

© ФОМИНА М.П., ДИВАКОВА Т.С., 2003

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ

ФОМИНА М.П., ДИВАКОВА Т.С.

*Витебский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии*

Резюме. Целью работы явилась разработка реабилитационных мероприятий по восстановлению эндокринной системы у больных раннего репродуктивного возраста с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников после лапароскопических вмешательств на гонадах. Состояние эндокринной системы исследовали в течение 12 месяцев после лапароскопического удаления доброкачественных опухолей (серозные и муцинозные цистаденомы, зрелые кистозные тератомы) и опухолевидных образований (эндометриозные кисты) яичников у 35 больных, которые получали поэтапную медикаментозную терапию, у 23 больных без последующей медикаментозной реабилитации. Схемы поэтапной медикаментозной коррекции в зависимости от вида объёмных образований яичников включали комбинированные оральные контрацептивы, гестагены, L-тироксин, калия йодид, фитопрепараты (мастодинон, гелариум). Радиоиммунологическим методом определяли содержание фолликулостимулирующего, лютеинизирующего и тиреотропного гормонов, пролактина, гормонов щитовидной железы, тиреоглобулина, тироксинсвязывающего глобулина, кортизола, эстрадиола, эстриола, прогестерона, тестостерона в I и II фазы менструального цикла. Результаты работы показали, что дисфункция эндокринной системы при объёмных образованиях яичников у больных раннего репродуктивного возраста сохраняется после лапароскопических вмешательств на гонадах, обуславливая высокий риск рецидива опухоли и прогрессирования эндокринопатий. Последующая медикаментозная коррекция нарушений эндокринной системы у таких больных позволяет восстановить гормональный гомеостаз и репродуктивную функцию.

Ключевые слова: яичники, опухоль, опухолевидное образование, лапароскопия, эндокринная система.

Abstract. The aim of the study was to work out a rehabilitation complex for the restoration of the endocrine system in patients of young childbearing age with benign tumors and tumor-like neoplasms after laparoscopic interventions on gonads. The endocrine system was evaluated during 12 months after laparoscopic removal of benign tumors (serous and mucinous cystadenomas, mature cystic teratomas) and tumor-like neoplasms (cystic endometriosis) of ovaries in 35 patients who had received step-by-step drug therapy and in 23 patients without subsequent drug rehabilitation. Depending on the character of ovarian masses the drug correction scheme included oral contraceptives, gestagens, L-tyroxine, potassium iodine, vegetable drugs (mastodynion, helarium). Follicle-stimulating, luteinizing and thyrotropic hormones, prolactin, thyroid hormones, thyroglobulin, thyroxine binding globulin, cortisol, estradiol, estriol, progesterone, testosterone were measured by radioimmunoassay during the I and II phases of menstrual cycle. The observation has shown that the dysfunction of the endocrine system in patients of young childbearing age with ovarian masses is preserved after laparoscopic interventions on gonads, causing the high risk of tumor recurrences and pathocrinia advance. Subsequent drug correction of the endocrine system disturbances in such patients enables the restoration of hormonal homeostasis and the reproductive function.

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников занимают одно из ведущих мест в структуре патологических состояний, по поводу которых выполняются эндоскопические вмешательства. Наиболее ча-

сто такая патология развивается в раннем репродуктивном возрасте, когда генеративная функция ещё не реализована, неустойчивы взаимоотношения между высшей, вегетативной нервной и эндокринной системами [1]. Общеизвестно, что оптимальным методом лечения таких больных является лапароскопическое удаление доброкачественных опухолей и опу-

Адрес для корреспонденции: 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии - Фомина М.П.

холевидных образований при сохранении здоровой ткани яичников [2, 6, 10]. Нечаевой И.Д. отмечено, что фон, на котором возникали доброкачественные опухоли яичников, сохранялся ещё длительное время после операции и способствовал развитию рецидивов опухолей в оставленных яичниках или их фрагментах [7]. Произведённые операции по поводу объёмных образований яичников в действительности лишь ослабляют, но не устраняют их течение, усугубляют скрытые негативные изменения в репродуктивной системе [4]. В зависимости от длительности и степени воздействия повреждающего фактора в яичнике развиваются ферментные и морфологические нарушения (клеточная инфильтрация, склерозирование, реактивный фиброз, рубцевание), в результате чего снижается их гормональная функция на фоне гипергонадотропной активности гипофиза [5]. Вышеизложенное препятствует восстановлению физиологического менструального цикла, готовности организма к зачатию и вынашиванию последующей беременности [8]. В настоящее время отсутствует стройная система реабилитации больных с учётом использования современных лекарственных препаратов, основной целью которой являлось бы восстановление генеративной функции, профилактика эндокринопатий и рецидива опухолей.

