

Інтервенційні втручання під контролем УЗД в гінекологічній практиці

О.І.Мухомор, Р.В.Бубнов

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

Відділення ультразвукової діагностики.

Пункції утворів жіночого малого тазу

Серед клінічно здорових жінок у 6% виявляються утвори придатків при променевих методах дослідження, 90% з них – кістозної будови [5]. Залишається досить високою вірогідність малігнізації кіст, особливо у пацієнок в постменопаузі [8].

Більшість кіст підлягають лапароскопічному або лапаротомічному лікуванню. Прості кісти рідко бувають злоякісними [9], хоча більшість кіст, що видаляються під час оперативного втручання є простими або функціональними [10]. Активність хірургічної тактики пояснюється можливістю малігнізації та незначним арсеналом методів верифікації природи кісти [10]. Отже, надання переваги активній хірургічній тактиці має як позитивні так і негативні сторони: побоюючись малігнізації кіст росте кількість необгрунтованих втручань.

В окремих клінічних випадках малоінвазивні методи, здебільшого пункційні втручання під контролем УЗД, можуть бути ефективною альтернативою ведення таких пацієнок.

Покази до пункційних втручань на органах жіночого тазу

Багато авторів вважають жінок у постменопаузі з унілокулярними кістами до 5 см в діаметрі за відсутності підозри на малігнізацію кандидатами для аспіраційного лікування.

Кісти з ознаками дермоїдної кісти недоцільно вести аспіраційним методом, правильніше їх хірургічне видалення [4].

Дискусій відносно доцільності пункцій функціональних кіст менше за рахунок їх рідкої малігнізації та типової сонографічної картини.

Хоча варто зазначити, що лікувальна аспірація кіст не є радикальним методом лікування, тому що залишається хірургічна капсула кісти. Іншими словами, такий метод ведення утворів малого тазу можна вважати паліативним. Виключенням є пункції функціональних кіст яєчників в молодому віці, які можуть бути виликувані за допомогою пункційного втручання.

Категорії пацієнок, яким може бути показане пункційне втручання на придатках під контролем променевих методів [5]:

- лікувальна пункція ендометріюїдних кіст яєчників або придатків;
- лікувальна пункція геморагічних кіст яєчників;
- лікувальна пункція післяопераційних кістозних утворів придатків;
- пункція оваріальних кіст з діагностичною метою у окремих груп пацієнок;
- лікувальна пункція у пацієнок, яким протипоказане хірургічне втручання через наявність супутньої патології;
- вагітні пацієнтки;
- пацієнтки з наявністю інших первинних пухлин;
- діагностична пункція солідних утворів тазу.
- пацієнтки з клінічно значимими післяопераційними серомами та лімфоцеле.

Діагностична пункція

Дослідження післяопераційного матеріалу показують незначну кореляцію між даними дослідження аспіраційного матеріалу та результатами гістологічних висновків [11], вказують на значну неточність цитологічного дослідження, при якому проводиться забір і дослідження неспецифічного ексудативного матеріалу. Автори подають чутливість цитологічного дослідження аспірату 25% та специфічність 90% [8].

Дані променевих методів обстеження є більш точними у діагностиці кістозних утворів яєчників, ніж дані дослідження аспірату [12].

Враховуючи вищевикладене, найкращим способом виключити злоякісну природу можна вважати гістологічне дослідження, яке найчастіше вимагає хірургічного втручання.

Через високу можливість виникнення псевдонегативних результатів при виконанні діагностичної пункції кістозних утворів яєчника, покази до пункцій яєчників та придатків під контролем променевих методів (передовсім, трансвагінального УЗД) є здебільшого терапевтичними.

Лікувальна пункція

Показами та умовами для пункційного лікування кіст яєчників на сьогодні вважається [3]:

- спостереження однієї кісти яєчника щонайменше протягом 6 місяців;
- діаметр кісти більше 30 мм;
- відсутність ехо-ознак підозри на малігнізацію кісти яєчника та відсутність раку яєчників в сімейному анамнезі пацієнтки;

- нормальний рівень онкомаркеру раку яєчників СА-125;
- задовільний загальний стан, відсутність запального процесу піхви (при трансвагінальному доступі).

