

УДК 618.11-006-07

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТЕНЦИОННЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКОВ

¹Серебrenникова К.Г., ²Кузнецова Е.П.

¹ГОУ ВПО «Первый московский государственный
медицинский университет им. Сеченова, Москва

²ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава, Ижевск
doctorfamily@mail.ru²

В статье показана эффективность комплексной патогенетической терапии с целью восстановления менструальной и репродуктивной функции, проводимой 163 больным репродуктивного возраста с ретенционными кистами яичников после эндоскопических операций. Лечение включало в себя системную энзимотерапию, иммуномодулирующую терапию в раннем послеоперационном периоде с одновременным назначением гормональных препаратов, что позволило восстановить менструальную и репродуктивную функцию у больных с фолликулярными кистами и кистами желтого тела.

Ключевые слова: ретенционные образования, диагностика, лечение

Проблема реабилитации репродуктивного здоровья у женщин детородного возраста с кистами яичников продолжает оставаться актуальной как в связи с высокой частотой данной патологии [1, 5, 8, 11], так и с увеличением числа женщин, страдающих бесплодием [2, 3, 4].

Цель настоящего исследования – восстановление менструальной и репродуктивной функции у больных с ретенционными образованиями яичников – фолликулярными кистами яичников и кистами желтого тела.

Материалы и методы

В исследование были включены 345 женщин репродуктивного возраста с ретенционными образованиями яичников, среди которых 127 больных с фолликулярными кистами яичников и 166 с кистами желтого тела. Средний возраст больных в группах наблюдения составил $29,88 \pm 8,41$ лет, $m = 0,75$ (CI 95% 28,41; 31,36) и $31,45 \pm 8,89$ года, $m = 0,69$ (CI 95% 30,09; 32,81) ($p = 0,11$).

На первом этапе всем 345 больным с ретенционными образованиями было проведено тщательное клинико-лабораторное **обследование**, определение уровней СА-125, гормонального статуса, ультразвуковое ис-

следование с доплерометрией (по показаниям выполнялась магнитно-резонансная томография), больным с бесплодием – оценка овариального резерва.

На втором этапе в неосложненных случаях при диагностике функционального яичникового образования размерами не более 5 см, с бессимптомным течением, характерными эхографическими признаками и визуализируемым периферическим кровотоком нами в течение 1–3 менструальных циклов проводилось **консервативное лечение**. Консервативная медикаментозная терапия при динамическом наблюдении была проведена среди 102 из 345 пациенток с ретенционными образованиями ($29,56\% \pm 0,02$). Терапия подбиралась индивидуально и включала в себя современные противовоспалительные средства: антибиотики в зависимости от микрофлоры и чувствительности, нестероидные противовоспалительные препараты, а также препараты системной энзимотерапии и гормональные средства (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены). При отсутствии противопоказаний 69 из 102 пациенток ($67,65\% \pm 0,05$) под УЗИ контролем была проведена гормональная терапия монофазными оральными контра-

цептивами (новинет, регулон, микрогинон) в обычном циклическом режиме в течение 3 месяцев. При положительной динамике (уменьшении размеров образования или полной редукции) гормональную терапию продолжали в дальнейшем до 6 и более месяцев. Курс противовоспалительной терапии при наличии кисты с явлениями воспаления, как по данным лабораторного обследования, так и при наличии явных клинических признаков, был проведен 33 из 102 пациенток ($32,35\% \pm 0,05$).

Больным с ретенционными образованиями размерами более 5 см в диаметре, с отрицательной динамикой или отсутствием положительной динамики после консервативной терапии ($n = 293$) было проведено **хирургическое лечение** с морфологическим исследованием удаленных тканей яичника.

На третьем этапе с целью восстановления менструальной и репродуктивной функции 163 прооперированным больным, давшим информированное согласие с учетом гистологического заключения и изменений гормонального статуса, была назначена комплексная патогенетическая терапия, включающая гормональные препараты, иммуномодулирующая (виферон) и системная энзимотерапия (вобензим) [6, 7, 10, 12]. Для проведения сравнительного анализа результатов лечения была сформирована группа сравнения ($n = 51$) – больные с аналогичными заболеваниями, оперированные лапароскопическим доступом и отказавшиеся по различным причинам от послеоперационной терапии. Средний возраст больных группы сравнения составил $33,0 \pm 12,04$ года, $m = 1,68$ (СІ 95% 29,61; 36,38;) ($p = 0,051$ и $p = 0,32$ по сравнению с группами наблюдения).

Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась при анализе следующих параметров: динамики жалоб больных, оценки менструальной и репродуктивной функции; объективных признаков заболевания (при физикальном и ультразвуковом исследованиях). Динамическое наблюдение за пациентками осуществлялось в течение 6–12 месяцев.

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью про-

граммы обработки электронных таблиц Statistica 6.0 с использованием общепринятых параметрических и непараметрических статистических методов [9].

Обсуждение результатов

Больные фолликулярными кистами яичников чаще всего предъявляли жалобы на боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом, носящие тупой, ноющий характер ($66,14\% \pm 0,04$), нарушения менструальной функции ($54,33\% \pm 0,04$) – по типу альгоменореи ($32,28\% \pm 0,04$) и полименореи ($20,47\% \pm 0,03$), нерегулярные менструации ($35,43\% \pm 0,04$), ациклические кровянистые выделения из половых путей ($11,81\% \pm 0,03$). В $7,87\% \pm 0,02$ наблюдений отсутствовали субъективные симптомы. Бесплодием страдали $27,56\% \pm 0,04$ больных. Больные с кистами желтого тела чаще предъявляли жалобы на нарушения менструальной функции ($46,98\% \pm 0,04$), в основном по типу альгоменореи ($28,31\% \pm 0,03$), нерегулярные менструации ($40,96\% \pm 0,04$), боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом в ($30,72\% \pm 0,04$), ациклические кровянистые выделения из половых путей ($18,67\% \pm 0,03$). Бесплодие имело место у $18,07\% \pm 0,03$ больных.

При осложненном течении заболевания больных с фолликулярными кистами беспокоили острые боли внизу живота различной интенсивности ($25,98\% \pm 0,04$), с иррадиацией болей в прямую кишку ($22,05\% \pm 0,04$). Симптомы раздражения брюшины были обнаружены у $20,47\% \pm 0,03$, положительный френикус-симптомом – у $4,72\% \pm 0,02$ больных. Аналогичные жалобы имели место и у больных с кистами желтого тела. Острые боли беспокоили $53,01\% \pm 0,04$ больных, симптомы раздражения брюшины выявлены в $24,7\% \pm 0,03$ наблюдений.

При проведении диагностических мероприятий нами отмечена высокая точность ультразвуковой диагностики ретенционных образований. При сопоставлении данных трансвагинальной эхографии с результатами гистологического исследования в группе фолликулярных кист диагностическая точность составила $96,06\% \pm 0,02$

(122/127 случаев), в группе кист желтого тела – 96,99% ± 0,01 (161/66 случаев) ($p = 0,64$).

При проведении цветового доплеровского картирования (ЦДК) ни в одном случае ретенционных новообразований внутрипупочный кровоток выявлен не был. При спектральном анализе установлено, что кровоток в капсулах фолликулярных кист носил низкоскоростной среднерезистентный характер. В капсуле фолликулярных кист $V_{max} = 16,4 \pm 0,01$, $m = 0,0008$ (13,4-17,6) см/сек, $PI = 1,04 \pm 0,04$, $m = 0,003$ (0,21-1,27), $IR = 0,48 \pm 0,06$, $m = 0,005$ (0,35-1,01). Кровоток в капсулах кист желтого тела носил низкоскоростной высокорезистентный характер. В капсуле кист желтого тела $V_{max} = 25,4 \pm 0,03$, $m = 0,003$ (15,8-32,7) см/сек, $PI = 0,86 \pm 0,04$, $m = 0,003$ (0,64-1,12), $IR = 0,43 \pm 0,03$, $m = 0,002$ (0,33-0,7). Использование ЦДК позволило значительно повысить точность диагностики с 93,73% ± 0,02 до 98,42% ± 0,01 при фолликулярных кистах яичников и до 97,59% ± 0,01 при кистах желтого тела.

