

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ ЯИЧНИКОВ

Б.М. СОЮНОВ, М.А. СОЮНОВ, А.Х. КАРАНАШЕВА

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Медицинский факультет, 117198 Москва, Россия

Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников занимают второе место в структуре всех опухолевых образований женских половых органов, а следовательно являются часто встречаемой гинекологической патологией. Их частота за последние десять лет выросла с 6-11 % до 9-25 %. Частота опухолевидных образований яичников у женщин репродуктивного возраста в структуре новообразований яичников составляет 75-87 %. Целью нашего исследования стало выявление отдаленных результатов проведенного лечения данной нозологии.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, опухоли и кисты яичников, бесплодие.

Актуальность проблемы. Восстановление репродуктивного здоровья женщин после операций на яичниках по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образований является одной из актуальных проблем в гинекологической практике, что объясняется неуклонным ростом частоты данной патологии за последние 15 лет - с 6-11% до 20-28% от всех опухолей половых органов [1, 2, 3, 11]. Из них 75-87% являются доброкачественными. Частота опухолевидных образований у женщин репродуктивного возраста в структуре образований яичников составляет 58,8% [7,8,9]. Сведения об особенностях репродуктивной функции у пациенток после резекции яичников и односторонней аднексэктомии в отдаленные сроки после оперативного лечения недостаточно, нет единого алгоритма реабилитационных мероприятий как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

Целью нашего исследования стало выявление отдаленных результатов проведенного оперативного лечения на яичниках и восстановления репродуктивной функции женщин.

Материалы и методы. Были обследованы 153 пациентки, прооперированные по поводу доброкачественных образований яичников в городской клинической больнице № 64 (гл. врач к.м.н. Плавунин Н.Ф.) г. Москвы с 1992 по 2004 гг. К моменту оперативного лечения половой жизнью жили 149 (97,4%) больных. Возраст начала половой жизни колебался от 14 до 29 лет, составляя в среднем $18,0 \pm 0,1$ лет.

Из числа обследованных 80 (52,3%) пациенток были оперированы по поводу опухолевидных образований яичников. Из них кисты желтого тела были у 27 (17,7%) больных, фолликулярные - у 13 (8,5%), паровариальные - у 7 (4,6%) и эндометриозные - у 33 (21,6%). Истинные опухоли яичников выявлены у 73 больных (47,9%). Среди эпителиальных опухолей яичников доброкачественные серьезные цистаденомы имели место у 32 (20,9%) пациенток, муцинозные цистаденомы - у 6 (3,3%), фиброма яичника - у 4 (2,6%), герминогенные опухоли яичников - у 31 (20,3%) пациенток.

Высокий процент (52,3%) опухолевидных образований у обследованных нами пациенток может быть объяснен отчасти их молодым возрастом, что соответствует также данным ряда авторов [1, 2, 3, 8, 9, 11] о том, что опухолевидные образования чаще встречаются в возрасте от 18 до 35 лет; а опухоли яичников - чаще в возрасте от 30 до 75 лет.

До оперативного лечения беременности были у 76 (49,7%) и отсутствовали у 77 (50,3%) женщин. Из них не жили половой жизнью 4 - (2,6%). Среди обследованных отмечался низкий процент использовавших контрацепцию, т.е. внутриматочные

контрацептивы использовали 16 (10,7%), комбинированные оральные контрацептивы - 15 (10,1%).

Большее количество беременностей до оперативного лечения было в группе женщин, перенесших лапаротомную аднексэктомию (57,1%), что можно объяснить наибольшим средним возрастом пациенток в данной группе - $27,30 \pm 0,48$ лет.

Общее число беременностей у обследованных больных до операции составило 245. Только 72 (29,4%) беременности из 245 закончились своевременными родами, преждевременные роды были у 7 (2,9%). Большая часть беременностей (55,9%) закончилась абортми. Обращает на себя внимание довольно высокий процент таких осложнений беременностей, как преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся беременности, которые составили 34 (13,9%) случая.

Общее количество беременностей после оперативного лечения составило 165. Среднее количество беременностей, приходящихся на одну женщину после оперативного лечения, составило 1,1 (до операции - 1,6).

После операции 66 (40,0%) беременностей закончились своевременными родами и 3 (1,8%) - преждевременными. Количество беременностей, закончившихся родами, возросло - с 32,3% до операции, до 40,0% - после. Большая часть беременностей как до, так и после оперативного лечения закончилась абортми - 76 (46,1%). Такие осложнения беременностей, как преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся и внематочные беременности встретились в 20 (12,1%) случаях, что несколько меньше, чем до оперативного лечения (13,9%). Среди женщин, оперированных лапаротомным доступом, наблюдались два случая внематочной беременности, что можно связать с развитием спаечного процесса в брюшной полости после лапаротомных операций.

Наибольшая частота наступления первой беременности отмечена в период от 6 до 24 месяцев после операции ($p < 0,01$), достигая максимума через 1 год за счет восстановления функций оставшейся яичниковой ткани.

Как свидетельствуют полученные нами данные, после удаления правого яичника достоверно чаще ($p < 0,05$) снижалась детородная функция женщин, что доказывает анатомо-функциональное преобладание правого яичника над левым.

Анализ нарушения детородной функции в виде первичного и вторичного бесплодия до и после операции представлен в табл. 1.

