
УДК 618.17:618.11-006.2:616.62-089.87

ВЛИЯНИЕ ИНДОЛ-ТРИ-КАРБИНОЛА НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

Ю.А. Кадесникова, О.А. Тихоновская, И.А. Петров, А.О. Окороков, С.В. Логвинов

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск
E-mail: ylia50@yandex.ru

INDOLE-3-CARBINOL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS

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

Siberian State Medical University, Tomsk

Проведено проспективное исследование 79 женщин репродуктивного возраста с функциональными кистами яичников. Проводилось консервативное (индинол) или оперативное (цистэктомия) лечение с последующим применением индинола в течение 3 мес. Показана высокая эффективность разработанного способа лечения в виде достоверного уменьшения частоты рецидивов, восстановления менструальной и репродуктивной функций.

Ключевые слова: функциональные кисты яичников, бесплодие, индол-три-карбинол (индинол), цистэктомия.

79 women of reproductive age with functional ovarian cysts were examined. Treatment was nonoperative (indimole-3-carbinol) or operative (cystectomy) with the subsequent application of Indinol within 3 months. High efficiency of the developed way of treatment in the form of authentic reduction of frequency of relapses, restoration of menstrual cycle and reproductive functions is shown.

Key words: functional ovarian cysts, sterility, indole-3-karbinol (Indinol), cystectomy.

Введение

Опухолевидные ретенционные образования составляют 70,9% всех кистозных овариальных образований [5]. В настоящее время лечение опухолевидных образований

яичников преимущественно оперативное [4]. Однако известно, что оперативное вмешательство на яичниках снижает их функционально-морфологический резерв с последующим снижением эффективности вспомогательных репродуктивных технологий [3]. Кроме того, оператив-

ное лечение не является патогенетическим, не исключает рецидива заболевания, а используемая с целью гемостаза хирургическая энергия вызывает повреждение здоровой яичниковой ткани и выраженную воспалительную реакцию в перифокальных зонах воздействия [2]. Некоторыми авторами показано несовершенство послеоперационного восстановительного лечения. В большинстве случаев после удаления кисты яичника консервативное лечение не проводится, что, по всей видимости, является фактором, способствующим рецидиву заболевания и бесплодию у таких пациенток [1].

Цель исследования: оценить влияние препарата, содержащего индол-три-карбинол, на отдельные параметры репродуктивного здоровья женщин с функциональными кистами яичников.

Материал и методы

Проведено проспективное исследование 79 женщин с функциональными кистами яичников, находившихся на амбулаторном или стационарном лечении в гинекологической клинике Сибирского государственного медицинского университета и Первой частной клинике. Возраст исследуемых составил 18–42 лет (средний возраст – $26 \pm 1,2$ лет), 83% из них – пациентки молодого репродуктивного возраста. Показаниями для госпитализации явились: осложненное клиническое течение кист яичников (разрыв кисты, кровоизлияние в кисту) и опухолевидные образования яичников в сочетании с бесплодием. Обследование включало в себя стандартные клинико-лабораторные исследования; определение онкомаркеров (СА-125, РЭА) – по показаниям, ультразвуковое сканирование органов малого таза.

Пациентки были разделены на 3 группы: основную группу I ($n=22$) составили пациентки с неосложненным течением кист яичников (фолликулярные кисты и кисты желтого тела), получающие индинол. В основную группу II ($n=27$) вошли пациентки с неосложненным/осложненным течением кист яичников, прооперированные в объеме органосохраняющей операции (цистэктомия), получающие индинол с 3-х суток послеоперационного периода в дозе 300 мг в сутки, курсом 3 месяца (патент на изобретение № 2364411 от 20.08.09 “Средство и способ профилактики рецидива кист яичников”). Свидетельство о государственной регистрации № 77.99.23.3.У.1451.3.07 от 06.03.2007 г., фирма-производитель – ЗАО “Миракс-БиоФарма”, Москва. Группу сравнения ($n=30$) составили больные с ретенционными образованиями яичников, прооперированные в объеме органосохраняющей операции (цистэктомия), получающие монофазные комбинированные оральные контрацептивы в циклическом режиме. Прооперированные пациентки также получали базисную послеоперационную терапию, соответствующую отраслевым стандартам.