Определение концентрации СА-125 и СА-19-9 в сыворотке крови у обследованных больных производилось с целью определения возможности проведения оперативного лечения методом лапароскопии. Значения СА-125 у больных с фолликулярными кистами колебались в зоне низких величин – от 9,2 до 21,5 ЕД/мл. Среднее значение составило $15,8 \pm 2,9$ ЕД/мл, $m = 0,26$. У больных с кистами желтого тела показатели СА-125 составляли от 8,7 до 37,2 ЕД/мл, среднее значение равнялось $16,1 \pm 8,3$ ЕД/мл, $m = 0,64$. Значения СА-19-9 у пациенток с ретенционными кистами яичников колебались в зоне низких величин от 0,25 до 21,9 Ед/мл и не превышали дискриминационный показатель (37 ЕД/мл).

Детальный анализ гормонального профиля обследованных пациенток выявил нарушения в выработке как гонадотропных, так и половых гормонов. У пациенток с фолликулярными кистами яичников имеется сниженная секреция ЛГ ($p < 0,001$) при повышенном уровне ФСГ ($p = 0,05$) в I фазу менструального цикла, средние значения эстрадиола в I фазе менструального

цикла и снижение его во II фазе менструального цикла, а также достоверное снижение прогестерона в лютеиновую фазу менструального цикла у 20% ± 0,07 пациенток. Соотношения ЛГ/ФСГ в среднем было меньше 1, что связано с высокими значениями ФСГ по отношению к ЛГ. У пациенток с кистами желтого тела, несмотря на то, что средние значения гонадотропных гормонов находились в пределах нормы, отмечено не только нарушение соотношения ЛГ/ФСГ в сторону увеличения показателей ФСГ по отношению к ЛГ, но и монотонный уровень ФСГ и отсутствие положительной тенденции к возрастанию уровня ЛГ в динамике менструального цикла. В связи с чем уровень эстрадиола имел тенденцию к незначительному росту во II фазе менструального цикла, а уровень прогестерона у 26,67% ± 0,08 ($p < 0,001$) пациенток был ниже нижней границы нормы.

При проведении консервативной терапии в течение первого менструального цикла регрессии на фоне приема оральных контрацептивов подверглись 10 кист (14,49% ± 0,04), после второго – 12 (17,39% ± 0,04), третьего – 16 (23,19% ± 0,05). После окончания наблюдения за регрессией кист (3 месяца) было установлено, что всего в результате гормональной терапии исчезло 38 кистозных образований (55,07% ± 0,06).

После проведения курса противовоспалительной терапии регресс образований по данным УЗИ был отмечен у 14 (13,72% ± 0,06) пациенток (рис. 1).

Оперативное лечение в плановом порядке – 58,7% ± 0,03 (172/293 случаев) – больным проводилось в начале или середине фолликулярной фазы менструального цикла как лапароскопическим – в 82,59% ± 0,02 (242/293 случаев), так и лапаротомным доступом – в 17,41% ± 0,02 (51/293 случаев). Исключения составили экстренные ситуации, возникшие на этапе обследования и подготовки к оперативному лечению – 41,29% ± 0,03 (121/293 случаев). Объем оперативного вмешательства имел прямую и обратную зависимости от возраста ($r = 0,089$), экстренности проведения операции ($r = 0,166$), интраоперационного диагноза ($r = 0,152$), от принадлежности

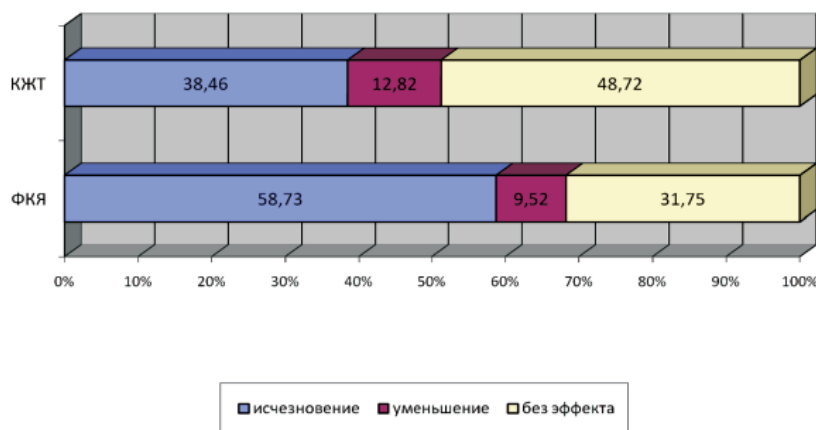


Рис. 1

новообразования к определенной морфологической группе ($r = -0,175$), сочетания новообразования с другой патологией органов малого таза ($r = -0,166$) или с наружным генитальным эндометриозом ($r = -0,230$), а также от необходимости проведения дополнительного оперативного вмешательства на втором яичнике при двустороннем процессе ($r = -0,232$).

