

Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных с доброкачественными образованиями яичника и состояние репродуктивной системы после хирургической коррекции

С. А. Абдуллаева

В обзорной статье изложены современные методы диагностики доброкачественных опухолей яичников. Подчеркнута большая роль лучевой диагностики (эндовагинальное ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, цветное доплеровское картирование, энергетический лазер, новые технологии использования УЗИ, рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и др.). Представлены современные принципы оперативного лечения при доброкачественных новообразованиях яичников. Однако особенности органосохраняющих и радикальных операций у женщин репродуктивного возраста и их послеоперационной реабилитации изучены недостаточно.

Несмотря на успехи, достигнутые в гинекологии за последние десятилетия, вопросы диагностики и лечебной тактики, проблема реабилитации и профилактики нарушений функций репродуктивной системы у женщин являются серьезной научно-практической проблемой. В связи с ростом в структуре заболеваний у женщин репродуктивного возраста доли ретенционных образований, доброкачественных опухолей яичников (ДОЯ), а также синдрома поликистоза яичников, хронической ановуляции, существенно влияющей на репродуктивную функцию пациенток, проблема приобретает социальное и демографическое значение [14, 36, 46]. Особый интерес представляет современный подход к решению проблем, связанных с состоянием репродуктивной системы данного контингента больных. Проблема ДОЯ весьма важна не только вследствие их высокой распространенности и недостаточной эффективности оперативного лечения, но и в связи с вероятностью их озлокачествления. ДОЯ развиваются у женщин любого возраста в 48-64,5% случаев, но чаще в репродуктивном периоде; средний возраст больных в момент выявления образования составляет 33,2-37,3 года [5, 25, 36]. В структуре новообразований половых органов доля ДОЯ имеет четкую тенденцию к росту и за последние годы возросла от 6 до 25%. Наиболее часто встречаются эпителиальные образования - цистаденомы (серозные и муцинозные) и зрелые тератомы, относящиеся к группе герминогенных. Эпителиальные образования яичника встречаются в 22,86% случаев, образования стромы полового тяжа - в 2,64%, герминогенные образования яичников - в 15,7%, эндометриоидные кисты - 29%, кисты яичников - 19,78%, паровариальные кисты - в 4,9% и спаечный процесс с образованием кистозных полостей (серозоцеле) - в 5,2% [6, 15, 40, 47]. Удельный вес ретенционных образований среди ДОЯ составляет 25%; из них наиболее часто встречаются фолликулярные кисты - 85-90%, кисты желтого тела составляют 2-5%, текалютеинозные кисты - 1-2% [36, 42]. Несмотря на различный патогенез данной патологии, яичниковая недостаточность в значительной степени обусловлена нарушением кровоснабжения и иннервации пораженных яичников. Это проявляется атрофией фолликулярного аппарата, уменьшением функционального резерва гонад, неадекватной реакцией на эндогенные и экзогенные гормональные стимулы [12, 50]. В основе подобных нарушений лежит гипоксия и гипоксемия органа. Больные с дисфункцией яичников входят в группу высокого риска возникновения онкологических заболеваний гениталий и молочных желез [25]. Для дифференциальной диагностики и лечебной тактики при опухолях яичников (ОЯ) необходимы наиболее простые, доступные и высокоинформативные методы исследования, определения дифференциально-диагностических критериев, показаний и противопоказаний к отдельным видам оперативного вмешательства, разработки эффективных методов профилактики интра- и послеоперационных осложнений и реабилитации пациенток. Для успешного проведения дифференциальной диагностики ОЯ, соблюдая традиционный путь диагностического поиска, необходимо придерживаться принципа "от неинвазивного и высокочувствительного к сложному и высокоспецифичному". В настоящее время для диагностики и дифференциальной диагностики патологии матки и придатков используются различные методы исследования, при этом существенную роль играет лучевая диагностика. Необходимость применения различных методов лучевой диагностики связана не столько с трудностью выявления ОЯ, сколько со сложностью дифференцирования их генеза. В частности, для визуализации ОЯ наиболее часто применяется эндовагинальное ультразвуковое исследование (ЭВУЗИ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), цветное доплеровское картирование (ЦДК) кровотока и энергетический доплер [10, 