

**И.А. Петров, А.О. Окороков, Ю.В. Петрина,
Ю.А. Кадесникова, М.С. Петрова,
О.А. Тихоновская, С.В. Логвинов**

E-mail: S_Logvinov@mail.ru, relax@docsis.ru

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ И ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ЦИСТЭКТОМИЙ

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Томск

Органосохраняющие лечебные технологии занимают ведущие позиции в терапии функциональных кист яичников (ФнкЯ) [1]. Лапароскопическая хирургия признана безопасной и эффективной [2]. По данным J.P. Нацу и соавт. [3], при лапароскопии возможно удаление стенки всей кисты, что предупреждает рецидив и снижает риск образования спаек. Энуклеация ретенционных кист с проведением термического гемостаза может приводить к повреждению яичников и, вероятно, нарушению менструальной и репродуктивной функций [4]. Изучение состояния репродуктивной системы при кистах, их электрохирургическом лечении, возможных вариантов профилактики рецидивов и восстановления репродуктивной функции являются одной из приоритетных научно-практических проблем гинекологии [5].

Цель работы – изучить отдельные параметры репродуктивного здоровья женщин с функциональными кистами и после лапароскопических цистэктомий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу работы положены результаты проспективного исследования 55 женщин репродуктивного возраста (16-43 лет) с ФнкЯ, находившихся на лечении в гинекологической клинике СибГМУ в 2006-2007 гг. Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от вариантов лечения: консервативное или оперативное. Основную группу (n=35) составили женщины с осложнённым и/или рецидивирующим течением ФнкЯ и проведённой по этому поводу лапароскопической цистэктомией; исключены случаи оперативного вмешательства на яичниках при другой патологии. С целью выявления возможного влияния количества операций на гормональный профиль в данной группе сформированы подгруппы: основная 1 (n=25) – операция на яичнике проведена впервые и основная 2 (n=10) – количество операций две и более. Группу сравнения (n=20) составили женщины с ФнкЯ, не имеющие операций на яичниках

в анамнезе и которым не потребовалось хирургического лечения кист. Пациентки всех групп получали комплексную терапию, включающую базисные препараты, иммуномодулятор полиоксидоний (3 мг внутримышечно 1 раз в сутки через день №5) и метаболический препарат, содержащий триметилгидразиния пропионата дигидрат (10% раствор 10,0 мл внутривенно капельно № 5) в основной группе – со 2-х суток после операции, в группе сравнения – с момента поступления (заявка на изобретение № 2008108856, приоритет от 04.03.2008). Методы исследования включали анализ клинко-лабораторных данных, гормонального профиля, ультразвукового сканирования органов малого таза, протоколов оперативного лечения и гистологических заключений. Лапароскопические операции выполнялись эндоскопической бригадой гинекологической клиники СибГМУ с соблюдением принципа бережного отношения к ткани яичников. С целью гемостаза применялась только биполярная коагуляция мощностью 40-50 Вт. Окончательный диагноз устанавливался морфологически согласно международной классификации опухолей яичников ВОЗ, 1999 (R.E. Scully, L.H. Sobin); в группе сравнения – на основании клинического наблюдения в течение 6 мес. и регресса кисты.

Анализ результатов проводили на персональном компьютере с использованием статистического пакета SPSS® 15.0 (© SPSS Inc.) и редактора электронных таблиц MS Office Excel® 2007 (© Microsoft Inc.) в операционной системе Win Vista™ Ultimate.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст всех исследуемых составил $25,2 \pm 0,8$ лет (87,3% – женщины в возрасте до 30 лет). Все пациентки были госпитализированы в плановом или экстренном порядке с осложнённым течением и/или персистенцией ФнкЯ более 2-3-х менструальных циклов. Осложнённое течение одинаково часто встречалось в основной и группе сравнения ($\chi^2=2,4$; $p=0,1$).

Жалобы на боли внизу живота отмечали 49 (89,1%) пациенток, в группе оперативного лечения – преимущественно женщины с кистами жёлтого тела (КЖТ), у двух третей больных боли носили острый характер. Нарушения менструального цикла встречались у 28 (50,9%) женщин. Олигоменорея преобладала у пациенток с фолликулярными кистами (ФК), метроррагии – у женщин с КЖТ и при их сочетании с ФК. Олигоменорея являлась следствием удлинения фолликулярной фазы в результате персистенции фолликула и формирования ФК. Метроррагии могли быть результатом как несостоявшейся овуляции, так и повышения концентрации эстродиола в фолликулярной жидкости, способствующего гиперплазии эндометрия и аномальным кровотечениям, либо быть связанными с сопутствующей патологией [6]. Бесплодие имело место у 20

(36,4%) женщин, преимущественно у пациенток с ФК; в группе сравнения – только у одной (1,8%) пациентки. Наличие ФК могло явиться клиническим проявлением нарушения стероидсинтетической функции яичников и ановуляции [7].

