

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Кузнецова Е.П., Серебренникова К.Г., Хмелевская В.Ф.,
Халилов Р.З., Лапшихин А.А.ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. Сеченова, г. Москва

УДК: 618.211-006.2-089

Резюме

Представлено наблюдение 923 пациенток в возрасте от 15 до 67 лет с новообразованиями яичников.

Ключевые слова: кисты, доброкачественные опухоли яичника, хирургическое лечение.

SPAREING SURGICAL TREATMENT OF ORGANS FOR PATIENTS WITH CYSTS AND BENIGN OVARIAN TUMORS

Kuznetsova E.P., Serebrennikova K.G., Chmielewska V.F.
Khalilov R.Z., Lapshihin A.A.

923 patients, aged from 15 to 67 years, with ovarian neoplasms are involved in process of observation.

Keywords: cyst, benign ovarian tumor, surgical treatment.

Согласно данным мировой статистики, 10–15% больных репродуктивного возраста переносят оперативные вмешательства на органах малого таза [1, 7]. Среди них операции по поводу опухолей и опухолевидных образований яичников стоят на втором месте [8, 9, 10]. Современная терапия данной патологии является комплексной [2, 14, 15] и включает в себя как консервативное предоперационное лечение, так и оперативное лечение с применением малоинвазивных инструментальных методик. Сочетание органосохраняющих операций на яичниках и дальнейшего послеоперационного этиопатогенетического медикаментозного лечения снижает риск осложнений, связанных с оперативным вмешательством и способствует сохранению и повышению фертильности [6, 12].

Цель исследования – определение значения оперативного лечения в комплексе мероприятий по терапии кист и доброкачественных опухолей яичников.

Материалы и методы

В клиническое исследование нами было включено 923 больные в возрасте от 15 до 67 лет (средний возраст $32,33 \pm 9,73$ года) с новообразованиями яичников, находившихся на лечении в гинекологических отделениях г. Ижевска УР и отделения ВРТ ЦКБ РАН г. Москва. За анализируемый период времени нами отмечено увеличение количества больных с оперированными кистами и доброкачественными опухолями яичников [5]. Так за это время число операций на яичниках, по данным гинекологических отделений г. Ижевска и отделения ВРТ ЦКБ РАН г. Москвы, возросло с 211 до 495 человек в год ($p < 0,05$). Хотя соотношение числа кист яичников к доброкачественным опухолям осталось прежним и составило от 75,3% до 77,1% и от 21,8% до 24,3%, соответственно (см. рисунок 1).

Предоперационная подготовка включала в себя: тщательное клиничко-лабораторное обследование, опреде-

ление уровней СА-125, СА-19-9, оценка овариального резерва, ультразвуковое исследование с доплерометрией (по показаниям выполнялась магнитно-резонансная томография) [4].

Формирование клинических групп было проведено после оперативного лечения по результатам морфологического исследования удаленных тканей яичника [3], согласно основным нозологическим формам заболеваний (МКБ X, 1999). Выделены следующие группы больных:

I. ($n=734$) группа наблюдения – больные с кистами яичников, оперированные лапароскопическим и лапаротомным доступами.

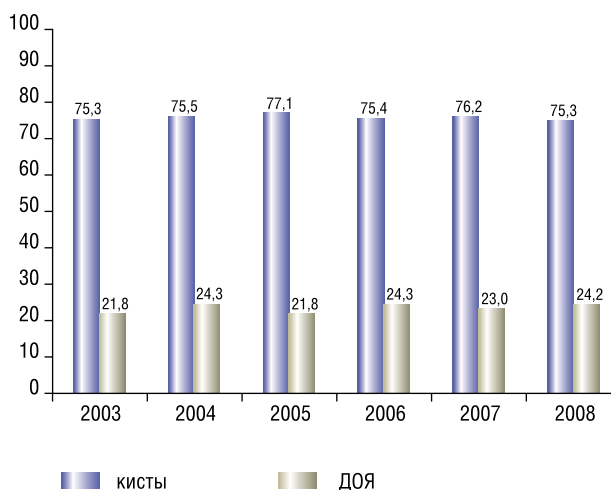


Рис. 1. Относительная частота кист и доброкачественных опухолей яичников (на 100 прооперированных женщин)

II. (n=189) группа наблюдения – больные с доброкачественными опухолями яичников, оперированные лапароскопическим и лапаротомным доступами.

