

© ПЕТРОВ И.А., ТИХОНОВСКАЯ О.А., ПЕТРОВА М.С., ЛОГВИНОВ С.В.
УДК 618.17:618.11-006.2:616.62-089.87

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

И.А. Петров, О.А. Тихоновская, М.С. Петрова, С.В. Логвинов
Сибирский государственный медицинский университет, Томск,
ректор – акад. РАМН В.В. Новицкий; каф. акушерства и гинекологии
СибГМУ, зав. – д.м.н., проф. И.Д. Евтушенко.

***Резюме.** Проведён сравнительный анализ показателей репродуктивного здоровья женщин с функциональными кистами яичников в зависимости от гистотипа кист и тактики лечения. Показано, что первичное бесплодие встречается преимущественно у женщин с фолликулярными кистами, воспалительные процессы генитального тракта и осложнённое клиническое течение кист – у пациенток с кистами жёлтого тела. Лапароскопическая цистэктомия увеличивает риск рецидива функциональных кист яичников в течение 6 месяцев после операции. Осложнённое течение функциональных кист яичников не является однозначным показанием к операции. Необоснованно удаление кист диаметром до 3,5 см, выявленных впервые во время операции, у женщин молодого репродуктивного возраста.*

***Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, функциональные кисты, лапароскопическая цистэктомия.*

Петров Илья Алексеевич – к.м.н., ассистент каф. акушерства и гинекологии СибГМУ; e-mail: obgyn@sibmail.com.

Тихоновская Ольга Анатольевна – д.м.н., проф. каф. акушерства и гинекологии СибГМУ; e-mail: S_Logvinov@mail.ru.

Петрова Марина Сергеевна – к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии СибГМУ; e-mail: obgyn@sibmail.com.

Клиническая значимость функциональных кист яичников (ФНК) обусловлена их высокой частотой у женщин молодого возраста [7, 9], нарушением репродуктивной функции [1], формированием осложненного и рецидивирующего клинического течения [7, 8].

Дискуссионными являются вопросы о необходимости активного медицинского вмешательства при впервые выявленных бессимптомных кистах, хирургического лечения при неосложнённом клиническом течении, выбора объёма операции и метода гемостаза. «Золотым» стандартом оперативного лечения кист является лапароскопическая цистэктомия с соблюдением принципа функциональной хирургии [4, 6]. Несмотря на органосохраняющий характер операции, истинное влияние хирургического лечения кист на репродуктивную функцию окончательно не установлено [3, 5].

Цель исследования: провести сравнительный анализ параметров репродуктивного здоровья женщин с кистами в зависимости от гистотипа и после лапароскопических цистэктомий.

Материалы и методы

Работа проведена в 2003-2007 гг. на кафедре акушерства и гинекологии Сибирского государственного медицинского университета (Томск). Критериями включения в исследование были: наличие ФНК; возраст 18-45 лет; информированное согласие; отсутствие истинных опухолей яичников. Критерии исключения: возраст менее 18 лет и более 45 лет; гиперпролактинемия; аменорея; гипотиреоз; онкозаболевания; миома матки больших размеров; тяжёлые формы генитального эндометриоза; объём операции, превышающий цистэктомию.

Проведён ретроспективный анализ историй болезни 120 женщин с ФНК. Основную группу (n=101) составили пациентки, которым была проведена

лапароскопическая цистэктомия. В основной группе сформированы подгруппы: основная 1 (n=81) – операция на яичнике проведена впервые и основная 2 (n=20) – количество операций две и более. Группу сравнения (n=19) составили женщины с ФНК, не имеющие операций на яичниках в анамнезе, которым не потребовалось хирургическое лечение кист яичников. В основной группе проведён сравнительный анализ клинико-лабораторных характеристик пациенток с ФНК в зависимости от гистотипа: А – пациентки с фолликулярными кистами (ФК), n=39; Б – с кистами жёлтого тела (КЖТ), n=38; В – сочетанием ФК и КЖТ, n=24. Диагноз устанавливался согласно международной классификации опухолей яичников ВОЗ, 1999 [2].

Для оценки эффективности лечения и анализа динамики показателей репродуктивной функции женщин, в зависимости от варианта терапевтической тактики при ФНК, был собран катанез у 54 женщин (35 пациенток основной группы и 19 женщин группы сравнения). Обследование проводилось в течение срока госпитализации и в динамике через 3 и 6 месяцев.

Диагностический алгоритм включал сбор жалоб, анамнеза, данных соматического и гинекологического статуса, лабораторно-инструментальных исследований: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма, бактериоскопия, ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ), гормональный статус.

