

**Опухоли яичников** - достаточно распространенная патология у женщин репродуктивного возраста.

Среди доброкачественных опухолей яичников выделяют: фолликулярные кисты, кисты желтого тела, эндометриозные кисты, простые кисты, воспалительные процессы, параовариальные кисты.

Фолликулярные кисты и кисты желтого тела (лютеиновые кисты) составляют 25-30% всех кистозных образований, характерной особенностью которых является транзиторный характер течения.

**Фолликулярная киста** представляет собой однокамерную тонкостенную полостную структуру. Часто она является односторонней, размеры её варьируют от 2 до 7 см в диаметре. Иногда фолликулярные кисты являются гормональноактивными, поскольку содержат эстрогены, что в свою очередь может привести к гиперплазии эндометрия. Внутренняя поверхность фолликулярных кист гладкая, покрыта в основном одним слоем эпителиальных клеток. Фолликулярные кисты развиваются из графовых пузырьков по механизму накопления жидкости в кистозно-атрезиирующемся фолликуле, как результат нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции и воспалительного процесса. При достижении кистой достаточно больших размеров, при её относительно долговременной персистенции, клетки, которые выстилают стенку кисты, могут слущиваться и претерпевать процесс гиалинизации. За счет резорбции содержимого фолликулярная киста может регрессировать в течение 2-4 месяцев. Спавшиеся стенки кисты облитерируются последующим превращением в фиброзные (гиалиновые) атретические тела.

Среди опухолеподобных образований яичников частота **кист желтого тела** встречается от 2 до 15%. Кисты желтого тела образуются при двухфазном менструальном цикле после овуляции, их морфологическое строение подобно физиологическому желтому телу. Патогенетическим звеном в их образовании является нарушение кровообращения и лимфооттока в желтом теле, что приводит к накоплению жидкости в его просвете, так называемом ядре. Кисты этого типа не превышают 6см в диаметре, имеют толстые стенки и серозное или серозно-геморрагическое содержимое. Полость кисты выстилают пласты или отдельные группы лютеиновых и текалютеиновых клеток. Возможен самостоятельный регресс кисты желтого тела, этот процесс продолжается не менее 2 месяцев, заканчиваясь формированием гиалинового образования - белого тела.

**Эндометриозное образование** яичника занимает первое место среди всех нозологических локализаций наружного эндометриоза. Частота - 27-32%. В научной литературе вместе с термином «эндометриозная киста яичника» используют термин «эндометриома».

Особую группу составляют **параовариальные кисты**. Их частота составляет 13-16%. ПК представляет собой ретенционное образование, которое располагается между листками широкой связки матки или же прикреплена ножкой к маточной трубе. Чаще всего ПК является односторонним, тонкостенным с гладкой поверхностью, прозрачным, подвижным образованием. Обычно, на верхнем полюсе параовариальной кисты размещена маточная труба, яичник располагается возле задне-нижнего её полюса. Нередко параовариальная киста имеет ножку, которая состоит из маточной трубы и собственной связки яичника.

Сложность своевременной диагностики опухолевидных образований яичников связана с отсутствием у пациенток с данной патологией характерных клинических симптомов. Учитывая малоинформативность симптоматики на начальных стадиях заболевания, обследование необходимо начинать с тщательного *сбора анамнеза*. Частые ангины, хронический тонзиллит, высокая частота перенесенных инфекций (эпид. паротит, краснуха, корь) могут служить преморбидным фоном для возникновения опухолевидных образований яичников. Из особенностей становления менструальной функции необходимо отметить позднее наступление менархе, нарушения менструального цикла, снижение детородной функции, высокий процент бесплодия и укорочение репродуктивного периода.

**Клиническая картина** опухолевидных образований яичников неспецифична. Только образования значительных размеров (больше 8-10 см) могут вызывать явления дискомфорта, тяжесть внизу живота, в области поясницы, нарушения менструальной и репродуктивной функции. Не всегда наблюдается корреляция между размером очага поражения, наличием и выраженностью болевого синдрома. Возникновение и усиление последнего могут быть вызваны раздражением брюшины, что возникает в результате опорожнения содержимого во время перфорации опухолевидного образования, перекрутом его ножки. Могут наблюдаться субфебрильная температура, повышение СОЭ, лейкоцитоз, нарушение функции ЖКТ, мочевыводящей системы. Чаще всего опухолевидные образования диагностируются случайно, нередко после возникновения осложнений, которые требуют urgentного оперативного лечения.

