoni, V.Torri et al.// Boil/Med.J. – 2006. – V0l.313,N7065. – P.1110-1113.

5.Кисина В.И. Существует ли взаимосвязь генитальных микоплазм с патологией органов мочеполовой системы? / В.И.Кисина, Е.В.Ширшова //Consilium Medicum. – 2005. – Т.7, №7. – С.533-541.

6. Хаитов Р.М.Иммунология / Р.М.Хаитов, Г.А.Игнатьева, И.Г.Сидорович.-М.: Медицина, 2000. – С.49, 88-111.