Средний возраст больных по двум группам наблюдения составил $32,40 \pm 9,49$ и $33,38 \pm 10,25$ года соответственно ($p=0,213$).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью программы обработки электронных таблиц Statistica 6.0 с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов. В зависимости от задач и типа данных, нами использовались определенные статистические критерии и методы. Вычислялась средняя величина (M), среднее квадратичное отклонение (δ), стандартная ошибка среднего (m). При сравнении двух независимых групп по количественному признаку, мы использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Описание качественных признаков проводили с использованием критерия χ^2 . Анализ связи (корреляции, ассоциации) осуществляли с помощью метода Спирмена.

Обсуждение результатов

Оперативное лечение выполнялось нами как лапароскопическим (760/0,82), так и лапаротомным доступом (163/0,17). Практически все вмешательства были выполнены в плановом порядке (700/0,75). Исключения составили экстренные ситуации, возникшие на этапе обследования и подготовки к оперативному лечению (223/0,25). Это разрывы кист яичника – 143 случая из 923 (15,49%) и нарушения кровоснабжения опухолей яичника при перекруте последних – 30 из 923 (3,25%).

Показанием к проведению планового оперативного лечения у больных с новообразованиями яичников явилось наличие одного или нескольких новообразований в яичнике, размеры более 5 см в диаметре, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Объем оперативного вмешательства зависел от возраста больной, репродуктивных целей, состояния здоровой ткани яичника и

наличия сопутствующей гинекологической патологии. Размеры удаленных образований колебались от 5 до 12 см ($7,5 \pm 1,7$ см). При анализе полученных данных, нами получено, что достоверно чаще ($p=0,000$) выполнялись лапароскопические плановые операции в стационарных условиях (510/0,53). В амбулаторных условиях нами было выполнено за текущий период времени 114 из 923 вмешательств (12,35%).

В группе больных с кистами яичников (см. таблицу 1) наиболее часто ($p=0,008$) встречались простые кисты яичников – (248/0,34). Доля ретенционных образований – фолликулярных кист яичников и кист желтого тела составила 17,30% и 22,62% соответственно. Эндометриоидные кисты составили 20,98% от всех кист яичников. В группе доброкачественных опухолей яичников (см. таблицу 2) обращало на себя внимание увеличение абсолютного количества больных с диагнозом зрелая кистозная тератома (105/0,56), что не являлось достоверно значимым ($p=0,269$) при сравнении с подгруппой больных с эпителиальными опухолями (66/0,06).

Лапароскопия в плановом порядке всем больным была произведена в начале или середине фолликулярной фазы менструального цикла. В результате интраоперационной диагностики у 734 больных I группы было обнаружено в конечном итоге 850 кист яичников, а у 189 больных из II группы 225 яичниковых новообразований. Достоверной разницы между правым и левым яичником в локализации новообразований не было выявлено ($p>0,05$). При двустороннем расположении кист и доброкачественных опухолей яичников, последние достоверно чаще встречались при поликистозных яичниках ($p=0,000$).

Так же у наших больных была выявлена и другая сочетанная патология органов малого таза. Во время оперативного лечения у 182 (24,79%) из 734 больных I группы наблюдения нами были диагностированы: спаечный процесс малого таза (135/0,15), миома матки (47/0,06), аденомиоз (26/0,04); наружный генитальный эндоме-