Анализ результатов проводили с использованием статистического пакета SPSS® 17.0 (© SPSS Inc.). Сравнение признаков интервальной шкалы (количественные значения) в основной группе и группе сравнения проводили при помощи t-теста Стьюдента (нормальное распределение по одновыборочному тесту Колмогорова-Смирнова). При сравнении признаков номинальной шкалы (качественные значения) использовали двумерный анализ (таблицы сопряжённости и тест χ^2).

Результаты и обсуждение

Сравнительная клинико-лабораторная характеристика пациенток с ФНК яичников различного гистотипа показала, что средний возраст всех

обследуемых составил $26,7 \pm 0,6$ лет и не отличался во всех группах ($p=0,76$). Женщины молодого репродуктивного возраста (18-35 лет) составили 85% обследованных.

Ранее перенесённые воспалительные заболевания придатков матки отмечали 35 (29%) женщин. При КЖТ их частота оказывалась выше на 20%, чем при ФК, однако различия недостоверны ($\chi^2=2,2$; $p=0,14$).

Пациентки были госпитализированы в гинекологическую клинику в порядке плановой (61%), либо экстренной (39%) помощи.

Основными жалобами при поступлении в стационар являлись бесплодие, боли и нарушения менструального цикла.

Болевой синдром встречался у 66 (65%) пациенток, достоверно чаще у пациенток с КЖТ. В 45 (45%) случаях боль носила острый характер.

Жалобы на нарушение менструального цикла предъявляли женщины всех групп. Олигоменорея, мено- и метроррагии имели место у 32 (32%) наблюдаемых пациенток, дисменорея – 42 (42%) женщин. При ФК нарушения менструального цикла выявлялись у 49 (49%) женщин, при КЖТ – встречались в 2 раза реже.

Бесплодие было выявлено у 49 (49%) пациенток. Первичное бесплодие встречалось достоверно чаще при ФК, чем при КЖТ ($p=0,04$).

Изучение гормонального статуса при различных гистотипах кист установило, что средние концентрации базального уровня гонадотропинов, эстрадиола в изучаемых группах не выходили за пределы референтных значений. Содержание ингибина В у пациенток всех групп оказывалось сниженным (референтные значения – 118-135 нг/мл). Имела место тенденция к большему снижению ингибина В после оперативного лечения КЖТ.

Диаметр ФнК при УЗИ ОМТ составил 26-80 мм ($44,8 \pm 1,6$ мм). Средний диаметр ФК ($46,1 \pm 3,3$ мм) оказывался достоверно выше диаметра КЖТ ($38,0 \pm 2,3$ мм; $p=0,05$). Кисты небольших размеров (диаметром менее 35 мм при эхоскопии) на 18% чаще встречались у пациенток с бесплодием, чем у женщин, не имеющих нарушений репродуктивной функции ($\chi^2=4,1$; $p=0,04$).

Показания к операции включали симптомы осложнённого течения, требующие экстренного хирургического вмешательства (36%); персистенцию кисты или уменьшение её размеров менее, чем в 2 раза в течение 2-3 месяцев (13%); размер образования более 6-8 см (8%); сочетание кисты с бесплодием и другой патологией, требующей оперативного лечения (43%).

ФК при эндоскопической визуализации определялись в виде округлых, тонкостенных, эластической консистенции образований диаметром 3-10 см ($4,7 \pm 0,3$ см), с однородным прозрачным содержимым. КЖТ – толстостенные образования диаметром 3-8 см ($4,1 \pm 0,3$ см; $p=0,1$), со складчатой внутренней поверхностью и геморрагическим содержимым. В 42 (42%) случаях имело место кровоизлияние в просвет кисты, достоверно чаще в подгруппах Б (КЖТ) и В (КЖТ+ФК) ($\chi^2=31,2$; $p<0,001$ и $\chi^2=12,6$; $p<0,001$ соответственно).

Сопутствующая гинекологическая патология при лапароскопии была выявлена у 85 (71%) пациенток. Спаечный процесс диагностирован у 43 (51%), сальпингит – 35 (41%), миома матки – 17 (20%) и эндометриоз – 19 (23%). Частота спаечного процесса у женщин с КЖТ по сравнению с таковой при ФК выше на 9%, сальпингита на 17%.

Женщинам с бесплодием при лапароскопии была проведена хромогидротубация и выполнена гистероскопия, биопсия эндометрия. Полная облитерация маточных труб имела место у каждой пятой (20%) женщины.

Морфологическое состояние эндометрия соответствовало фазе менструального цикла только у 60% пациенток. Доброкачественная эндометриальная гиперплазия установлена у каждой третьей женщины с бесплодием (32%), воспалительный процесс – у каждой десятой (10%).