Менархе у женщин наступило в возрасте от 12 до 15 ($12,7 \pm 0,2$) лет, при этом ранее (до 11 лет) или позднее (после 15 лет) менархе имело место у трех пациенток (5,4%) и не зависело от гистотипа ФнКЯ. Продолжительность менструального цикла составила $29,2 \pm 0,7$ дней, у трети женщин с ФК превышала 30 дней и статистически значимо отличалась от таковой у пациенток с КЖТ и их сочетанием ($p=0,04$). Статистически значимых различий в продолжительности менструаций в зависимости от гистотипа не выявлено.

Средний возраст начала половой жизни составил $18,2 \pm 2,2$ лет. Контрацепцию использовали 19 (34,5%) пациенток, среди них – барьерные методы (47,4%), ВМС (5,2%) и КОК (47,4%).

Детородная функция была реализована только у 10 (18,2%) женщин. Кесарево сечение проведено у 4 (5,0%) пациенток. Артифициальные и спонтанные абортс встречались одинаково часто во всех группах. Внематочная беременность в анамнезе была у 7 (12,7%) исследуемых женщин.

Расчет индекса Кетле показал, что более половины женщин во всех группах имели нормальный вес (ИМТ – $21,7 \pm 0,7$), у 20% наблюдался дефицит массы тела (ИМТ – $17,9 \pm 0,9$). Объемные образования в области придатков при бимануальном исследовании определялись у 37 (67,3%) женщин.

Гормональный профиль представлен в таблице. Статистическая значимость различий не подтверждена ни в одном случае. Гиперандрогения, гиперэстрогения, концентрация ингибина В ниже референтных значений на 1-3-й день менструальноподобной реакции после цистэктомии, вероятно, связаны со стимулирующим действием электрокоагуляции на функцию яичников и его незначительной травмой [9]. Электрокоагуляция может иметь значение для механизмов формирования рецидивов ФнКЯ в послеоперационном периоде, наиболее обоснованной профилактикой которых является комплексная реабилитация [8].

Основным методом дооперационной диагностики кист являлось ультразвуковое сканирование, при котором в области придатков матки у всех пациенток определялись типичные жидкостные образования диаметром 20-80 мм. При лапаро-

скопии наряду с ФнКЯ выявлены спаечный процесс, хронический сальпингит, эндометриоз брюшины малого таза и яичников. Объем оперативного вмешательства, кроме цистэктомии, включал овариолизис (31,4%) и эндокоагуляцию эндометриoidных гетеротопий (17,1%). Проходимость маточных труб, по данным хромогидротубации, была сохранена у 17 (89,5%) женщин с бесплодием.

Болевой симптом после цистэктомии купировался в течение 2-4 дней, у женщин без оперативного лечения – в течение 4-6 дней. Продолжительность пребывания в стационаре в 1-й группе составила 5-8 суток, во 2-й – 6-14 суток. Индукция овуляции или подготовка к ВРТ пациенткам с бесплодием проводилась по индивидуальной схеме. Пациенткам с реализованной репродуктивной функцией был рекомендован приём комбинированных оральных контрацептивов. При лечении пациенток обеих групп отмечен хороший терапевтический эффект в течение 6 мес. Рецидивы ФнКЯ встретились в основной группе у 2, в группе сравнения – у 1 пациентки, что ниже количества таковых по данным литературы [9].