Табл. 1. Группа оперированных больных с кистами яичников

Группы больных	Средний возраст	Лапаротомия			Лапароскопия				
		стационар			стационар			Амбулаторно	
		план	экстр	p1	план	экстр	p2	план	p3
абс.ч/%	M±δ	абс.ч/%	абс.ч/%		абс.ч/%	абс.ч/%		абс.ч/%	
I. Кисты яичников 734/75,28	$32,40 \pm 9,49$	45/6,13	78/10,63	0,445	396/53,95	122/16,62	0,000	93/12,67	0,000
Фолликулярные кисты 127/13,03	$29,92 \pm 8,33$	6/4,72	9/7,09	0,811	54/42,52	24/18,89	0,043	34/26,77	0,131
СПКЯ 15/1,54	$32,53 \pm 5,42$	2/13,33	–	–	10/66,67	–	–	3/20,0	0,187
Кисты желтого тела 166/17,03	$31,52 \pm 8,85$	7/4,22	29/17,47	0,386	67/40,36	59/35,54	0,564	4/2,41	0,132
Эндометриоидные кисты 154/15,79	$32,08 \pm 7,53$	14/9,09	5/3,25	0,665	104/67,53	9/5,84	0,000	22/14,29	0,000
Простые серозные кисты 248/25,44	$34,66 \pm 11,15$	13/5,24	33/13,31	0,434	145/58,47	30/12,10	0,000	27/10,89	0,000
Параовариальные кисты 24/2,46	$30,17 \pm 9,88$	3/12,50	2/8,33	0,895	16/66,67	–	–	3/12,50	0,100

Примечание: p1 – достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и экстренных оперативных вмешательств выполненных в стационаре лапаротомным доступом; p2 – достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и экстренных оперативных вмешательств выполненных в стационаре лапароскопическим доступом; p3 – достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и оперативных вмешательств выполненных в стационаре и поликлинике лапароскопическим доступом.

Табл. 2. Группа оперированных больных с доброкачественными опухолями яичников

Группы больных	Средний возраст	Лапаротомия			Лапароскопия				
		стационар			стационар			Амбулаторно	
		план	экстр	p1	план	экстр	p2	план	p3
абс.ч/%	M±δ	абс.ч/%	абс.ч/%		абс.ч/%	абс.ч/%		абс.ч/%	
II.Доброкачественные опухоли яичников 89/19,38	33,38±10,25	31/16,40	9/4,76	0,400	114/60,32	14/7,41	0,000	21/11,11	0,000
1.Эпителиальные опухоли 84/8,61	34,18±10,64	22/26,19	6/7,14	0,327	40/47,62	4/4,76	0,106	12/14,29	0,040
Серозные цистаденомы 66/6,77	33,58±10,84	19/28,79	5/7,58	0,336	28/42,42	4/6,06	0,174	10/15,15	0,132
Муцинозные цистаденомы 11/1,13	36,45±9,46	3/27,27	–	–	6/54,55	–	–	2/18,18	0,409
Текомы 5/0,51	35,40±13,33	–	1/20,0	–	4/80,0	–	–	–	–
Фибромы 2/0,21	38,5±4,95	–	–	–	2/100,0	–	–	–	–
2.Герминогенные опухоли. Зрелые кистозные тератомы 105/10,77	32,74±9,93	9/8,57	3/2,86	0,739	74/70,48	10/9,52	0,000	9/8,57	0,000
Всего прооперировано 923/94,67	32,60±9,53	163/17,66			760/82,34				
		76/8,23	87/9,43	0,820	510/55,25	136/14,73	0,000	114/12,35	0,000

Примечание: p1 достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и экстренных оперативных вмешательств выполненных в стационаре лапаротомным доступом; p2 достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и экстренных оперативных вмешательств выполненных в стационаре лапароскопическим доступом; p3 достоверная статистическая значимость при сравнении плановых и оперативных вмешательств выполненных в стационаре и поликлинике лапароскопическим доступом.

триоз (85/0,11). У 10 больных (1,36%) были обнаружены параовариальные кисты. В одном случае был диагностирован аппендицит, в 8 (1,09%) гидросальпинксы. Во II группе наблюдения у 20 (23,81%) из 189 больных была выявлена следующая сочетанная патология органов малого таза: миома матки (12/0,06), аденомиоз (2/0,011), параовариальные кисты (3/0,016), НГЭ брюшины (3/0,016), маточная беременность (2/0,011). Достоверной разницы в преобладании какой-то определенной нозологической формы заболеваний у больных I или II групп выявлено не было ($p>0,05$).