Всем пациенткам проводилась цистэктомия. Дополнительными объёмами операции являлись: адгезиолизис (37%), коагуляция эндометриоидных гетеротопий (16%), миомэктомия (15%).

Осложнённое клиническое течение ФНК установлено у каждой второй пациентки (47%), более часто в группе женщин с КЖТ ($\chi^2=3,0$; $p=0,09$).

При гистологическом изучении биопсийного материала выявлено, что ФК характеризовались почти полной деструкцией гранулёзы. Фолликулярный эпителий оказывался слущенным в просвет. ФК были выстланы 1-3 слоями плоских клеток, окружённых гормон-продуцирующими клетками внутренней теки или подверженными железистому метаморфозу клетками гранулёзы. Снаружи от них располагалась плотная соединительная ткань. Стенка КЖТ образована крупными лютеоцитами и клетками фибробластического ряда. Толщина стенки КЖТ больше фолликулярной за счет разрастания соединительной ткани. Часто имело место кровоизлияние в капсулу КЖТ. В мозговом и корковом веществе яичников наблюдались выраженные гемодинамические расстройства – расширение и полнокровие капилляров и вен, периваскулярный отёк, в части сосудов стаз и сладж форменных элементов крови, пристеночное расположение лейкоцитов.

Морфоколичественное исследование яичников женщин показало, что полная деструкция гранулёзы в кистах наблюдалась у 30 пациенток (77%) с ФК и у 17 (71%) женщин при сочетании ФК и КЖТ. Гормонопродуцирующие клетки внутренней теки, как правило, составляли 5-6 слоёв (80%).

Сравнительная клиничко-лабораторная характеристика пациенток с функциональными кистами яичников после лапароскопических операций и пациенток без оперативного лечения кист выявила, что средний возраст пациенток проспективного исследования составил $25,1 \pm 0,8$ лет и достоверно не зависел от варианта лечения ($p=0,06$).

Основными показаниями для госпитализации были бесплодие и болевой синдром. Бесплодие встречалось в 5 раз чаще в основной группе, чем в группе сравнения ($\chi^2=3,4$; $p=0,07$). Болевой синдром превалировал в группе сравнения ($\chi^2=2,0$; $p=0,16$). Установлено, что 68% женщин группы сравнения и только 37% основной были госпитализированы в экстренном порядке ($\chi^2=4,8$; $p=0,03$).

Сопутствующая соматическая патология выявлена у 54% женщин основной группы и у 42% пациенток группы сравнения ($\chi^2=0,7$; $p=0,39$). Ранее перенесённые воспалительные заболевания придатков матки отмечали более

половины женщин основной группы (51%) и только четверть пациенток группы сравнения (26%) ($\chi^2=3,2$; $p=0,08$).

Анализ менструальной функции показал, что по возрасту наступления менархе ($p=0,73$) и продолжительности менструаций ($p=0,10$) группы были идентичны. Продолжительность менструального цикла у женщин группы сравнения оказалась достоверно больше ($p=0,04$).

При поступлении пациентки предъявляли жалобы на боль (75%), бесплодие (43%) и нарушения менструального цикла (52%). Острая боль чаще отмечалась у женщин группы сравнения ($\chi^2=3,2$; $p=0,07$), бесплодие – пациенток основной группы ($\chi^2=0,8$; $p=0,37$). В структуре нарушений менструального цикла одинаково часто встречались дисменорея ($\chi^2=0,4$; $p=0,53$), метроррагия ($\chi^2=0,2$; $p=0,66$) и меноррагия ($\chi^2=1,1$; $p=0,29$).

По данным УЗИ ОМТ, средние диаметры образования составили $41,0\pm 2,0$ мм и $48,0\pm 3,0$ мм в основной и группе сравнения, соответственно ($p=0,08$). Свободная жидкость в полости малого таза имела место у 46% женщин обеих групп.

Показания для оперативного лечения в группе женщин проспективного исследования были аналогичны таковым у пациенток группы ретроспективного исследования. ФНК, выявленные при лапароскопии, сопровождались кровоизлиянием в просвет в 46% случаев. Среди сопутствующей патологии выявлены спаечный процесс (37%), сальпингит (51%), эндометриоз (20%), миома матки (9%), пареооариальные кисты (6%). Кроме цистэктомии проводились адгезиолизис (34%), коагуляция очагов эндометриоза (20%), миомэктомия (9%), пареооариоцистэктомия (6%). При гистологическом исследовании биоптатов эндометрия пациенток основной группы с бесплодием установлены гиперпластические процессы (26%), хронический эндометрит (11%). Проподимость маточных труб была сохранена у 79% пациенток.