Целью работы явилась разработка реабилитационных мероприятий по восстановлению эндокринной системы у больных раннего репродуктивного возраста с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников после лапароскопических вмешательств на гонадах.

Методы

Состояние эндокринной системы исследовали у 58 больных в возрасте от 15 до 27 лет в течение 12 месяцев после лапароскопического удаления доброкачественных опухолей (серозные и муцинозные цистаденомы, дермоидные кисты) и опухолевидных образований (эндометриодные кисты) яичников. Согласно гистологической классификации [9] среди удалённых тканей у 19 пациенток были верифицированы серозные цистаденомы, у 8 – муци-

нозные цистаденомы, у 16 – дермоидные кисты, у 15 – эндометриодные кисты. Проводили анкетирование больных в соответствии с разработанной нами балльной шкалой оценки качества жизни, позволяющее оценить физическую активность, психическое состояние, социальное, ролевое и сексуальное функционирование, субъективное состояние здоровья. Состояние эндокринной системы оценивали на основании данных общеклинического обследования, сонографии органов малого таза, щитовидной железы, надпочечников, цветового доплеровского картирования матки и яичников, уровня гормонов крови (фолликулостимулирующий – ФСГ, лютеинизирующий – ЛГ, пролактин – ПРЛ, тиреотропный – ТТГ, тироксина – Т4, трийодтиронин – Т3, тиреоглобулин – ТГ, тироксинсвязывающий глобулин – ТСГ, кортизол – К, эстрадиол – Е2, эстриол – Е3, прогестерон – П, тестостерон – Т) на 5–7-й и 21–24-й дни менструального цикла, применяя радиоиммунологический метод и стандартные наборы реактивов «Хозрасчётного опытного производства ИБОХ НАН РБ».

Всех пациенток после выполнения хирургической лапароскопии разделили на 2 группы. В основную группу (I) вошло 35 больных, которым назначали поэтапную медикаментозную терапию по разработанной нами схеме (рис. 1). Группу сравнения (II) составили 23 пациентки после эндоскопического удаления доброкачественных объёмных образований яичников без последующей медикаментозной реабилитации. Обе группы были сопоставимы по возрасту и виду объёмных образований яичников. Контрольную группу (III) составили 13 практически здоровых женщин в возрасте 19 – 25 лет. Обработка данных проведена на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ «Statistica» на основе методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Ранее нами было установлено [3], что общим для всех больных до операции были следующие нарушения: высокие показатели ($P < 0,05$) ЛГ в I фазу цикла, ФСГ, ПРЛ, ТТГ, ТГ, ТСГ, К, Т, коэффициентов Е2/П, ЛГ/П, снижение П во II фазу цикла, Т3, коэффициентов ЛГ/



Рис. 1. Схема восстановления эндокринной системы у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников после лапароскопических операций.

ФСГ, Т4/ТСГ. Специфичным для серозных и муцинозных цистаденом являлось снижение концентрации E2 в обе фазы менструального цикла. Лишь при эндометриоидных кистах синтез E2 оказался высоким ($P < 0,05$).

Учитывая результаты наших исследований (сохранение длительное время после операции нарушений в профиле гормонов, при котором возникли опухоли и опухолевидные образования яичников; усугубление скрытых негативных изменений в репродуктивной системе) разработан метод коррекции эндокринной системы после эндоскопических вмешательств на яичниках (рис. 1), который был апробирован в I группе пациенток. С учётом различий у больных степени нарушений гормонального профиля от формы патологии яичников дифференцированно подходили к виду, этапности и длительности медикаментозной коррекции. В качестве терапии первого этапа при доброкачественных опухолях яичников для подавления циклического синтеза гонадотропных гормонов, профилактики рецидива гормонзависимых пролиферативных процессов в органах-мишенях назначали низкодозированные монофазные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с выраженным гестагенным эффектом (при серозных и муцинозных цистаденомах – силест, марвелон, мерсилон, микрогинон, ригевидон, регулон) или с антиандрогенным эффектом