Одной из наиболее часто встречающихся заболеваний среди больных пациенток, являлся эндометриоз. Несмотря на то, что возраст больных с эндометриозом варьировал от 16 до 46 лет и в среднем составлял $32,09\pm7,13$ года, данное заболевание преимущественно (54,54%) встречалось у больных в возрасте от 34 до 45 лет. Наружный генитальный эндометриоз, обнаруженный у 88 из 975 больных (9,02%) при осмотре органов малого таза и брюшины был различной степени выраженности. Для оценки степеней распространения наружного генитального эндометриоза мы пользовались классификацией Американского Общества Фертильности (RASF, 1985). При этом нами были выявлены следующие стадии распространения эндометриоза: I степень у 26 (2,67%) больных, II степень у 28 (2,87%) больных, III степень у 34 (3,49%) больных. В сочетании с кистами яичников НГЭ встречался у 85 (11,58%) больных, в сочетании с доброкачественными опухолями у 3 (1,58%) больных ($p>0,05$). Достоверно чаще ($p=0,050$) наружный генитальный эндометриоз был зафиксирован в группе больных с эндометриодными кистами яичников, по сравнению с подгруппой простых кист яичника. При сравнении с другими подгруппами достоверных различий выявлено не было ($p>0,05$). По локализации наиболее часто ($p<0,05$) мелкоочаговые эндометриодные поражения мы отмеча-

ли на брюшине широких маточных связок – у 82 (93,18%) из 88 больных. Крестцово-маточные связки и брюшина прямокишечно-маточного углубления были поражены, по нашим данным, в 3 (3,41%) и 2 (2,27%) случаях соответственно. Сравнительно редкой локализацией эндометриодных гетеротопий являлись маточные трубы. Они были поражены процессом в одном случае.

Спаечный процесс малого таза был выявлен нами в 135 наблюдениях, у 119 больных I и у 16 больных II группы. В основном ($p=0,088$) это были больные с эндометриодными кистами яичников – (66/0,49). Из других подгрупп 51% составили простые кисты (18/0,13), кисты желтого тела (17/0,12), фолликулярные кисты яичников (12/0,09), дермоидные кисты яичников (8/0,06), серозные цистаденомы (7/0,05), серозные кисты яичников (5/0,04). По одному случаю мы зафиксировали наличие спаечного процесса у больных с параовариальной кистой и муцинозной цистаденомой.

Оперативное лечение проводилось в зависимости от возраста больной, локализации, распространенности патологического процесса и дальнейших репродуктивных планов. Количество плановых операций в нашем исследовании достоверно превышало экстренные операции как в I ($p=0,000$), так и во II группах ($p=0,000$). Достоверно чаще ($p=0,000$) среди всех прооперированных больных выполнялись цистэктомии (416/0,45) и резекции яичников (318/0,34) (рисунок 2).

В плановом порядке (346/0,37) нами также достоверно чаще ($p=0,003$), чем в экстренном (70/0,07), выполнялась цистэктомия. В 70,92% это были пациентки в возрасте от 19 до 35 лет. Средний возраст больных, которым была выполнена цистэктомия, составлял $30,31\pm8,1$ лет. В I группе из 734 больных цистэктомия была выполнена 334 (45,5%) больным, во II группе 70 (7,58%) больным. Особенно часто, у больных I группы ($p=0,010$) данный объем оперативного лечения выполнялся среди больных