Інфіковані рідинні скупчення в порожнині малого тазу

Пункційна аспірація прямо показана пацієнткам з рідинними скупченнями в порожнині малого тазу з ознаками інфікування, як варіант лікувальної тактики [13-16].

Повідомляється про кращу ефективність та толерантність пацієнтів трансректального доступу порівняно з трансвагінальним при дренуванні абсцесів малого тазу [17].

Методика

Спеціального знечулення та антибіотикопрофілактики процедура не потребує [3,6].

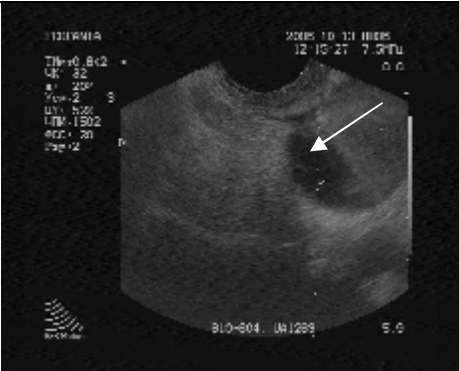
Доступ. Трансвагінальний доступ є пріоритетним за даними усіх авторів при проведенні маніпуляцій на яєчниках [1-6]. Трансректальний доступ рекомендується лише в певних випадках при втручаннях на тілі та шийці матки [4]. При можливості трансвагінального доступу для пункції немає підстав для застосування інших доступів [5].

При наявності гнійного вмісту рекомендовано завершувати пункцію дренуванням [16].

В усіх випадках застосовано ультразвуковий трансвагінальний доступ з використанням датчика частотою 6,5 МГц з спеціальною пункційною насадкою для голки 18-gauge. Показів для застосування інших доступів не було. Під контролем ультразвукового дослідження в позиції найкоротшої відстані датчика до кістозної порожнини, при ввімкненому доплерівському режимі для уникнення пошкодження судинних структур виконувалася одномоментна пункція кісти з наступною аспірацією вмісту. Ризик можливого обсіювання черевної порожнини вмістом кісти максимально знижувався при виборі оптимального доступу через склепіння піхви. Після дренування порожнини кісти проводилося зрошення порожнини 96% спиртом з наступним відсмоктуванням.

Серія нетипових клінічних ситуацій, при яких показане пункційне втручання під контролем УЗД у відділенні ультразвукової діагностики КЛ „Феофанія”

Вік, роки	Анамнез	Розмір кісти	Бік ураження	Втручання	Результат
29	Екстирпація матки з правобічною аднексектомією з приводу післяродової кровотечі	35 мм	Лівий	Аспіраційне лікування	Без рецидиву
32	Екстирпація матки з правими придатками з приводу кістоми яєчника	24x43 мм	Лівий	Аспіраційне лікування	Без рецидиву
33	Надпихова ампутація матки з правими придатками з приводу фіброміому матки	біля 40 мм	Лівий	Аспіраційне лікування	Без рецидиву
34	Надпихова ампутація матки з приводу фіброміому та правобічна аднексектомія з приводу ендометріодної кісти правого яєчника (2 лапаротомії)	44x25 мм	Лівий	Аспіраційне лікування	Без рецидиву
32	Не було вагітностей. Діагностовано багатокамерний утвір правого яєчника, в одній з камер визначається пристінковий м'якотканинний компонент. Після отримання матеріалу (відсутність цитологічних даних за малігнізацію) виконана правобічна аднексектомія (максимально органозберігаючий об'єм - збережена матка та ліві придатки).	80x60x70 мм	Правий	Діагностична аспіраційна пункція підозрілої на малігнізацію камери	Відсутність цитологічних даних за малігнізацію, виконано максимально органозберігаючий об'єм операції
67	Ожиріння III-IV. Цукровий діабет. ІХС, аритмія. Однокамерний кістозний утвір. Ознаки компресії нижньої порожнистої вени, больовий синдром.	90x70 мм	Правий	Трансабдомінальне аспіраційне лікування (через високе розташування не досягалась при трансвагінальному дослідженні)	Кіста спорожнилась на 80 %.
41	Багатокамерний утвір малого тазу з товстими перетинками розташований заочеревинно. Виконана діагностична трепан-біопсія.	80x60x70 мм	Лівий	Діагностична трепан-біопсія	Підтверджено продовжений ріст пухлини кишківника. Виключено гінекологічну патологію.