*Гинекологический осмотр* должен включать: осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки в зеркалах. Далее – бимануальное обследование, с помощью которого определяют наличие и локализацию патологического процесса, форму, величину матки и придатков, их консистенцию, подвижность, болезненность при пальпации, анатомотопографические взаимоотношения органов малого таза. Среди методов визуализации предпочтение отдают **УЗИ**. Точность диагностики патологии органов малого таза при использовании трансабдоминальной эхографии находится в пределах от 21 до 81%. Совпадение результатов УЗИ с патоморфологическим диагнозом составляет 72-74% до 90%. Интравагинальное УЗИ позволяет диагностировать патологические изменения яичников в 93,2-96% случаев, при этом точность УЗИ в сопоставлении с клиникой увеличивается на 25%. Данный метод позволяет не только констатировать наличие объемного образования яичника, но и более детально определить его структуру. Для эхографической картины фолликулярных кист характерным есть наличие однокамерного тонкостенного образования округлой формы размерами от 30 до 70 мм с высоким уровнем эхопроводности, рядом с которым определяется неизменная ткань яичника. Кисты желтого тела, размеры которых варьируют от 3 до 6см эхографически имеют более плотную капсулу и эхопозитивное содержимое в полости кисты. В некоторых случаях наблюдается идентичность эхографической картины фолликулярной кисты и кисты желтого тела (однородная и анэхогенная внутренняя структура). Дифференциальным признаком в таких случаях есть толщина стенки кисты - если у фолликулярных кист она тонкая (до 1 мм), то у кист желтого тела её толщина может быть от 2 до 6 мм. В некоторых случаях возникает необходимость проведения дифференциальной диагностики опухолевидного образования яичника и папиллярной цистаденомы. Решающее значение в этом случае имеет проведение **доплерографии**. Визуализация кровообращения в пристеночном элементе новообразования свидетельствует в пользу папиллярной цистаденомы, а его отсутствие – в пользу опухолевидного образования яичника. Характерными эхографическими признаками эндометриозных кист являются: округлая форма, мелкозернистая однородная структура внутреннего содержимого, неравномерно утолщенная капсула, локализация позади матки. Возможно как одностороннее, так и двустороннее поражение яичников эндометриозными кистами. При выявлении объемного образования яичников с помощью УЗИ, следует дополнить *доплерографическим исследованием* кровообращения в маточных и яичниковых артериях и *цветным доплеровским картированием*. У всех пациенток с опухолевидными образованиями яичников следует проводить изучение микробиоценоза половых путей и диагностику ИППП для своевременного проведения патогенетически обоснованной противовоспалительной терапии. Необходимым является и мониторинг *гормонального статуса* (определение уровней ЛГ, ФСГ, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, пролактина) в динамике менструального цикла для диагностики возможных отклонений и проведения коррекции. Для подтверждения доброкачественности процесса определяют уровень *онкомаркера* - СА-125.

**Консервативное направление** ведения пациенток с опухолевидными поражениями яичников включает два этапа. Первым является комплекс противовоспалительной терапии, второй этап – проведение коррекции гормонального статуса. После назначения противовоспалительной терапии и регресса опухолевидного поражения яичника для обеспечения полноценного функционирования желтого тела назначают дидрогестерон (дуфастон) по 10мг два раза в сутки с 16 по 26 день менструального цикла в течение 3-6 месяцев. При неэффективности первого этапа лечения следует переходить ко второму этапу, который проводится дифференцированно с использованием одного из гормональных препаратов (эстроген-гестагенных контрацептивов, препаратов прогестеронового ряда, агонистов гонадотропин-рилизинг гормонов и антигонадотропинов). Для лечения эндометриозных и ретенционных опухолевидных образований яичников используют монофазные низкодозированные КОК (напр., Жанин). При значительных анатомических нарушениях органов малого таза (величина кист > 5 см, выраженный спаечный процесс и сочетание опухолевидных образований яичников с лейомиомой или аденомиозом матки) препаратами выбора являются агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов (Диферелин). Медикаментозное лечение препаратами данной группы направлено на уменьшение симптомов заболевания, размеропухоли матки, опухолевидного образования яичников. С целью профилактики рецидивов возникновения ретенционных опухолевидных образований яичников используют монофазные низкодозированные КОК в циклическом режиме. Длительное гормональное лечение дополняют гепатопротекторной и энзимотерапией. Показаниями к оперативному лечению следует считать: неэффективность консервативной терапии в течении 3-6 месяцев; наличие параовариальных кист, эндометриозных кист размерами больше 5 см и сочетание опухолеобразного поражения яичников с непроходимостью маточных труб (у пациенток с нарушенной репродуктивной функцией), осложненное течение опухолевидного образования (перекрут ножки кисты, подозрение на разрыв кисты). На современном этапе используют лапароскопические или микрохирургические методики: органосохраняющую коррекцию выявленных патологических анатомических изменений как на яичниках (удаление опухоли яичника в пределах здоровой ткани), так и на маточных трубах (восстановление их проходности и матке (по показаниям)).