39, 55, 58]. В клиническую практику внедряются различные новые методологические разработки: УЗИ с использованием мультимодальных преобразователей, полостные методы МРТ, рентгенотелевизионная техника, методы контрастного усиления в УЗИ и МРТ с новым программным обеспечением [19, 48]. УЗИ является ведущим скрининговым методом в диагностике патологии яичников и позволяет диагностировать патологические образования яичников в 54,4-79,4% случаев. Применение современной ультразвуковой техники позволяет в большинстве случаев получить довольно четкое представление о строении образования, которое почти полностью совпадает с его макроструктурой [27, 44, 57]. Отдельные типы ДОЯ имеют характерные эхографические признаки. Кисты яичников представляют собой тонкостенные однокамерные образования до 8 см в диаметре, обладающие высоким уровнем звукопроводимости. Серозные цистаденомы имеют вид однокамерных образований округлой формы с высоким уровнем звукопроводимости. Эхографическими особенностями муцинозной цистаденомы являются большие размеры (от 15 до 25 мм), наличие плотной капсулы и множественных внутренних перегородок на фоне высокой звукопроводимости. Папиллярные цистаденомы на эхограммах визуализируются как одно- или многокамерные образования округлой формы с плотной капсулой с пристеночными уплотнениями, соответствующими сосочковым разрастаниям [4, 9]. В.Н. Демидов и соавт. [9] выделили 3 типа эхографических признаков эндометриоидных кист. Для первого типа характерно наличие мелкодисперсной эхопозитивной взвеси внутри образования в сочетании с нечеткими контурами. Второй тип характеризуется эхоободной внутренней структурой образования в сочетании с высоким уровнем звукопроводимости. Третий тип - это образования с гетерогенной структурой и низким уровнем звукопроводимости. УЗИ позволяет установить правильный диагноз эндометриоидных кист в 94% наблюдений. Характерными признаками серозных кистом является наличие в больших по размерам жидкостных образованиях нескольких внутренних перегородок и четкость внутренних контуров [9, 44]. Внутренняя структура тератомы (при УЗИ) многообразна. На фоне кистозного содержимого определяются участки плотной ткани и перегородки. О наличии элементов костной ткани можно судить по возникновению интенсивных отражений от внутренних структур, позади костных включений наблюдается снижение акустической плотности тканей. Информативность УЗИ в идентификации тератом яичников достигает 90% [45]. УЗИ-признаками ретенционных образований яичников являются небольшие размеры, однородная, анэхогенная структура, четкие и ровные внутренние контуры, повышенная звукопроводимость [7, 9]. Точность дифференциальной диагностики образований органов малого таза различной природы при трансабдоминальной эхографии составляет от 21% (при злокачественных ОЯ) до 81% (при ДОЯ) [38, 40]. На наш взгляд, подобный разброс показателей выявляемости новообразований яичника при УЗИ связан с характером и степенью выраженности УЗИ-признаков, которые обусловлены рядом объективно-субъективных причин. В первую очередь имеют значение характер роста новообразования яичника, метаболическая активность ткани образования, длительность и особенности развивающегося патологического процесса. По данным Р.Г. Гатаулиной [7], совпадение данных УЗИ с патоморфологическим диагнозом составляет от 72 до 97,2%. Тем не менее в ряде случаев ДОЯ (особенно у пациенток в пре- и постменопаузальный период), трансвагинальная эхография не позволяет дифференцировать характер образования [4, 8, 27, 38]. В публикациях последних лет подчеркивается важная роль и перспективность в диагностике патологии придатков матки методики доплерографического изучения кровотока в сосудах новообразования [18, 44]. Вместе с тем отсутствует единое мнение о диагностической ценности ЦДК кровотока при дифференциальной диагностике различной природы образования органов малого таза. Многие исследователи [19, 24, 27, 39] указывают на высокую чувствительность и специфичность ЦДК кровотока при дифференциальной диагностике опухолей яичников. Авторами получены обнадеживающие результаты, в частности, преимущества при дифференциальной диагностике ДОЯ и злокачественных опухолей яичника (ЗОЯ). При проведении ЦДК главным дифференциально-диагностическим критерием является характер кровотока в образованиях яичников. Так, для неангиогенеза ЗОЯ характерен высокоскоростной и низкорезистентный тип кровотока, который оценивается преимущественно на основании вычисления индекса резистентности (ИР) и пульсационного индекса (ПИ). Но пограничные значения этих индексов, а также значение этих критериев при дифференциальной диагностике до сих пор являются спорными для многих специалистов [29, 37]. По данным К.И. Степанова [24], для фолликулярных, лютеиновых, эндометриоидных кист наличие и количество очагов васкуляризации, выявляемых при ЦДК, определяется сроком давности