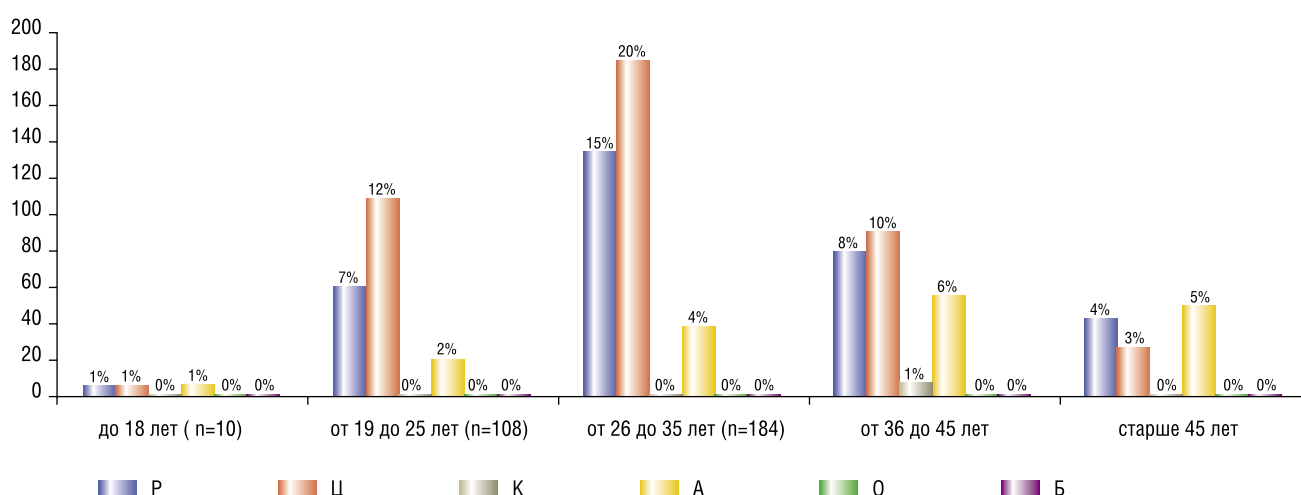


Рис. 2. Основные объемы оперативного вмешательства на яичниках в зависимости от возраста

с параовариальными кистами яичников (19/0,79), а среди больных II группы ($p=0,004$) у пациенток с дермоидными кистами яичников (64/0,60).

Резекция яичников достоверно чаще ($p=0,053$) выполнялась среди больных I группы (276/0,37), чем среди больных II группы (42/0,22). Но достоверной разницы между отдельными подгруппами I и II групп выявлено не было ($p>0,05$). Возраст больных с резекцией яичников варьировал в достаточно широких пределах от 15 до 58 лет и в среднем составил $32,78 \pm 9,22$ года. В большинстве случаев (42,14%) это были больные – от 36 до 45 лет.

В небольшом проценте случаев оперированным больным выполнялась сальпинговарэктомия 166 (17,98%) как в плановом (134/0,14), так и в экстренном порядке (32/0,03). Средний возраст этих больных составил $38,1 \pm 11,92$ лет. В 61,45% это были пациенты старше 36 лет. В I группе было выполнено 106 (14,41%) сальпинговарэктомий, во II группе 60 (31,75%) ($p=0,009$). Достоверной разницы между подгруппами I и II групп выявлено не было ($p>0,05$).

Оварэктомия была выполнена 6 больным по строгим показаниям. Две трети оварэктомий были выполнены в плановом порядке: три по поводу новообразований яичника при отсутствии визуально здоровой ткани яичника, одна при верифицированном подтвержденном раке молочной железы. При гистологической верификации удаленных яичников – это были эндометриоидная киста, серозная цистаденома и две зрелых кистозных тератомы. По экстренным показаниям (апоплексия яичника с массивным кровотечением) оварэктомия была выполнена при фолликулярной кисте и серозной цистаденоме. Средний возраст больных, которым была выполнена оварэктомия, составил $32,83 \pm 4,62$ года [Min 24–Max 37].