для подавления выраженной гиперандрогении и эффектов андрогенов в органах-мишенях (при дермоидных кистах – диане-35) на 6 месяцев. При эндометриоидных кистах яичников, когда имели место максимальные нарушения профиля гипофизарных гормонов и гормонов периферических эндокринных желёз, назначали гестаген пролонгированного действия (депо-провера) на 6 месяцев по схеме, позволяющей достигнуть состояния медикаментозной аменореи. Одновременно во всех случаях назначали L-тироксин 6 месяцев (для подавления секреции ТТГ), калия йодид 6 месяцев (для нормализации синтеза гормонов щитовидной железы) и курсами по 3 недели гелариум (фитопрепарат – ингибитор фермента моноаминоксидазы, инактивирующей норадреналин, дофамин, серотонин центральной нервной системы). Гелариум в сочетании с КОК или гестагеном пролонгированного действия усиливал нормализующий эффект на синтез нейромедиаторов центральной нервной системы, рилизинг-гормонов гипоталамуса, АКТГ и пролактина, что в свою очередь способствовало снижению синтеза кортизола надпочечниками.

На втором этапе (рис. 1) для восстановления циклического выброса гонадотропных гормонов и окончательной нормализации функции периферических эндокринных желёз назначали в циклическом режиме на 3–6 месяцев

аналог природного прогестерона – дюфастон. После прекращения приёма КОК или пролонгированного гестагена самопроизвольно повышался синтез в яичниках собственных эстрогенов, который мы сопровождали назначением дюфастона лишь во II фазе цикла. По принципу механизма положительной обратной связи оба гормона способствовали восстановлению нормальной секреции рилизинг-гормона гипоталамуса и циклического синтеза гипофизарных гормонов. В результате блокировались условия для длительной секреции и повышения концентрации ЛГ, ФСГ, развития рецидива объёмных образований, поликистоза яичников, гиперандрогении, недостаточной секреторной трансформации эндометрия. Параллельно для повышения эффекта нормализации синтеза гормонов щитовидной железы продолжали назначать калия йодид в течение 3–6 месяцев. Для закрепления циклической секреции гонадотропных гормонов и профилактики возврата гиперпролактинемии, имевшей место до лапароскопического вмешательства, при доброкачественных опухолях и эндометриоидных кистах назначали мастодинон (фитопрепарат с допаминергическим действием на уровне центральной нервной системы) в течение 3–6 месяцев.

Результаты исследования показали, что в I группе согласно данным анкетирования во всех случаях отсутствовали какие-либо жалобы, тогда как во II – 7 (30,43%) пациенток отмечали чувство тревоги за здоровье и неудовлетворённость лечением, 10 (43,48%) – выраженную степень хронического утомления, 8 (34,78%) – повышенную нервную возбудимость, 9 (39,13%) – снижение тонуса позитивных эмоций, 5 (21,74%) – депрессивные переживания, 5 (21,74%) – нарушения в сексуальной сфере (диспареуния, снижение либидо, чувство сексуальной неудовлетворённости).

В I группе на прибавку в весе (4–7 кг) указали 3 (8,57%) пациентки, во II – 3 (13,04%). Циклическая мастодиния имела место у 1 (2,86%) в I группе, тогда как во II – у 7 (30,43%) женщин. Укорочение менструального цикла отмечали 2 (5,71%) женщины из I группы и 3 (13,04%) – из II, удлинение – 1 (2,86%) и 2 (8,70%) соответственно. Через 12 месяцев после операции регулярный менструальный цикл установился у всех женщин I группы, тогда как

во II группе 5 (21,74%) пациенток предъявляли жалобы на нерегулярные менструации. Альгодисменорея сохранялась у 1 (2,86%) пациентки из I группы, у 6 (26,09%) женщин из II. В 5 (21,74%) случаях пациентки из II группы указывали на боли внизу живота в перiovуляторный период. В I группе таких жалоб не было.

По данным сонографии, в обеих группах не было выявлено патологии щитовидной железы и надпочечников. Имели место ультразвуковые признаки кистозного изменения яичников с увеличением их размеров у 1 (2,86%) пациентки из I группы и 5 (21,74%) – из II, односторонние ретенционные образования в яичниках у 1 (2,86%) и 3 (13,04%), недостаточная толщина эндометрия у 1 (2,86%) и 8 (34,78%) соответственно. Рецидив серозной цистаденомы имел место только у 1 (4,35%) пациентки из II группы. В I группе кровоток в маточной артерии на 21–24-й день менструального цикла характеризовался нормальной резистентностью (индекс резистентности $0,65 \pm 0,03$). Во II группе у 2 (8,70%) пациенток после удаления серозной цистаденомы и эндометриоидной кисты по данным доплерометрии зарегистрирован високорезистентный кровоток ($0,73$ и $0,70$, соответственно).