Таблица 1

Частота бесплодия у пациенток до и после оперативного лечения

№ п/п	Вид оперативного вмешательства		Бесплодие					
			первичное до операции	вторичное до операции	первичное до и после операции	после операции	после повторной операции по поводу рецидива	всего до операции
1	Лапаротомная резекция яичника	n	6	2	3	4	-	11
		%	13,3	4,4	6,7	8,9	-	24,4
2	Лапароскопическая резекция яичника	n	6	2	3	2	-	11
		%	12,8	4,3	6,4	4,3	-	23,4*
3	Аднексэктомия лапаротомная	n	2	4	4	7	1	11
		%	5,7	11,4	11,4	20,0	2,9	31,4
4	Аднексэктомия лапароскопическая	n	3	2	3	5	-	8
		%	11,1	7,7	11,1	19,2	-	29,6

Примечание: * - разность показателей между группами достоверна: $p < 0,01$

Обращает на себя внимание то, что количество пациенток с бесплодием до оперативного лечения примерно одинаковое и составило 40 (26,1%), т.е. наблюдалось у каждой четвертой женщины.

После лапаротомной резекцией яичника беременность наступила у 8 (17,8%) женщин, у которых было бесплодие до операции, после лапароскопической резекции яичника у 8 - (17,0%). После лапаротомной аднексэктомии беременность наступила у двух пациенток с первичным бесплодием и у четырех - с вторичным, а после лапароскопической аднексэктомией беременность наступила у 5 (18,5%) пациенток, причем у трех из них было первичное бесплодие до операции, а у двух - вторичное. Можно заключить, что наступление беременности обусловлено нормализацией взаимоотношений в гормональной системе прооперированных женщин.

Однако следует отметить, что количество пациенток после лапаротомной аднексэктомии с бесплодием увеличилось с 11 (31,4%) до 13 (37,1%), а после лапароскопической аднексэктомией их количество не изменилось и составило 8 (29,6%). После правосторонней аднексэктомии бесплодие выявлено у 12(35,3%), а левосторонней - у 7(25,9%). То есть, частота бесплодия также находится в прямой зависимости от объема, доступа и латерализации оперативного вмешательства. Самая низкая частота его отмечена у больных с лапароскопической резекцией яичника, а самая высокая - у пациенток с лапаротомной аднексэктомией (правосторонней).

Следовательно, ближайшие и отдаленные результаты эффективности оперативного лечения больных с доброкачественными опухолями и кистами яичников зависят: от объема и метода оперативного вмешательства с учетом латерализации оперативного вмешательства (восстановление репродуктивной функции достоверно хуже после правосторонней аднексэктомии); возраста пациенток на момент операции (чем моложе возраст пациенток, тем компенсаторные возможности оставшейся яичниковой ткани больше); проведенной реабилитационной терапии.

Литература

1. Адамьян Л.В. Состояние репродуктивной системы больных доброкачественными опухолями внутренних половых органов и принципы ее восстановления после хирургического лечения.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 1985. - 36 с.
2. Адамьян Л.В. Лапароскопия в лечении опухолей яичников. //Акуш. и гин. - 1999. - № 4. - С. 56-59.
3. Айламазян Э.К., Беляева Т.В., Виноградова Е.Г. Влияние экологической обстановки на репродуктивное здоровье женщины. Новый взгляд на проблему. // Вест. Росс. ассоц. акуш. и гин. - 1996. - №2. - С. 13-16.
4. Н.В., Ушакова Г.А. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин. // Акуш. и гин.. - 1997. - № 4. - С.3-5.
5. Айламазян Э.К. Репродуктивное здоровье женщины как критерий биоэкологической диагностики и контроля окружающей среды. // Журнал акушерства и женских болезней. - 1997. - № 1.- С. 6-10.
6. Бенедиктов Д.И., Сапир М.В. Последствия односторонней овариоэктомии у женщин репродуктивного возраста. // Акуш. и гин.. - 1991. - № 4. - С.57-59
7. Галустьян С.А., Белкина Н.В. Опыт лечения кист и кистом яичников в репродуктивном периоде. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамьян. - М.,1998. - С.369-371.
8. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы // Проблемы репродукции. - 1999. - № 2. - С.6-9.
9. Кузнецова Е.П. Восстановление репродуктивной функции при кистах яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях: Автореф. дис. . канд. мед. наук. - Ижевск, 2001. -24 с.
10. Радзинский В.Е. Репродуктивное здоровье в XXI веке. // Мат. научно-практ. конф «Амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь» (19 апреля 2001 г.). - М.-2001. - С.1-10.

11. *Querleu D., Parmentier D., Chevallier L.* Kystes de ovarire: strategie et prognostic. // *Contrac. Fert. Sex.* -1993.- Vol.21, №2.-P.167-172.
12. *Loh F.H., Tan A.T., Kumar J.* et al. Ovarian response after laparoscopic ovarian cystectomy for endometriotic cysts in 132 monitored cycles. // *Fertil. Steril.* -1999. Aug. -Vol.72, N2. -P. 316-321.
13. *Hughes R.S.* Dietary fibre and female reproductive physiology. // *Dietary Fibre perspectives. Reviews and Bibliography.* – London: John Zibbey. – 1990. – P.82-84.

**RECOVERY OF GENESIAL HELFH FOR THE WOMAN AFTER OPERATIONS
CONCERNING GOOD-QUALITY SWELLINGS AND CYSTS OF OVARIES**

B.M. SOYUNOV, M.A. SOYUNOV, A.H. KARANASHEVA

Department of Obstetrics and Gynaecology with course of Perinatology

Peoples' Friendship University of Russia

8, *Miklukho-Maklaya st., Medical faculty. Moscow 11718, Russia*

Good-quality swellings and the tumorous formations take the second place among of all tumoral formations of female generative organs, and consequently are often met as the gynecological pathology. Their frequency for the last ten years has grown from 6-11% to 19-25 %. The frequency of tumorous formations of ovaries at women of reproductive age among of all neoplasms of ovaries makes 75-87 %. The purpose of our research was the detections of long-term results of the conducted treatment of the given nosology.

Key words: Good-quality swellings and the timorous, reproductive health.