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о сложном генезе возникновения ФнКЯ. Клинические проявления кист зависят от гистотипа. Осложнённое течение ФнКЯ не может быть абсолютным показанием к операции. Лапароскопическая цистэктомия с бережным отношением к ткани яичников существенно не нарушает гормональный профиль. Комплексная ре-

Таблица

Концентрация гормонов сыворотки крови пациенток с функциональными кистами до и после лапароскопических цистэктомий с использованием электрокоагуляции (по t-критерию Стьюдента для независимых выборок ($M \pm m$))

Показатель	основная	основная 1	основная 2	сравнения
ФСГ (МЕ/мл)	$6,8 \pm 0,4$ n=27; p=0,66	$6,5 \pm 0,5$ n=21; p=0,93	$7,8 \pm 0,7$ n=6; p=0,31	$6,4 \pm 0,9$ n=12
ЛГ (МЕ/мл)	$3,9 \pm 0,5$ n=25; p=0,69	$3,7 \pm 0,6$ n=20; p=0,57	$4,7 \pm 1,2$ n=5; p=0,82	$4,3 \pm 1,0$ n=12
Пролактин (МЕ/л)	$322,8 \pm 28,4$ n=28; p=0,66	$283,7 \pm 26,3$ n=21; p=0,1	$440,2 \pm 67,7$ n=7; p=0,33	$364,2 \pm 41,9$ n=12
Ингибин В (нг/мл)	$111,3 \pm 5,2$ n=21; p=0,43	$111,8 \pm 6,3$ n=16; p=0,12	$109,7 \pm 10,1$ n=5; p=0,11	$125,8 \pm 4,4$ n=10
Эстрадиол (пмоль/л)	$308,4 \pm 28,7$ n=22; p=0,71	$281,2 \pm 31,3$ n=17; p=0,88	$401,1 \pm 54,8$ n=5; p=0,18	$289,2 \pm 45,6$ n=12
Тестостерон (нмоль/л)	$4,9 \pm 1,5$ n=23; p=0,61	$4,6 \pm 1,8$ n=18; p=0,72	$6,1 \pm 3,5$ n=5; p=0,35	$3,8 \pm 0,6$ n=12
ДГА-S (МКГ/мл)	$2,8 \pm 1,0$ n=23; p=0,81	$3,2 \pm 1,3$ n=18; p=0,7	$1,6 \pm 0,2$ n=5; p=0,34	$2,4 \pm 0,6$ n=10

Примечание: за статистически значимые принимали различия при $p < 0,05$; статистически значимых различий не выявлено ни в одном случае.

билитация после операции с включением в схему лечения иммуномодулятора и метаболического препарата может быть эффективной профилактикой рецидива кист. Полученные данные требуют подтверждения в эксперименте и расширения клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

- 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.
- Mittal S., Gupta N., Sharma A.K., Dadhwal V. Laparoscopic management of a large recurrent benign mucinous cystadenoma of the ovary // Arch. Gynecol. Obstet. – 2008. – Vol. 277. – № 4. – P. 379-380.
- Hauuy J.P., Ménard A., Madélenat P. Modern management of ovarian cysts // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris). – 1990. – Vol. 19, № 5. – P. 570-573.
- Somigliana E., Ragni G., Infantino M., Benedetti F., Arnoldi M., Crosignani P.G. Does laparoscopic removal of nonendometriotic benign ovarian cysts affect ovarian reserve? // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2006. – Vol. 85. – № 1. – P. 74-77.
- Радзинский В.Е., Духин А.О. Реабилитация репродуктивной функции после хирургического лечения доброкачественных образований яичников // Трудный пациент. – № 2. – 2006. – С. 10-12.
- Бекманн Ч.Р., Линг Ф., Баржански Б. Акушерство и гинекология: Учебник для вузов (пер. с англ. Шур А.А., Плешакова Ф.И., Климовой М.Л. и др. под ред. Занько С.Н.). – М.: Медицинская литература, Ассоциация, 2004. – 548 с.
- Бухарина И.Ю. Морфофункциональные изменения придатков матки при монополярной коагуляции и их коррекция антиоксидантным комплексом: Дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2003. – 180 с.
- Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада-Х. – 1999. – 149 с.
- 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.

REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS AND AFTER LAPAROSCOPIC CYSTECTOMIES

I.A. Petrov, A.O. Okorokov, Yu.V. Petrina, Yu.A. Kadesnikova, M.S. Petrova, O.A. Tikhonovskaya, S.V. Logvinov

SUMMARY

The paper presents prospective investigation of 55 women of reproductive age with functional cysts (FC). The basic group (n=35) involved women with laparoscopic cystectomies, the comparison group (n=20) were women without operative treatment. Basic clinical-laboratory parameters of reproductive health were studied. FC was shown to have complex genesis of occurrence. Clinical implications of cysts depend from their histotype. Complicated course of FC cannot be the absolute indication to operation. The laparoscopic cystectomy with gentle manipulation with ovarian tissue does not essentially influence on hormonal profile. The obtained data need further experimental and clinical investigations.

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