заболевания: на начальном этапе его развития очаги васкуляризации имеют множественный характер, но в дальнейшем их количество снижается вплоть до полного отсутствия. Паровариальные кисты, зрелые тератомы, фибромы яичника при ЦДК характеризуются отсутствием кровотока. Точность диагностики достигает 100%. Серозная цистаденома визуализируется, как правило, в виде единичных очагов васкуляризации по периферии образования [24]. Для муцинозных цистаденом характерными эхографическими признаками являются большие размеры, наличие плотной капсулы, множество внутренних перегородок, а также экзопозитивный характер внутреннего содержимого. Точность эхографии составляет около 92% [24, 28, 52]. Существует мнение ряда исследователей о том, что изучение васкуляризации новообразований яичников без учета морфологических типов приводит к большому разбросу показателей периферического сосудистого сопротивления. Следовательно, авторы считают, что ЦДК имеет большой диагностический потенциал и интересно с научной точки зрения, но не имеет важного значения в повседневной клинической практике [18, 29, 34]. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ). Метод РКТ открыл новые возможности в диагностике заболеваний органов малого таза [1]. Пропорциональная зависимость КТ-изображения органов и тканей от четкости тканевой структуры образования и интенсивности кровотока в нем позволяет уточнить топический и нозологический диагноз с учетом частоты определения КТ-признаков отдельных образований яичников. Это позволяет выявить образования, не установленные при помощи других методов исследований, в том числе и при УЗИ. Новым достижением в конструкции компьютерных томографов явилось создание "спиральной" РКТ, которая основывается на непрерывной ротации рентгеновской трубки и движении стола, что, в свою очередь, увеличивает скорость исследования, повышает разрешающую способность и улучшает качество изображения [17]. При КТ-исследовании ретенционных кист яичника выявляются однокамерные жидкостные образования правильной овальной формы с четкими и ровными контурами. Стенки кист тонкие (1-2 мм), плотность кист соответствует плотности содержимого мочевого пузыря [2]. Эндометриоидные кисты в большинстве случаев определяются с одной стороны и визуализируются так же, как однокамерные образования с жидким содержимым, правильной и округлой формы, но в отличие от ретенционных кист яичника при эндометриоидных кистах толщина стенок в разных участках образования неодинакова (от 2 до 6 мм). Толщина стенок зависит от длительности патологического процесса и определяется выраженностью пристеночных скоплений густокрови и тромботических масс, оседающих на внутренней стенке кисты. Плотность внутреннего содержимого колеблется от 1 до 40 Н, при этом в большинстве наблюдений она составляет от 26 до 40 Н*. Столь широкое колебание показателей плотности обусловлено тем, что киста заполнена кровью и тромботическими массами с разными сроками внутрикистозного кровоизлияния. Серозные цистаденомы яичников визуализируются в виде жидкостных образований правильной округлой формы, чаще располагающихся над маткой; их размеры могут достигать до 20 см в диаметре. Толщина стенок неодинакова (от 1 до 4 мм) во всех отделах кисты. Наружный и внутренний контуры кисты четкие и ровные на всем протяжении. В полости образования имеется жидкость однородной структуры, плотность которой соответствует плотности содержимого мочевого пузыря. Ножка кисты на томограммах не видна [2, 26, 51]. Дермоидные кисты относятся к группе герминогенных опухолей, имеющих довольно характерный макроскопический вид, хорошо знакомый как клиницистам, так и патоморфологам. Более чем в 40% наблюдений тератомы яичников содержат кальций и имеют низкую плотность, так как это образование содержит смесь жира, волос, некротических тканей и жидкости. Дополнительные КТ-признаки: наличие кисты с плотностью, соответствующей плотности воды, содержащей компоненты твердой ткани и шаровидные уплотнения. Результаты КТ могут быть неспецифичны, если в кисте нет ни жира, ни кальция, и она содержит исключительно жидкость с высоким содержанием