Полученные данные обрабатывались по правилам параметрической и непараметрической статистики. Проверка нормальности распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. При нормальном распределении переменных (для оценки межгрупповых различий признаков, имеющих непрерывное распре-

ление) проверка гипотезы о равенстве выборочных средних выполнялась с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок. В случае отсутствия согласия данных с нормальным распределением применялся непараметрический критерий Манна–Уитни. При сравнении частотных величин использовали точный критерий Фишера (F) и χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты

Основными жалобами, предъявляемыми женщинами при поступлении, были боль, нарушение менструального цикла и бесплодие. Болевой симптом характеризовался различной интенсивностью: от слабых до острых (у каждой третьей пациентки) и преобладал в группе сравнения ($\chi^2=21,5$, $p < 0,01$; $\chi^2=6,6$, $p=0,005$ по отношению к пациенткам основной группы I и II соответственно). Нарушения менструального цикла одинаково часто встречались у пациенток основной группы II и группы сравнения и значимо реже – у пациенток основной группы I, чем у основной группы II ($\chi^2=4,5$, $p=0,02$). Бесплодие встречалось в 3 раза чаще в основных группах I, II, чем у пациенток группы сравнения. Репродуктивная функция была реализована у 14 (17%) пациенток, причем большинство из них (57%) были пациентки группы сравнения. Рецидивирующее течение кист яичников диагностировано у 16 пациенток (7 пациенток основной группы I, 4 – пациентки основной группы II, 5 – пациентки группы сравнения); оперативное лечение в анамнезе – у 5, 2 и одной пациентки соответственно: трем пациенткам выполнена резекция яичника, пяти – цистэктомия.

При вагинальном исследовании объемные образования в проекции маточных придатков определялись у 91% пациенток. По данным ультразвукового сканирования органов малого таза, у всех пациенток в проекции маточных придатков определялись жидкостные образования диаметром от 32 до 115 мм.

Функциональные кисты яичников при лапароскопии были выявлены у всех пациенток. Разрыв капсулы кисты или кровоизлияние в полость отмечались у 38,5% женщин. У большинства пациенток (72%) диагностирована сопутствующая гинекологическая патология: спаечный процесс (29%), хронический сальпингит (45%), миома матки (14,5%), эндометриоз (16%), параовариальная киста (3%). Объем операции в 30,5% ограничивался только цистэктомией. Кроме того, выполнялся адгезиолизис (26%), миомэктомия (14,5%), коагуляция очагов эндометриоза (16%), параовариоцистэктомия (3%), сальпингэктомия (7,4%). Проходимость маточных труб была сохранена, по данным хромогидротубации, у 53 (92,9%) пациенток. Облитерация одной или обеих маточных труб была диагностирована у 4 (7%) пациенток в истмическом или интерстициальном отделах. Нарушение проходимости одной или обеих маточных труб или проходимость их “под давлением” выявлено у 9 (15,8%) пациенток.

При контрольном осмотре через 6 месяцев в основной группе I пациентки жалоб не предъявляли, менструальный цикл не нарушен, по данным бимануального исследования и ультразвукового сканирования органов ма-

лого таза, – без патологических изменений. В 16,7% случаев диагностирована маточная беременность у женщин, планирующих беременность. В основной группе II жалобы на нарушение менструального цикла по типу олигоменореи предъявляла одна пациентка, на дисменорею – 2 (7,4%). Желанная беременность наступила у 22% женщин этой группы. В группе сравнения у одной пациентки отмечалось нарушение менструального цикла по типу олигоменореи; частота наступления беременности в этой группе составила 10%, что достоверно ниже аналогичного показателя женщин основной группы ($p=0,005$).

При осмотре через 12 месяцев рецидив кистозного образования диагностирован у 9% пациенток основной группы I, у 7% пациенток основной группы II и 10% пациенток группы сравнения. Частота наступления беременности составила 27,8% в основной группе I, 38,9% и 25% – в основной группе II и группе сравнения соответственно ($p=0,001$).

Обсуждение

Бесплодие является единственным симптомом заболевания у каждой третьей пациентки с функциональными кистами яичников. Сочетание бесплодия с объемным образованием яичника является показанием к хирургическому лечению. Оперативное вмешательство, выполненное даже в щадящем объеме (цистэктомия) с соблюдением принципов функциональной хирургии, неизбеж-

но сопровождается риском глубокого повреждения ткани яичников и уменьшением овариального резерва, что требует дифференцированного и строго обоснованного подхода к оперативному вмешательству. Наступление беременности у каждой третьей пациентки, прооперированной по поводу кист яичников и получающей индинол в послеоперационном периоде, свидетельствует об эффективности данного препарата и целесообразности его назначения у женщин, планирующих беременность.

Литература

1. Адамян Л.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М. и др. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек. – М.: Гэотар-Медиа, 2007. – 104 С.
2. Бухарина И.Ю. Морфофункциональные изменения придатков матки при монополярной коагуляции и их коррекция антиоксидантным комплексом: автореф. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Томск, 2003. – 19 с.
3. Корсак В.С., Парусов В.Н., Кирсанов А.А. и др. Влияние резекции яичников на их функциональный резерв // Проблемы репродукции. – 1996. – № 4. – С. 63-67.
4. Савельева Г.М., Фёдорова И.В. Лапароскопия в гинекологии. – М.: Гэотар Медицина, 2000. – С. 140-159.
5. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада-Х, 1999. – 149 с.

Поступила 10.09.2010