У 14 (1,52%) больных были выполнены коагуляции кист яичников, так как последние не превышали 1–2 см. Во всех этих случаях небольшие кистозно-измененные

участки яичника были отправлены на гистологическое исследование. В большинстве случаев (13/0,01), последние были образованиями, носящими ретенционный характер, в одном случае коагуляция яичника была произведена пациентке с серозной цистаденомой. Практически все коагуляции кист яичника были произведены в плановом порядке (11/0,01). Средний возраст больных с коагуляцией яичника составил $32,21 \pm 7,86$ [Min 19–Max 46]. Трем больным были выполнены биопсии яичников при подозрительных изменениях в яичниках. После гистологического исследования оказалось: одна фолликулярная киста, одна киста желтого тела и одна простая киста. Возраст этих больных был от 19 до 32 лет и составил в среднем $27,67 \pm 7,51$ лет.

Анализируя отдельно каждую группу, нами выяснено, что в I группе достоверно чаще выполнялись цистэктомии при параовариальных кистах ($p=0,000$), а во II группе при герминогенных опухолях яичника ($p=0,004$). При анализе других объемов оперативного вмешательства на яичниках достоверной разницы между подгруппами не выявлено ($p>0,05$).

При общем анализе полученных данных, нами отмечено, что цистэктомии и резекции яичников, по сравнению с другими вмешательствами на яичниках, выполнялись достоверно чаще ($p=0,000$).

У 152 больных (16,47%) встречалось двустороннее поражение яичников. При двусторонних процессах, на втором яичнике соответственно выполнялись объемы оперативного лечения, согласно правилам онкологической настороженности с учетом возраста и репродуктивных планов больной. В группе с кистами яичников на втором яичнике достоверно чаще ($p=0,000$) выполнялись резекции (50/0,07) и цистэктомии (51/0,06), чем коагуляции (3/0,04), аднексэктомии (7/0,95) и биопсии (5/0,68) яичника. При анализе отдельных подгрупп нами выяснено, что чаще вмешательства на втором

яичнике выполнялись при поликистозных яичниках ($p=0,000$). В группе с доброкачественными опухолями при двусторонних процессах на втором яичнике нами выполнялись: резекции (19/0,10), цистэктомии (6/0,03), аднексэктомии (4/0,02), биопсии (3/0,02) и коагуляции (2/0,01). Достоверной разницы между подгруппами не выявлено ($p>0,05$).

У 49 больных (5,31%) при односторонних новообразованиях яичников в процессе интраоперационного осмотра нами также были выявлены патологические изменения на втором яичнике, в связи с чем произведено: 26 биопсий (2,26%), 11 резекций (1,13%), 9 коагуляций (0,9%) и 3 цистэктомии (0,31%). Среди кист яичников 33 (4,49%) больным, среди доброкачественных опухолей 16 (8,46%) больным.

Таким образом, независимо от вида доступа и срочности проведения оперативного вмешательства при наличии интраоперационных условий нами выполнялись органосохраняющие операции, направленные на сохранение репродуктивной функции больных. Как при кистах яичников (334/0,45), так и при доброкачественных опухолях яичника (82/0,43) достоверно чаще ($p=0,00$ и $p=0,02$ соответственно) это были цистэктомии.

Так как у части наших больных (202/0,22) были выявлены сопутствующие патологические изменения на органах малого таза, нами был выполнен ряд симультанных вмешательств.

При выявлении признаков наружного генитального эндометриоза в виде гетеротопий, расположенных на брюшине выполнялись коагуляции, либо иссечение последних. При наличии спаечного процесса, особенно при бесплодии 157 (16,10%) из 975 больным было проведено: сальпингоовариолизис (115/0,12), хромосальпингоскопия (23/0,02), пластика маточной трубы (1/0,001). В сочетании с пластикой маточных труб сальпингоовариолизис был выполнен двум больным (0,2%), в сочетании с хромосальпингоскопией 12 больным (1,23%), сочетание сальпингоовариолизиса, пластики и хромосальпингоскопии четырьмя пациентками (0,41%).

У 8 больных (0,86%) из 923 были обнаружены изменения со стороны маточных труб в виде гидросальпингосов и у 29 пациенток (3,14%) маточные трубы в результате хромосальпингоскопии оказались непроходимыми на всем протяжении. В связи с этим нами были выполнены тубэктомии – 36 (3,69%) больным односторонние, одной больной двусторонние. Средний возраст больных, которым была выполнена тубэктомия, составил $36,67 \pm 8,19$ лет. В 56,76% это были больные в возрасте от 36 до 42 лет с бесплодием.