белка, продуктов распада, кровоизлияний, волос. УЗИ в нетипичных случаях иногда не позволяет отличить гематому, абсцесс или эндометриому от тератомы. В связи с этим после традиционного УЗ-исследования при подозрении на кисту яичника и при наличии нечетких симптомов пациентке можно рекомендовать КТ или МРТ, поскольку они могут дать более определенную диагностическую информацию. Зубы, костная ткань, как и жир, легко и однозначно визуализируются при КТ [35]. Фиброма - это стромальная опухоль из соединительной ткани. На КТ в проекции яичника визуализируется мягкотканное образование правильной округлой формы, имеющее высокую плотность. При больших размерах опухоли в ее ткани могут выявляться глыбчатые обызвествления и небольшие гиподенсные участки (зоны некроза, отека) [2]. Магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ за последнее десятилетие стала одним из ведущих методов неинвазивной диагностики. Анализ литературы показал, что по сравнению с другими лучевыми методами МРТ обладает рядом преимуществ: высокой тканевой специфичностью и топографической точностью, неинвазивностью и безопасностью, возможностью получать одновременно множество срезов исследуемого органа или области в любой плоскости. Интерес к данному виду исследования обусловлен его большими потенциальными возможностями: высокой тканевой контрастностью, отсутствием ионизирующего излучения, следовательно, возможностью неоднократного обследования и динамического контроля с определением не только анатомической структуры мягких тканей, но и химического их состава [5]. Более того, во время проведения данного исследования костные ткани и газ в кишечнике не препятствуют визуализации скрытых за ними структур. Точная интерпретация полученных МРТ-признаков позволяет предположить гистологический тип образования яичника. При МРТ цистаденомы визуализируются как образования округлой формы от 4 до 12 см в диаметре, дающие сигнал средней интенсивности в режиме T1 и гиперинтенсивности в режиме T2. Муцинозные цистаденомы, как правило, имеют большие размеры (от 10 до 25 см в диаметре), округлую или овальную форму, с сигналом средней интенсивности в режимах T1 и T2. Для эндометриоидных кист характерны овальная или шаровидная форма и высокая интенсивность сигнала в режимах T1 и T2. Точность метода при диагностике ДОЯ достигает 97% [1, 37]. При МРТ эндометриоидные кисты определяются как однокамерные образования с жидкостным содержимым, с неодинаковыми стенками в различных участках, округлой формы. При МРТ папиллярных цистаденом выявляются пристеночные позитивные включения в просвете образования. Типичным признаком муцинозных цистаденом является их многокамерный характер [11, 51]. Иммунологические методы исследования. К числу перспективных и информативных методов доклинической диагностики и дифференциальной диагностики ДОЯ следует отнести иммунологические методы исследования: определение в сыворотке крови и перитонеальной жидкости уровня опухолевых маркеров типа CA-125, CA-50, CA19-9, CEA, PO-теста, CEA и др., являющихся антигенами, вырабатываемыми опухолевой тканью [1]. Следует отметить, что опухолевые маркеры у гинекологических больных определяют с целью не только дифференциальной диагностики опухолей яичников, но и оценки эффективности оперативного лечения и последующего мониторинга [47, 57]. Мнение о том, что большая с овариальным образованием должна обязательно подвергаться хирургическому лечению, общепризнано и правильность его подтверждена многочисленными наблюдениями. Это связано с тем, что, с одной стороны, опухоли яичника не излечиваются самостоятельно, с другой - существует высокий риск их малигнизации [16, 23, 49, 51]. Одним из дискуссионных лечебно-тактических вопросов при ДОЯ является выбор объема оперативного вмешательства. Объем операции при ДОЯ, как правило, определяется характером и степенью распространения патологического процесса, а в репродуктивном возрасте пациенток - и с дальнейшими их планами деторождения [15]. В настоящее время многие авторы подтверждают лечебную эффективность лапароскопии в хирургическом лечении ДОЯ. Основанием для проведения лапаротомии являются обоснованное подозрение на наличие злокачественного процесса и противопоказания к лапароскопии, обусловленные сопутствующими соматическими заболеваниями [6, 23, 32, 38]. Основными принципами удаления ДОЯ лапароскопическим путем являются, во-первых, полное удаление капсулы образования; во-вторых, производится дополнительная обработка ложа с помощью одного из видов