Были выполнены: 120 цистэктомий ($40,96\% \pm 0,03$), 137 резекций яичников ($44,76\% \pm 0,03$). Реже выполнялись сальпинговарэктомии ($8,87\% \pm 0,02$) и коагуляции небольших (до 2 см) кист яичников ($2,39\% \pm 0,008$). При обнаружении образования яичника на противоположной стороне выполнено 31 вмешательство в объеме: цистэктомий ($45,16\% \pm 0,09$) и резекции яичника ($45,16\% \pm 0,09$), 2 пациенткам ($6,45\% \pm 0,04$) взята биопсия яичника, 1 ($3,2\% \pm 0,03$) выполнена сальпинговарэктомия. При выявлении спаечного процесса в малом тазу производили диагностическую хромосальпингоскопию, овариосальпинголизис и разъединение спаек, пластику труб.

После оперативного лечения 101 пациентке, не имеющей планов в отношении деторождения, была назначена терапия с целью восстановления менструальной функции. До оперативного лечения и проведения терапии у больных имели место следующие нарушения менструального цикла: нерегулярный цикл ($45,54\% \pm 0,05$), альгоменорея ($7,92\% \pm 0,03$), олигоменорея ($7,92\% \pm 0,03$). Сочетание различных на-

рушений менструального цикла составляло $26,73\% \pm 0,04$.

Для восстановления менструального цикла назначался низкодозированный комбинированный оральные контрацептивы – этинилэстрадиол в сочетании с дезогестрелом. На фоне лечения через 1 месяц приема комбинированных оральных контрацептивов нарушения менструального цикла сохранялись всего у 42 больных ($41,58\% \pm 0,05$), через 3 месяца у всех больных, принимающих препарат, менструации носили регулярный характер. Не наблюдалось олигоменорея и аменорея. В группе сравнения через 1 месяц после операции положительный результат в плане восстановления менструальной функции отметила только 1 пациентки ($1,96\% \pm 0,02$), что было достоверно меньше ($p = 0,000$), чем у больных, получающих комбинированные оральные контрацептивы.

До начала использования комбинированных оральных контрацептивов у 8 ($7,92\% \pm 0,03$) больных из 101 отмечалась альгоменорея, через 3 месяца приема альгоменорею отмечали всего лишь 2 ($1,98\% \pm 0,01$) больные. У 2 больных ($1,98\% \pm 0,01$) на 3-м месяце приема все же сохранялась полименорея. К 6-му месяцу данных клинических симптомов не отмечалось. В группе сравнения положительной тенденции в плане лечения альгоменореи не было.

Последующее (спустя 1 год после операции) возобновление у 9 больных ($8,91\% \pm 0,03$) нарушений менструальной

функции совпало с прекращением гормональной терапии.

Восстановление детородной функции было проведено 62 пациенткам с бесплодием. В зависимости от результатов гистологического исследования и изменений гормонального статуса каждой пациентке была разработана индивидуальная программа лечения. 85,29% ± 0,06 больных с оперированными фолликулярными кистами и 92,86% ± 0,05 с оперированными кистами желтого тела получили эстрогены в сочетании с гестагенами или комбинированные эстроген-гестагенные препараты. Чистые гестагены были рекомендованы больным с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы – 8,94% ± 0,05 с оперированными фолликулярными кистами яичников и 7,14% ± 0,05 с оперированными кистами желтого тела. Агонисты были назначены 6,04% ± 0,04 больным с оперированными фолликулярными кистами яичников в сочетании с наружным генитальными эндометриозом.

В результате проведенной комплексной терапии беременность наступила у 40 из 62 пролеченных больных с бесплодием, что составило 64,52% ± 0,06. Самопроизвольными родами закончились 50,0% ± 0,08 беременностей, операцией кесарево сечение 25,0% ± 0,07, самопроизвольным выкидышем – 7,5% ± 0,04, продолжают вынашивать беременность 7 больных (17,5% ± 0,06). В группе сравнения беременность наступила у 6 больных, это составило 11,76% ± 0,04, что было достоверно ниже, чем в группе больных, получавших специальную терапию ($p = 0,02$).