У 59 (6,39%) больных была обнаружена миома матки, в связи с чем 24 (2,46%) больным с субсерозными миоматозными узлами размерами до 4-х см и бесплодии выполнена миомэктомия. Средний возраст больных, которым была выполнена миомэктомия, составил $37,3 \pm 7,49$ лет. Большая доля (66,67%) этих больных находилась в возрасте от 36 до 45 лет.

62 (6,36%) больным, средний возраст которых составил $31,8 \pm 7,23$ лет, при наличии информированного согласия и соблюдения юридических условий, согласно приказу №303 МЗ РФ от 28 декабря 1993 года «О применении медицинской стерилизации граждан», с целью контрацепции была выполнена окклюзия маточных труб путем коагуляции. В 87,1% это были женщины в возрасте от 35 лет и старше.

Для анализа взаимозависимости объема оперативного вмешательства на яичнике от различных факторов, нам был проведен корреляционный анализ методом Спирмена. При анализе связи признаков методом **Spearman Rank**, проверялась нулевая гипотеза (т.е. $r=0$), и вычислялось значение r . Интерпретации были подвергнуты результаты, при $p<0,05$. При $|r| \leq 0,25$ корреляции (или ассоциации) считаются слабыми, при $0,25 < |r| < 0,75$ средними, при $|r| \geq 0,75$ сильными. Прямые корреляционные связи (ассоциативные связи признаков) слабой силы были получены при выявлении взаимосвязи объема оперативного вмешательства на яичниках: с возрастом ($r=0,089$); с определенными возрастными периодами ($r=0,085$); срочностью проведения операции ($r=0,166$); интраоперационным предварительным диагнозом ($r=0,152$). Обратная корреляционная зависимость слабой силы была выявлена между объемом оперативного вмешательства и группами наблюдения ($r=-0,175$); а также при сочетании основного патологического процесса с НГЭ ($r=-0,230$) или с другой патологией малого таза ($r=-0,166$); и проведением оперативного вмешательства на 2 яичнике при двустороннем процессе ($r=-0,232$).

После оперативного лечения все удаленные ткани отправлялись на морфологическое исследование с целью верификации диагноза. После чего больным рекомендовалась патогенетическая терапия – витаминотерапия, метаболическая терапия, гормональная терапия, системная энзимотерапия.

В результате проведения послеоперационной терапии беременность наступила у 70 (7,18%) из 975 больных, или в 8,83% случаев от 793 больных, получивших терапию. Средний возраст этих больных составил $29,96 \pm 5,66$ лет. Пациентки были как из группы кист яичников (63/0,90), так и из группы доброкачественных опухолей (7/0,10). В группе с кистами яичников это были больные с эндометриоидными кистами (33/0,47), простыми (12/0,17), фолликулярными (11/0,15), кистами желтого тела (6/0,08), параовариальной кистой (1/0,01). В группе с доброкачественными опухолями: с дермоидными кистами яичника (3/0,04), серозными цистаденомами (3/0,04) и текомой (1/0,01).

Из них среди больных с первичным бесплодием беременность наступила у 24 больных, что составило 34,28% случаев от всех забеременевших после комплексного лечения и 15,68% случаев от всех больных с первичным бесплодием. Из больных с вторичным бесплодием беременность наступила у 44 (62,86%) больных от забеременевших после комплексной терапии, что составило

28,03% случаев от всех больных с вторичным бесплодием. Среди больных, не страдающих бесплодием и получавших лечение после операции, беременность наступила у двух (2,86%) больных. В связи с неэффективностью предложенного комплексного лечения 85 больных было предложено продолжить лечение в отделениях ВРТ [11, 13].