энергии (CO₂-лазер, ультразвуковой скальпель - УЗ-скальпель, аргонусиленная электрохирургия, биполяр, термокоагуляция) с целью повышения абластичности операции; в-третьих, зашивание производится только по специальным показаниям и, в-четвертых, для профилактики спаек используется интерсид или фибриновый клей [16, 22]. Существует различное отношение к восстановлению целостности оперированного яичника. Одни авторы предлагают наложение эндошовов [53], другие высказывают противоположное мнение, считая, что швы можно не накладывать, а ограничиться коагуляцией ложа новообразования с помощью электро- или лазеркоагуляции, так как при этом достигается хороший гемостатический эффект [33]. Более того, высказывается мнение о том, что использование монополярного электрода при электрокоагуляции ложа кисты снижает опасность рецидива и развития послеоперационного спаечного процесса [14]. Среди хирургических лазеров чаще всего используют CO₂-лазер, обеспечивающий бесконтактное рассечение тканей и дающий возможность визуально контролировать глубину воздействия. Коагуляционная способность лазера невелика, а большая задымленность при операции и громоздкая система передачи луча к месту воздействия, высокая стоимость лазерной установки ограничивают применение этого вида энергии. Воздействие моно- и биполярного коагулятора сходно с эффектом CO₂-лазера [17]. Принципиально новым инструментом является УЗ-скальпель, обладающий универсальными режущо-гемостатическими свойствами. Его действие не связано с термотканевым эффектом, в связи с чем отсутствуют обугливание и прилипание тканей, а глубина проникновения в 2 раза меньше, чем при электрохирургическом вмешательстве. УЗ-скальпель оказывает наименее повреждающее воздействие на ткань яичника [16]. Совершенствование техники эндоскопических операций способствовало улучшению обследования пациенток и проведению с помощью этого метода практически всех вмешательств на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста [15, 20, 54]. Клиническое излечение после эндоскопического вмешательства наблюдается в 48-80% случаев. Ремиссия более 1 года при эндометриоидных кистах яичников имеет место в 98% случаев. Рецидивы после оперативного лечения отмечаются у 20% больных. Беременность после лапароскопического удаления опухолевидных образований яичников наступает в 60-70% случаев, после эндоскопического лечения эндометриоза - в 21-64,3%. При ретенционных образованиях яичника этот показатель составляет 77,2±2,2% [21, 43]. Для выявления характера патологии яичников и выбора тактики реабилитации у женщин с различными формами и

степенью выраженности нарушения функции гонад требуется углубленное исследование звена репродуктивной системы с комплексным применением современных диагностических методов, исследования гипоталамо-гипофизарно-яичниково-надпочечниковой системы, в частности, лапароскопии [7, 31]. Яичники являются одним из важных звеньев в сложном механизме нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы. Любое воздействие на какое-либо звено этого механизма приводит к ответной реакции и взаимосвязанно влияет на все компоненты репродуктивной системы. С практической точки зрения, у больных с ДОЯ большое значение имеют последствия органосохраняющих и радикальных оперативных вмешательств. В современных условиях при подобных операциях у женщин репродуктивного возраста особое внимание уделяется соблюдению принципов функциональной хирургии, в основе которой лежит удаление образования с максимальным сохранением неизмененной части яичника [5, 56]. Актуальной остается проблема выбора оптимального варианта техники рассечения ткани яичника. Весьма важным является решение вопроса о целесообразности и перспективности использования новых видов хирургических установок физического воздействия при вмешательствах на яичнике. В зависимости от глубины и тяжести хирургической травмы при рассечении ткани (резекция, биопсия, лазерный дрелинг яичников и др.), обусловленной механическим, электрическим или лазерным воздействием на ткань яичников, нарушается функциональное состояние последних и всей нейроэндокринной системы в целом. В последнее время в качестве инструмента часто используются различные виды энергии: электроэнергия с использованием моно- и биполярных электродов и лазерное излучение с применением CO₂-лазера, гольмиевого (Ho-Yag) и неодимового Nd-Yag лазеров [16]. Последствия резекции яичника или односторонней аднексэктомии в литературе освещены недостаточно, а имеющиеся сведения противоречивы. Сложности дооперационной дифференциальной нозологической диагностики овариальных образований и отсутствие единой концепции в отношении консервативного лечения приводят к тому, что большинство пациенток с ретенционными образованиями яичников подвергаются хирургическому вмешательству [7, 13]. По мнению З.