При исследовании профиля гормонов через 12 месяцев после операции выявлено, что в I группе лишь в 2 (5,71%) случаях отмечены изменения (табл. 1), тогда как во II группе – в 15 (65,22%) (табл. 2). Не выявлено повышения уровня ТГ (признак йодной недостаточности) у пациенток I группы (табл. 1). Во II же группе 13 (56,52%) страдали лёгкой степенью, 2 (8,70%) – средней степенью йодной недостаточности (табл. 2). В I группе у 1 пациентки была констатирована лёгкая степень гипофункции щитовидной железы (снижение Т4 и Т3, повышение ТТГ; $55,0$ и $1,0$ нмоль/л, $5,5$ мМЕ/л, соответственно), у 1 – недостаточность лютеиновой фазы цикла (высокие уровни ЛГ и ПРЛ, низкий – П; $15,1$ МЕ/л, $510,24$ мМЕ/л, $1,1$ нмоль/л, соответственно). Во II группе (табл. 2) лёгкая гипофункция щитовидной железы имела место у 6 (26,09%), гиперпролактинемия – у 8 (34,78%), недостаточность лютеиновой фазы цикла – у 14 (60,87%), ановуляция и гиперандрогения – у 11 (47,83%). У всех пациенток I группы уровень ФСГ соответствовал значениям нормы (табл. 1).

Таблица 1

Гормональный профиль крови у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников основной группы (I группа)

Гормон	Серозные цистаденомы, n = 12		Муцинозные цистаденомы, n = 4		Дермоидные кисты, n = 10		Эндометриоидные кисты, n = 9		Здоровые, n = 13	
	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза
ФСГ, МЕ/л	3,01±1,51	7,50±2,46	4,86±0,19	5,23±0,51	3,52±0,36	4,0±1,37	5,37±1,22	7,50±1,99	4,16±0,53	5,18±0,31
ЛГ, МЕ/л	3,10±0,99	6,34±1,25	6,0±2,20	8,14±2,02	5,24±1,29	7,20±1,58	4,27±0,30	10,30±2,07	4,11±0,52	9,54±1,52
ЛГ/ФСГ	1,02±0,23	0,84±0,67	1,23±0,42	1,56±0,25	1,49±0,24	1,80±0,31	0,80±0,41	1,47±0,29	0,99±0,06	1,84±0,26
ПРЛ, мМЕ/л	282,50±24,80	347,91±47,92	296,70±78,10	329,90±49,37	304,81±37,31	408,33±83,33	439,90±89,30	392,40±27,29	247,20±68,64	312,48±72,72
ТТГ, мМЕ/л	1,55±0,16	1,32±0,17	1,50±0,10	1,90±0,23	2,0±0,30	1,80±0,56	1,74±0,19	1,82±0,23	1,32±0,07	1,63±0,09
Т4, нмоль/л	101,60±13,28	118,11±24,50	98,64±20,35	106,49±19,11	131,10±16,89	127,39±10,89	105,20±18,23	124,67±11,67	106,10±5,02	104,71±5,92
Т3, нмоль/л	2,38±0,17	2,50±0,21	2,30±0,51	2,64±0,43	2,27±0,14	2,65±0,73	2,17±0,32	2,15±0,84	2,48±0,10	2,40±0,52
ТГ, нг/мл	9,07±2,31	7,03±3,19	12,39±2,43	11,70±5,49	15,18±7,38	8,79±4,96	13,89±3,11	9,09±2,58	12,29±1,99	12,17±0,84
ТСГ, нмоль/л	274,0±50,41	208,0±71,82	309,21±63,26	337,0±81,93	291,0±89,23	412,11±103,90	234,0±46,07	298,29±48,34	273,40±9,80	262,40±39,60
Т4/ТСГ	0,37±0,06	0,56±0,16	0,31±0,10	0,32±0,20	0,45±0,08	0,31±0,09	0,45±0,06	0,42±0,05	0,39±0,01	0,40±0,02
К, нмоль/л	286,20±34,63	306,10±27,05	205,58±16,39	269,52±30,78	334,08±51,99	317,29±30,62	411,10±102,44	289,49±29,85	218,75±17,61	281,0±20,42
Е2, нмоль/л	0,21±0,05	0,54±0,03	0,19±0,06	0,60±0,06	0,22±0,01	0,70±0,21	0,32±0,06	0,57±0,05	0,23±0,04	0,53±0,11
Е3, нмоль/л	0,23±0,05	0,56±0,05	0	0,69±0,02	0	0,93±0,17	0	0,80±0,24	0,28±0,001	0,61±0,03
П, нмоль/л	2,43±0,42	28,60±5,42	2,15±0,54	19,90±7,12	2,11±0,41	20,54±6,37	2,23±0,57	22,70±4,79	2,61±0,26	37,42±4,29
Е2/П	0,09±0,01	0,02±0,01	0,09±0,01	0,03±0,01	0,10±0,01	0,03±0,01	0,14±0,07	0,03±0,01	0,09±0,001	0,014±0,001
ЛГ/П	1,28±0,22	0,22±0,04	2,79±1,03	0,41±0,17	2,48±0,98	0,35±0,10	1,91±0,54	0,45±0,18	1,57±0,05	0,25±0,02
Т, нмоль/л	1,92±0,42	1,35±0,61	1,42±0,70	1,73±0,91	2,20±0,41	2,01±0,11	1,20±0,49	1,55±0,18	1,82±0,36	1,94±0,51