Выводы

Своевременное проведение органосохраняющего оперативного лечения на яичниках при кистах и доброкачественных опухолях яичников с симультанными операциями на органах малого таза, при выявлении сочетанной патологии, является наиболее перспективным направлением в сохранении овариального резерва и репродуктивной функции у женщин. При infertility необходимо в сроки до одного года с момента проведения оперативного лечения использовать высокоэффективные методы лечения бесплодия, конечная цель которых – максимально быстрая реализация фертильности.

Литература

- Броварская Ю.М. Роль лапароскопии в диагностике и лечении доброкачественных опухолей яичников у нерожавших женщин / Ю.М. Броварская, А.В. Вознюк, А.С. Мишко // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – Москва, 2006. – С. 130–131.
- Валиулина Н.З. Комплексная реабилитация гинекологических больных в послеоперационном периоде / Н.З. Валиулина, А.Г. Яшук, Л.А. Даутова, А.Ф. Озерчук, В.С. Тенбекова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, – 2008. – С. 320.
- Кузнецова Е.П. Анализ гистологической характеристики объемных образований яичников у оперированных женщин репродуктивного возраста / Е.П. Кузнецова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 388–389.
- Кузнецова Е.П. Значение определения онкомаркеров у больных с опухолевидными образованиями яичников / Е.П. Кузнецова, К.Г. Серебrenникова, Р.З. Халилов // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 276.
- Кузнецова Е.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников / Е.П. Кузнецова, К.Г. Серебrenникова, Т.А. Протопопова, В.Ф. Хмелевская // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2008. – Т.3, № 1. – С. 51–57.
- Кузнецова Е.П. Подготовка больных с опухолевидными образованиями яичников к методам ВРТ / Е.П. Кузнецова, К.Г. Серебrenникова, Р.З. Халилов // Материалы IX всероссийского научного форума «Мать и дитя». – Москва, 2007. – С. 436.
- Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Consilium Medicum. – 2007. – № 1. – С. 15–17.
- Манухин И.Б. Роль молекулярно-биологических факторов в патогенезе опухолей яичников и в выборе объема и доступа и операций / И.Б. Манухин, Н.Е. Кушлинский, М.М. Высоцкий, Е.Р. Кайтукова, О.Г., Харлова // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – Москва, 2006. – С. 133–135.
- Манухин И.Б. Ретроспективный анализ выбора объема и доступа оперативного лечения опухолей яичников / И.Б. Манухин, М.М. Высоцкий, Е.Р. Кайтукова, О.Г. Харлова // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – Москва, 2006. – С. 137–138.
- Пономарев В.В. Опыт лапароскопического лечения пациенток с опухолями и опухолевидными образованиями яичников / В.В. Пономарев, А.А. Жуйко, В.В. Артшков, Э.В. Баширов // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 455.
- Серебrenникова К.Г. Использование методов ВРТ как последовательный этап в достижении репродуктивных целей у женщин после оперативного вмешательства на яичниках / К.Г. Серебrenникова, Е.П. Кузнецова // Материалы III Международного конгресса по репродуктивной медицине «Проблемы репродукции». – Москва, 2009. – С. 290–291.
- Серебrenникова К.Г. Использование оральных контрацептивов в комплексной терапии при фолликулярных кистах яичников / К.Г. Серебrenникова, Е.П. Кузнецова, Р.З. Халилов, В.Ф. Меняшева // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 332–333.
- Серебrenникова К.Г. Исходы комплексной терапии бесплодия у пациенток после оперативных вмешательств на репродуктивных органах / К.Г. Серебrenникова, Е.П. Кузнецова, В.Ф. Хмелевская, Т.В. Иванова, М.Г. Мусаева // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – Москва, 2008. – С. 476.
- Muzii L. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial / L. Muzii, R. Marana // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000; 183: 588–592.
- Taylor E., Williams C., Surgical treatment of endometriosis: location and patterns of disease at reoperation / E. Taylor, C. Williams // J. Fertil Steril. – 2008.

Контактная информация

Кузнецова Елена Петровна к.м.н, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск
тел.: +7 (3412) 66-14-66
e-mail: doctorfamily@mail.ru