М. Алихановой [3], подобная лечебная тактика не обоснована с позиции оптимизации репродуктивного здоровья (РЗ). Т. Larsen и соавт. [42] считают, что у больных с ретенционными кистами яичников приемлемой выжидательная тактика с динамическим ультразвуковым наблюдением. Автор считает, что это позволит значительно уменьшить число неоправданных оперативных вмешательств. Более сложную проблему представляют кистозные образования яичников, персистирующие более 1-2 мес. С одной стороны, данная ситуация позволяет предположить наличие истинного образования яичника, с другой - не исключена возможность длительного сохранения ретенционных образований [28]. В.Н. Демидов и соавт. [8] приводят данные о кисте, регрессировавшей через 2,5 года после обнаружения. Оптимальной тактикой в этих наблюдениях авторы считают пункцию кистозных образований под контролем трансвагинальной эхографии. В то же время В.С. Корсак и В.Н. Парусов [12] считают, что резекция яичника не ведет к существенным функциональным изменениям, хотя по этому поводу существует абсолютно противоположное мнение других исследователей. Р.Г. Гатаулина [7] считает, что операционная травма яичника ведет к глубоким расстройствам кровообращения и иннервации органа, к гибели части ее ключевых элементов, что в свою очередь приводит к гормональному дисбалансу. Многие исследователи [20, 31, 49] считают, что эндокринно-иммунные нарушения у женщин репродуктивного возраста после операции по поводу ДОЯ могут служить фоном для рецидива заболевания и возникновения заболеваний других органов репродуктивной системы. При проведении органосохраняющих операций у больных с кистами яичников не исключен рецидив заболевания. Так, обследуя женщин с различными кистами яичников, К.В. Пучков и соавт. [20] сообщают о возникновении рецидива заболевания в 26% случаев. По данным отдельных исследователей [19, 41], следствием хирургических воздействий на яичник становится повышенный риск формирования ретенционных образований и рецидивы кист (до 27,3% случаев). Некоторые авторы указывают, что вследствие хирургического вмешательства на яичнике возможно появление ановуляторных циклов [15, 54]. Более того, по мнению ряда исследователей, у большинства женщин, перенесших одностороннюю аднексэктомию, наблюдаются вегетоневрозы, ожирение, нарушение менструальной функции [1, 7, 13]. По данным В.Н. Серова и И.Н. Звенигородского [25], при операционной травме, причиненной скальпелем, процессы заживления проходят стадии воспаления, формирования ткани, похожей на грануляционную, и фиброзы. Воспалительная реакция в тканях яичника выражена слабо, а полное заживление раны происходит через 8 нед. Аналогичная картина воспалительной реакции наблюдается после электрохирургического вмешательства. Моно- и биполярное электрохирургическое вмешательство приводит к более выраженной воспалительной реакции, чем аргонусиленное. Кроме того, при биполярном и аргонусиленном электрохирургическом вмешательстве раньше появляются коллагеновые волокна и начинается процесс фибрирования раневого дефекта [25]. А.А. Тохиян и О.М. Супряга [30] отмечают, что после односторонней аднексэктомии менструации приходят в срок и характер их не меняется. Генеративная функция женщин, перенесших одностороннюю аднексэктомию, не нарушается, беременность и роды проходят без осложнений. Однако, по данным разных авторов, после односторонней аднексэктомии нарушения менструального цикла наблюдаются в 12,1-60% случаев [11, 51]. Вопросы асимметрии в акушерстве и гинекологии освещены недостаточно. Имеются работы, в которых изучалось развитие яичников в антенатальном периоде, доказано преобладание правого яичника над левым в анатомическом и функциональном отношении. На основании проведенных исследований было выявлено преобладание правого яичника над левым после односторонней аднексэктомии и в детородном возрасте женщин [7, 11]. М.Д. Patel и соавт. [51] приводят результаты исследований характера менструальной и генеративной функций после односторонней аднексэктомии: у женщин в возрасте 25-30 лет сохраняется прежний менструальный цикл, а в возрасте 30-35 лет и старше часто наблюдается нарушение менструального цикла. Анализируя генеративную функцию этих же больных через 10 лет после операции, авторы отметили уменьшение числа беременностей у оперированных женщин в сравнении с неоперированными. Фертильность этих женщин после операции составила 54,1% (до операции 88,5%). В то же время, согласно данным В.