Примечание: * - P ≤ 0,05 в сравнении с группой здоровых соответствующей фазы менструального цикла.

Таблица 2

Гормональный профиль крови у больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников группы сравнения (II группа)

Гормон	Серозные цистаденомы, n = 7		Муцинозные цистаденомы, n = 4		Дермоидные кисты, n = 6		Эндометриоидные кисты, n = 6		Здоровые, n = 13	
	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза	I фаза	II фаза
ФСГ, МЕ/л	8,50±1,46*	13,95±2,88*	8,10±1,05*	10,20±1,12*	9,0±1,62*	3,60±0,32*	20,70±3,46*	14,40±1,49*	4,16±0,53	5,18±0,31
ЛГ, МЕ/л	7,70±0,99*	7,05±0,75	8,0±0,81*	6,0±2,20	5,10±1,52	7,60±0,52	7,30±0,79*	12,10±0,96	4,11±0,52	9,54±1,52
ЛГ/ФСГ	0,91±0,13	0,51±0,37*	0,99±0,02	0,59±0,05*	1,14±0,04*	2,11±0,34	0,35±0,15*	0,84±0,02*	0,99±0,06	1,84±0,26
ПРЛ, мМЕ/л	151,20±14,64*	158,40±42,0*	141,60±16,64*	146,40±34,34*	134,40±32,16*	193,20±94,48	206,40±37,92	124,0±20,12*	247,20±68,64	312,48±72,72
ТТГ, мМЕ/л	2,40±0,36*	3,27±0,55*	3,11±0,40*	3,53±0,42*	3,08±0,63*	3,40±0,51*	4,0±0,65*	4,05±0,66*	1,32±0,07	1,63±0,09
Т4, нмоль/л	73,30±16,04	98,25±14,50	80,60±18,85	96,03±12,16	103,19±2,35	97,27±2,91	65,60±7,58*	94,45±0,22	106,10±5,02	104,71±5,92
Т3, нмоль/л	1,40±0,35*	1,50±0,21*	1,53±0,18*	1,33±0,10*	1,41±0,24*	1,70±0,11*	1,47±0,11*	1,35±0,14*	2,48±0,10	2,40±0,52
ТГ, нг/мл	17,90±1,62*	9,10±3,19	15,53±7,93	10,67±1,49	11,12±1,54	10,37±1,90	14,17±2,22	7,45±0,75*	12,29±1,99	12,17±0,84
ТСГ, нмоль/л	384,0±40,01*	528,0±81,8*	479,80±55,20*	487,0±51,03*	641,0±79,20*	641,40±118,60*	614,0±76,0*	362,0±18,92*	273,40±9,80	262,40±39,60
Т4/ТСГ	0,19±0,06*	0,19±0,06*	0,17±0,05*	0,20±0,04*	0,16±0,06*	0,15±0,07*	0,11±0,08*	0,26±0,04*	0,39±0,01	0,40±0,02
К, нмоль/л	300,25±16,17*	373,40±24,45*	355,17±26,34*	369,07±40,40	254,93±41,34	263,78±34,17	416,60±52,59*	279,20±17,27	218,75±17,61	281,0±20,42
Е2, нмоль/л	0,40±0,06*	0,36±0,01*	0,49±0,06*	0,43±0,02	0,23±0,04	0,58±0,11	0,50±0,07*	0,55±0,04	0,23±0,04	0,53±0,11
Е3, нмоль/л	0	0	0	0	0	0,93±0,10*	0	0	0,28±0,001	0,61±0,03
П, нмоль/л	3,95±0,38*	16,01±5,41*	3,18±1,60	13,40±3,27*	3,28±1,30	6,20±1,09*	0,35±0,12*	0,80±0,22*	2,61±0,26	37,42±4,29
Е2/П	0,10±0,01	0,02±0,012*	0,15±0,009*	0,03±0,003*	0,07±0,01	0,09±0,01*	1,43±0,27*	0,69±0,18*	0,09±0,001	0,014±0,001
ЛГ/П	1,95±0,12*	0,44±0,06*	2,52±0,21*	0,45±0,04*	1,55±0,38	1,23±0,34*	20,86±5,64*	15,13±5,24*	1,57±0,05	0,25±0,02
Т, нмоль/л	4,15±0,79*	4,07±0,69*	4,25±0,56*	4,31±0,50*	3,12±0,31*	5,15±1,11*	2,50±0,18*	1,95±0,22	1,82±0,36	1,94±0,51