		Малюнок 1А Введення голки в порожнину кисті (стрілка).
		Малюнок 1С Пацієнтка 67 років. Трансабдомінальне обстеження. Супутня патологія: ожиріння III-IV. Цукровий діабет. ІХС, аритмія. Однокамерний кістозний утвір Ознаки компресії нижньої порожнистої вени, больовий синдром. Огляд через 2 місяці після втручання. Спорожнена киста. Відсутність рецидиву.
		Малюнок 2. Пацієнтка 41 рік. Багатокамерний утвір малого тазу з товстими перегородками розмірами 80х60х70 мм, розташований заочеревинно. Виконана діагностична трепан-біопсія Підтверджено продовжений ріст пухлини кишківника Виключено гінекологічну патологію.

Пункційне лікування ендометріюїдних кіст яєчників під контролем трансагінального ультразвукового дослідження у жінок з обтяженим гінекологічним анамнезом [18]

Ендометріоз є поширеною патологією жіночих статевих органів, яка вражає осіб репродуктивного віку, та поступається по частоті лише перед фіброміомою матки та запальними захворюваннями. У жінок, які мають скарги з боку репродуктивної системи ендометріоз зустрічається за різними даними від 15 до 50% [1,2].

Про застосування пункційного лікування ендометріюїдних кіст яєчників під контролем трансагінального УЗД повідомляється з 1977 року [3].

За даними різних авторів частота рецидиву ендометріюїдної кисті після аспіраційного лікування коливається від 15,4 до 53% [3,6]. Призначення гормональної терапії після пункції значно знижує рівень рецидиву [6].

Матеріали і методи.

У період 2004-2005 років у відділенні ультразвукової діагностики Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами було проведено пункційне лікування чотирьох пацієнток з ендометріюїдними кістами єдиного яєчника. Усі досліджувані - пацієнтки гінекологічного стаціонару репродуктивного віку - 29-34 роки (середній вік 32 роки), яким попередньо був видалений один яєчник, у єдиному яєчнику діагностовано ендометріюїдну кисту. Попередньо проведена медикаментозна (гормональна) терапія виявилась неефективною протягом 1 року, а ризик втрати єдиного яєчника при оперативному лікуванні був високим за рахунок злуквого процесу після перенесених операцій. Усім пацієнткам проведено обстеження у гінеколога, трансагінальне ультразвукове дослідження, весь комплекс загальноклінічних досліджень. Дані трансагінального ультразвукового дослідження були типовими для ендометріюїдних кіст. Розміри кіст становили від 35 до 45 мм в діаметрі. Підстав для підозри на малігнізацію кист яєчника за даними ультразвукового дослідження та клініки не було.

Результати дослідження.

Усі кісти були повністю спорожнені при пункції. Отримано від 30 до 40 мл густого геморагічного матеріалу. Аспірат був досліджений в гістологічній лабораторії, підтверджено діагноз ендометріозу без

ознак малігнізації в усіх випадках. Після пункції була призначена гормональна терапія. При контрольному ультразвуковому дослідженні через 3, 6 та 12 місяців після маніпуляції рецидиву не виявлено. Необхідності повторної пункції не було в жодній з пацієнток.

Висновок.

На основі отриманих даних можна стверджувати, що лікувальна пункція ендометріюїдних кіст під контролем трансвагінального УЗД в окремих випадках, при ретельному відборі пацієнтів та адекватному плануванні процедури, особливо при обтяженому гінекологічному анамнезі, може бути ефективним варіантом вибору лікування.