При УЗИ ОМТ на 5-е сутки после операции установлено увеличение оперированного яичника в размерах, снижение эхогенности ткани, а также наличие свободной жидкости в позадматочном углублении до 30 мл у 8 (23%)

женщин. Кистозные образования яичников в основной группе не превышали 28 мм. В группе сравнения при УЗИ ОМТ выявлено наличие кист у 3 (16%) пациенток. Размер овариальных образований был не более 30 мм, и, в целом, уменьшался в 2 раза по сравнению с таковым при поступлении в стационар.

Гормональный статус женщин с ФНК представлен в табл. 1. В основной группе среднее содержание эстрадиола не изменяется, однако при наличии двух и более консервативных операций на яичниках по поводу ФНК его концентрация выше почти на 40% по сравнению с таковым в группе сравнения. Концентрация тестостерона после одной цистэктомии меньше на 24%, 2-х и более операций – на 34% при сопоставлении с таковым в группе сравнения. Концентрация ингибина В в группе оперативного лечения ниже, имеет место тенденция к его уменьшению с увеличением количества цистэктомий. При этом даже после однократно выполненной операции среднее содержание ингибина В ниже референтных значений.

Через 3 и 6 месяцев повторный осмотр и проведение УЗИ ОМТ выявили наличие кисты яичника (рецидив) у 5 (14%) пациенток основной группы и 1 (5%) женщины группы сравнения, истинная частота рецидивов составила 29% и 12,5%, соответственно.

Анализ менструальной функции через 3 и 6 месяцев обнаружил нарушения менструального цикла в виде дисменореи и метроррагии у 6 (17%) пациенток основной группы и 4 (21%) женщин группы сравнения ($\chi^2=0,1$; $p=0,72$).

Оценка репродуктивной функции через 6 месяцев показала наступление желанной беременности у 5 (14%) женщин основной группы и 3 (16%) пациенток группы сравнения ($\chi^2<0,1$; $p=0,88$).

Таким образом, проявления клинических симптомов функциональных кист яичников зависят от их гистотипа. Пациентки с фолликулярными кистами чаще имеют нарушение репродуктивной функции (первичное бесплодие), женщины с кистами жёлтого тела – воспалительные процессы генитального тракта. Кисты жёлтого тела чаще сопровождаются осложнённым клиническим течением. Лапароскопическая цистэктомия увеличивает риск рецидива

функциональных кист яичников в течение 6 месяцев после операции. Однократно выполненная цистэктомия значимо не влияет на менструальную, репродуктивную и гормональную функции. Осложнённое течение функциональных кист яичников не является однозначным показанием к операции. Необоснованно удаление кист диаметром до 3,5 см, выявленных во время операции впервые у женщин молодого репродуктивного возраста. С целью повышения эффективности клинической диагностики состояния овариально-менструального цикла при функциональных кистах рекомендовано исследовать концентрацию ингибина В в крови на 2-3-й день менструальноподобной реакции после лапароскопической цистэктомии.

REPRODUCTIVE HEALTH OF THE WOMEN WITH OVARIAN CYSTS

I.A. Petrov, O.A. Tikhonovskaya, M.S. Petrova, S.V. Logvinov

Siberian State Medical University, Tomsk

Abstract. We analyzed indexes of reproductive health in women with functional ovarian cysts of different histotypes and treatment approaches. It was shown that primary infertility appears in women with follicular cysts. Inflammation of genital tract and complicated clinical course were often found out in the patients with yellow body cysts. Laparoscopic cystectomy increased risk of functional cyst relapse during 6 month. Complicated course of functional cysts is not an indicator for a surgery. Removal of the cyst less then 3,5 sm in diameter which were first revealed during the operation in young women is not justified.

Key words: reproductive health, functional cysts, laparoscopic cystectomy.

Литература

1. Гатаулина Р.Г. Состояние репродуктивной системы у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 45 с.
2. Карселадзе, А.И. Клинико-морфологическая диагностика опухолей яичников // Архив патологии. – 2005. – Приложение С. 1-64.

3. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. – М.: Триада-Х, 2005. – 256 с.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Оперативная гинекология – хирургические энергии : руководство. – М.: Медицина, 2000. – 860 с.
5. Николаева И.Н. Новые подходы к диагностике и лечению ретенционных кист яичников и возможности восстановления репродуктивной функции : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Благовещенск, 2006. – 23 с.
6. Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – 174 с.
7. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада-Х. – 1999. – 149 с.
8. Тер-Овакимян А.Э. Современная концепция оказания помощи больным при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичников: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2007. – 44 с.
9. Raiga, J., Djafer R. , Benoit B. Management of ovarian cysts // J. Chir. (Paris). – 2006. – Vol. 143, № 5. – P. 278-284.