С. Корсака и В.Н. Парусова [12], детородная функция была сохранена у всех больных в репродуктивном возрасте после консервативных операций на яичниках. Нарушения менструального цикла были довольно незначительными. Авторы считают, что проведение консервативных операций при доброкачественных опухолях яичников способствует сохранению репродуктивной функции женщин. Изучение менструальной функции у пациенток, перенесших операции по поводу ДОЯ, показало, что степень ее нарушения прямо пропорциональна объему оперативного вмешательства (односторонняя аднексэктомия или субтотальная резекция яичников) [13]. К удалению одного яичника у женщин репродуктивного возраста гинекологи прибегают весьма часто. Односторонняя аднексэктомия составляет в среднем 12% от всех производимых операций в гинекологических стационарах [1, 11, 30]. По мнению F. Melica и соавт. [46], при проведении резекции обоих яичников, а также аднексэктомии у пациенток в возрасте моложе 30 лет менопауза наступает раньше по сравнению со здоровыми женщинами. Разница в снижении фертильности после радикальных и консервативных операций на яичниках статистически незначима. Таким образом, несмотря на значительное число работ, посвященных различным аспектам лечения пациенток с ДОЯ, обращает на себя внимание фрагментарность исследований по изучению особенностей органосохраняющих и радикальных оперативных вмешательств у женщин репродуктивного возраста, последствий хирургической функциональной коррекции (резекция, биопсия, лазерный дрелинг и др.) в зависимости от глубины и тяжести повреждения, обусловленного механическим, электрическим или лазерным воздействием на ткань яичника. Не освещены полностью аспекты структурно-функциональных реакций яичника, играющих важную роль в период реабилитации после хирургических вмешательств и, следовательно, тактики проведения реабилитационных мероприятий у данного контингента больных. Все это не позволяет сделать полноценное концептуальное обобщение по проблеме, что необходимо для разработки дифференцированных функциональных подходов к хирургической коррекции ДОЯ у больных репродуктивного возраста. Литература 1. Адамьян Л.В. Роль лапароскопии в ведении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников. Образования яичников: Пособие для гинеколога. М.: Медицина 2001; 288. 2. Алиханова З.М. Акуш и гин 1995; 1: 9-14. 3. Буланов М.Н. Значение трансвагинальной цветовой доплерографии в сочетании с импульсной доплерометрией для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1999; 23. 4. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. и др. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М. Вихляевой. М: МИА 2000; 776. 5. Гаспаров А.С. Эндоскопия в диагностике и лечении доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников: Практическое руководство. М: Медицина 2000; 32. 6. Гатаулина Р.Г. Состояние репродуктивной системы у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003; 51. 7. Демидов В.Н., Гатаулина Р.Г., Волкова А.И. и др. Лапароскопия и эхография в диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников у женщин с бесплодием: Материалы 2-й Рос. науч.-практ. конф. гин.-эндоскопистов. М 1995; 53-54. 8. Демидов В.Н., Гатаулина Р.Г., Гус А.И. и др. Информативность эхографии в диагностике опухолей и опухолевидных образований яичников: Материалы 3-го Рос. форума "Мать и дитя". М 2001; 337-338. 9. Духин А.О. Значение дополнительных методов обследования у больных с объемными образованиями яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1997; 21. 10. Каранашева Е.Н. Репродуктивное здоровье пациенток после резекции яичника и односторонней аднексэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2003; 19. 11. Корсак В.С., Парусов В.Н. Пробл репрод 1996; 4: 63-67. 12. Кузнецова Е.П. Восстановление репродуктивной функции при кистах яичников после эндоскопических операций в амбулаторных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ижевск 2001; 28. 13. Кулаков В.И. Пробл репрод 1999; 2: 6-9. 14. Кулаков В.И., Адамьян Л.В. Принципы организации, результаты и перспективы эндоскопической хирургии в гинекологии. Эндоскопия и

альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология). М 2001; 5-15.16. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Оперативная гинекология - хирургические энергии: Руководство. М: Медицина 2000; 860.17. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эндоскопия в гинекологии: Руководство для врачей. М: Медицина 2000; 384.18. Липатенкова Ю.И., Демидов В.Н., Адамян Л.В. Ультразвук диагн акуш гин педиатр 1999; 2: 138-143.19. Манухин И.Б., Высоцкий М.М., Авалиани Х.Д. Дифференциальный подход к определению доступа и объема оперативного вмешательства при опухолях яичников. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология). М 2001; 148-151.20. Маринкин И.О., Кулешов В.Н. Вестн акуш-гин 1997; 1: 23-26.21. Оразмурадова Л.Д., Оразмурадов А.А. Отдаленные результаты оперативного лечения эндометриодных кист яичников: Материалы 3-го Рос форума "Мать и дитя", 22-26.10.01. М 429-430.22. Пучков К.В., Фумич Л.В. Козлачкова О.П. и др. Оперативное лечение опухолей и опухолевидных образований яичников с использованием малоинвазивных технологий. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М 2000; 132-133.23. Савельева Г.М. Преимущество лапароскопической хирургии в гинекологии. В кн.: Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Материалы Междунар. конгр. НЦ АГ и П РАМН. М 1998; 27-29.24. Степанов К.И. Определение параметров кровотока в диагностике яичниковых образований: Автореф. дис. канд. мед. наук. М 2002; 24.25. Серов В.Н., Звенигородский И.Н. Диагностика гинекологических заболеваний с курсом патологической анатомии. М 2003; 139.26. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. М: Триада X 2001; 152.27. Сидорова И.С., Гуриев Т.Д., Саранцев А.Н. и др. Мед визуал 2001; 2: 94-100.28. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Акуш и гин 1995; 4: 15-18.29. Стручкова Н.Ю., Медведев М.В., Зыкин Б.И. Ультразвук диагн 1998; 3: 5-16.30. Тохиян А.А., Супряга О.М. Акуш и гин 1999; 4: 56-58.31. Шкарупа И.Н. Оценка качества иммунного ответа и гормонального статуса у женщин с доброкачественными опухолями яичников: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ст-Петербург 2004; 24.32. Шухман М.Г., Черкасов И.В. Опыт работы эндоскопического отделения по системе "стационар одного дня". Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М 2000; 106-107.33. Яроцкая Е.Л., Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Роль лапароскопии в диагностике и лечении эндометриоза и тазовых болей. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология). М 2001; 234-241.34. Bourne T.H., Taylor A., Hackett E. et al. Ultrasound Obstet Gynec 1999; 6: Suppl. 2: 33.35. Choi K.W., Jeon W.J., Chae H.B. et al. Korean J Gastroenterol 2003; 42: 3: 242-245.36. Demont F., Fourquet F., Rogers M. et al. J Gynec Obstet Biol Reprod 2001; Suppl. 1: 8-11.37. Ekerhovd E., Wienerroith H., Staudach A. et al. Am J Obstet Gynec 2001; 184: 2: 48-54.38. Emoto M., Iwasaki H., Mimura K. et al. Cancer 1997; 80: 5: 899-907.39. Garzetti G.G., Ciavattini A., Tiriduzzi M. Gynec Obstet Invest 1998; 45: 4: 266-268.40. Gramellini D., Rutolo S., Verrotti C. et al. Minerva Gynec 2001; 53: 1: 2-11.41. Jain S., Dalton M. Fertil Steril 1999; 72: 5: 852-856.42. Larsen T., Pedersen T., Ottesen M. Eur J Obstet Gynec 1993; 50: 3: 203-209.43. Malinowski A., Nowak M., Maciolek Blewniewska G. et al. Ginek Pol 2001; 72: 12A: 1347-1354.44. Marret H., Tranquart F., Sauget S. et al. J Radiol 2003; 84: 11: 1: 1725-1731.45. Mecke H., Savvas V. Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2001; 96: 1: 80-84.46. Melica F., Chiodi S., Cristoforoni P. Jnt J Fert Menopause Stud 1995; 40: 79-85.47. Milojkovic M., Hrgovic Z., Hrgovic I. et al. Arch Gynec Obstet 2004; 269: 3: 176-180.48. Moteki T., Ishizaka H. J Magn Reson Imaging 2000; 12: 6: 1014-1019.49. Nowak M., Szpakowski M., Malinowski A. Ginek Pol 2002; 73: 4: 354-358.50. Okugawa K., Hirakawa T., Fukushima K. Int J Gynaec Obstet 2001; 74: 1: 45-50.51. Patel M.D., Feldstein V.A., Chen D.C. et al. Radiology 1999; 210: 3: 739-745.52. Rodriguez-Macias K.A., Thibaund E., Houang M. et al. Arch Lbs Child 1999; 81: 10: 53-56.53. Semm K., Mealer L. Am J Obstet Gynec 1990; 138: 1: 121-127.54. Serur E., Emenev P., Byrne D. JSLS 2001; 5: 2: 143-151.55. Smolen A., Szpurek D., Czekerowski A. et al. Ginek Pol 2003; 74: 9: 863-871.56. Thomas N.A., Neville P.J., Baxter S.W. et al. Int J Cancer 2003; 105: 4: 499-505.57. Wakahara F., Kikkawa F., Nawa A. et al. Gynec Obstet Invest 2001; 52: 3: 147-152.58. Wanapirak C., Nimitwongsakul S., Tongsong T. J Med Ass Thai 2001; 84: 1: 30-35.