В результате комплексной патогенетической терапии, проведенной после оперативного вмешательства, менструальная функция нормализовалась в 58,42% ± 0,05 через 1 месяц и в 100,0% через 3 месяца после операции. Восстановление фертильности получено в 24,54% ± 0,03 наблюдений (рис. 2).

Таким образом, предложенная тактика обследования и лечения больных с ретенционными образованиями яичников за-

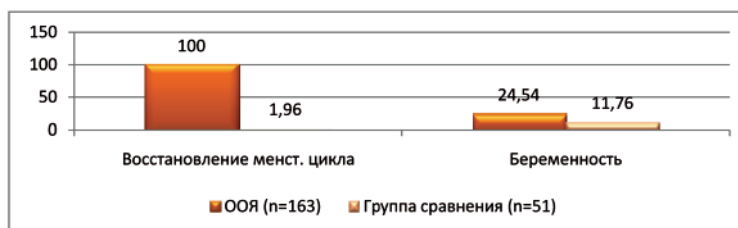


Рис. 2

ключается в раннем выявлении причины и последовательном проведении лечебных этапов, конечная цель которой – восстановление репродуктивного здоровья и максимально быстрая реализация детородной функции женщины.

Список литературы

1. Гаспаров А.С. и др. Апоплексии яичника и разрывы кист яичника. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 176 с.
2. Кузнецова Е.П. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных с опухолевидными образованиями и доброкачественными опухолями яичников // Вест-

ник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2008. – Т.3, №1. – С. 51–57.

3. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Consilium Medicum, 2007. URL: <http://www.consilium-medicum.com/magazines/cm/medicum> (дата обращения: 03.09.09).

4. 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.

5. Серебренникова К.Г. и др. Доброкачественные опухоли яичников в практике

- семейного врача: учебное пособие.– М., 2008. – 90 с.
6. Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П. Комплексная терапия и реабилитация у женщин с фолликулярными кистами яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях // Гинекология. – 2002. – Т. 4. – С. 174–176.
7. Союнов Б.М., Союнов М.А., Каранашева А.Х. Восстановление репродуктивного здоровья женщин после операций по поводу доброкачественных опухолей и кист яичников // Вестник РУДН, 2005. URL: <http://www.rdn.ru/index.php> (дата обращения: 26.11.09).
8. Стародубов В., Цыбульская И., Суханова Л. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. – 2009. – №2. – С. 11–16.
9. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы до-казательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 2004. – С. 98–120.
10. Baerwald A., Olatunbosun O., Pier-son R. Ovarian follicular development is initiated during the hormone-free interval of oral contraceptive use // *Contraception*. – 2004. – №70. – P. 371–377.
11. Nowak M., Szpakowski M., Malino-wski A., Maciolek-Blewniewska G., Wil-czynski J.R., Wladzinski J., Kaminski T., Raczowska Z. Leczenie operacyjne lagodnych guzow jajnika: laparotomia i laparoscopia. [Laparoscopy and laparotomy in the operative treatment of ovarian cysts]. – *Ginekol-Pol*. 2000, Sep; 71(9): 1173-8.
12. Postoperative administration of mono-phasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial / Muzii L. et al. // *Am. J Obstet Gynecol*. – 2000. – V. 183. – P. 588–592.

MODERN THERAPY OF PATIENT WITH FUNCTIONAL OVARIAN CYSTS

¹Serebrennicova K.G., ²Kuznetsova E.P.

SEI HVE «The first Moscow State Medical University name Sechenov, Moscow

²SEI HVE "Izhevsk State Medical Academy» Roszdrav, Izhevsk

*doctorfamily@mail.ru*²

This article shows the efficiency of the integrated pathogenic therapy, with a view to restoring the menstrual and reproductive function of 163 patients of childbearing age with ovarian cysts retentionnymi after endoscopic operations. The treatment includes a system with immunomodulatory therapy nzymotherapy, early postoperative period with hormonal drugs that restore menstrual and reproductive effects in patients with follicul cysts and cysts yellow body.

Key words: retention of education, diagnosis, treatment