Література

1. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1991;6:544-549.
2. Koninckx PR. Biases in the endometriosis literature. Illustrated by 20 years of endometriosis research in Leuven. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;81:259-271.
3. Spyros Mesogitis, George Daskalakis, Athanasios Pilalis, Nikolaos Papantoniou, Nikolaos Thomakos, Nikolaos Dessipris, Panagiota Koutra, Aris Antsaklis Management of Ovarian Cysts with Aspiration and Methotrexate Injection *Radiology* 2005; 235:668-673.
4. Kathleen A. Scanlan, Pamela A. Propeck, Fred T. Lee, Jr, Invasive Procedures in the Female Pelvis: Value of Transabdominal, Endovaginal, and Endorectal US Guidance *RadioGraphics* 2001; 21:491-506.
5. Mary Jane O'Neill, Elizabeth A. Rafferty, Susanna I. Lee, Ronald S. Arellano, Debra A. Gervais, Peter F. Hahn, MD, Isabel C. Yoder, Peter R. Mueller Transvaginal Interventional Procedures: Aspiration, Biopsy, and Catheter Drainage *RadioGraphics* 2001; 21:657-672.
6. Troiano RN, Taylor KJ. Sonographically guided therapeutic aspiration of benign-appearing ovarian cysts and endometriomas. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 171:1601-1605.
7. Aboulghar, M.A., Mansour, R.T., Serour, G.I. and Rizk, B. (1991) Ultrasonic transvaginal aspiration of endometriotic cysts: an optional line of treatment in selected cases of endometriosis. *Hum. Reprod.*, 6, 1408-1410.
8. Higgins RV, Matkins JF, Marroum MC. Comparison of fine-needle aspiration cytologic findings of ovarian cysts with ovarian histologic findings. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:550-553.
9. Fox H. Malignant potential of benign ovarian cysts: the case "against." In: Sharp F, Mason WP, Leake RE, eds. *Ovarian cancer: biological and therapeutic challenges*. New York, NY: Norton, 1990; 185-186.
10. Bhan V, Amso N, Whitehead MI, Campbell S, Royston P, Collins WP. Characteristics of persistent ovarian masses in asymptomatic women. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:1384-1391.
11. Ganjei P, Dickinson B, Harrison T, Nassiri M, Lu Y. Aspiration cytology of neoplastic and non-neoplastic ovarian cysts: is it accurate? *Int J Gynecol Pathol.* 1996 Apr;15(2):94-101.
12. Dardoni D, Zaglio S, Favilli G. The role of sonographically guided aspiration in the clinical management of ovarian cysts. *J Ultrasound Med* 1993; 12:27-31.
13. Lee et al Transvaginal Aspiration and Drainage of Pelvic Abscesses *J Ultrasound Med* 21:731-738, 2002.
14. Kuligowska E, Keller E, Ferrucci J. Treatment of pelvic abscesses: value of one-step sonographically guided transrectal needle aspiration and lavage. *AJR Am J Roentgenol* 1995; 164:201-206.
15. Feld R, Eschelman DJ, Sagerman JE, Segal S, Hovsepian DM, Sullivan KL. Treatment of pelvic abscesses and other fluid collections: efficacy of transvaginal sonographically guided aspiration and drainage. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163:1141-1145.
16. FELD ET AL. TRANSVAGINAL SONOGRAPHY WITH PELVIC ABSCESES *AJA*:i63, November 1994.
17. Hovsepian DM et al. Transrectal versus Transvaginal Abscess Drainage: Survey of Patient Tolerance and Effect on Activities of Daily Living *Radiology.* 1999;212:159-163.
18. Мухомор О.І., Дегтярюк М.В., Бубнов Р.В. Аспирационное лечение эндометриозидных кист яичников под контролем трансвагинального ультразвукового исследования у женщин с отягощенным гинекологическим анамнезом // „Материалы Всероссийского конгресса лучевых диагностов”, 6-8 июня, Москва.