Примечание: * - P ≤ 0,05 в сравнении с группой здоровых соответствующей фазы менструального цикла.

У 13 (56,52%) пациенток во II группе концентрация ФСГ оставалась высокой (табл. 2).

Побочные реакции при использовании медикаментозных препаратов в I группе отмечены только у 2 (5,71%) пациенток. У одной на фоне введения депо-провера имело место снижение настроения, головные боли и патологическая прибавка в весе на 7 кг. Уменьшение кратности введения гестагена привело к улучшению её самочувствия. Во втором случае после последнего введения депо-провера через 4 недели отмечено внеочередное маточное кровотечение. Нормализация состояния достигнута путём инструментального выскабливания матки и назначения низкодозированных КОК на 2 месяца.

Выводы

1. Дисфункция эндокринной системы при объёмных образованиях яичников у пациенток раннего репродуктивного возраста сохраняется после лапароскопических вмешательств на гонадах, обуславливая высокий риск рецидива опухоли и прогрессирования эндокринопатий.

2. Медикаментозная коррекция нарушений эндокринной системы в течение 6–12 месяцев после лапароскопического удаления доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников позволяет достигнуть восстановления гормонального гомеостаза и репродуктивной функции в 94,3% случаев.

3. Сочетанное применение гормональных, фито- и йод-содержащих препаратов обеспечивает многосторонний нормализующий эффект на функцию как нервной системы, так и функцию периферических эндокринных желёз.

Литература

1. Алиханова З.М. Методические подходы к раннему выявлению доброкачественных эпителиальных опухолей яичников // Акушерство и гинекология. – 1992. - № 1. – С. 9 – 13.
2. Белоглазова С.Е. Современная тактика ведения больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников // Проблемы репродукции. – 1999. - № 6. – С. 25 – 29.
3. Дивакова Т.С., Фомина М.П., Кичигина Т.Н. Профиль гормонов эндокринной системы у больных раннего репродуктивного возраста с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников, подвергшихся эндохирургическому лечению // Вестник ВГМУ. – 2003. – Т.2. - № 3. – С. 29 – 35.
4. Калугина А.С., Краснопольская К.В. Эффективность программы ЭКО у пациенток с предшествовавшими оперативными вмешательствами на яичниках // Акушерство и гинекология. – 2000. - № 6. – С. 35 – 39.
5. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агенство. – 2001. – 287 с.
6. Малоинвазивная хирургия в гинекологии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева и др. / Акушерство и гинекология. – 2002. - № 4. – С. 68 – 71.
7. Нечаева И.Д. Опухоли яичников. – Л.: Медицина, 1987. – 216 с.
8. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2000. – 768 с.
9. Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г. и др. Гистологическая классификация опухолей яичников. – М.: Медицина, 1977. – 54 с.
10. Стрижова Н.В., Жордания К.И., Коробейников А.П. Вероятные осложнения при лечении опухолей яичников посредством лапароскопического доступа / Акушерство и гинекология. – 2001. - № 6. – С. 14 – 16.

Поступила 17.11.2003 г.
Принята в печать 26.12.2003 г.