

АНТИФОСФОЛИПИДНЫЕ АНТИТЕЛА И СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН С ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ И КОРРЕКЦИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

В статье приведены полученные результаты исследования по изучению содержания антифосфолипидных антител и сочетанной патологии органов малого таза у 32 страдающих бесплодием женщин с опухолями и опухолевидными образованиями яичников.

Представлен анализ анамнестических и клинико-лабораторных данных, эхографии, оперативной лапароскопии и гистологического исследования.

Совершенствование клинических и иммунологических методов исследования в последнее время связано с изучением роли иммунологических нарушений в генезе бесплодного брака. Изучение иммунных реакций при бесплодии имеет важное значение, поскольку имеются сообщения о ведущей роли иммунных нарушений в репродуктивной функции человека (2, 6, 8).

В настоящее время значительную часть репродуктивных нарушений (привычное невынашивание беременности, бесплодие, отсутствие успеха в ЭКО) связывают с продукцией у женщин антифосфолипидных антител.

Увеличивается интерес к антифосфолипидному синдрому у женщин с опухолями и опухолевидными образованиями яичников (2, 3, 5, 6, 8).

Антифосфолипидный синдром (АФС) или синдром антифосфолипидных антител характеризуется продукцией аутоантител, направленных против отрицательно заряженных фосфолипидов, клинически связан с тромбоцитопенией, тромбозами, невынашиванием беременности или комбинацией перечисленных факторов (1, 4, 5, 7, 8).

Цель исследования

Изучение состояния репродуктивной системы и частоты встречаемости антител к фосфолипидам у женщин, страдающих бесплодием, с опухолями и опухолевидными образованиями яичников до и после оперативного вмешательства.

Материалы и методы

Проведено клинико-лабораторное обследование и последующее лечение 32 женщин с бесплодием и наличием опухолей или опухолевидных образований. Клинико-лабораторное обследование включало в себя также определение антифосфолипидных антител к кардиолипину (CL), фосфатидилсерину (PS), фосфатидилэтаноламину (PE), фосфатидилхолину (PC) методом иммуноферментного анализа.

Все больные на основании патоморфологического исследования были распределены на 2 группы: опухоли (I группа) и опухолевидные образования (II группа). Первую группу составили 5 женщин с серозной цистаденомой яичников и 4 женщины со зрелой кистозной тератомой. Во II группу вошли 23 пациентки с различными нозологическими новообразованиями яичников, которые распределились на 2 подгруппы: 1) эндометриоидные кисты – 15 женщин; 2) кисты яичников – 8 пациенток.

Возраст больных в обследованных группах колебался от 19 до 21 года, средний возраст – 20,2 ± 0,6. Длительность бесплодия от 1 до 3-х лет, в среднем – 2,0 ± 0,8 года.

Пациенткам проводились оперативная лапароскопия, гистероскопия и по показаниям – диагностическое выскабливание.

Результаты исследования

Изучение семейного анамнеза показало, что все пациентки с патологическими образованиями яичников имелиотягощенную наследственность. У родственников

всех пациенток II группы отмечены случаи опухолей различных систем организма, сахарный диабет – у 34,5%. Сахарный диабет в 2 раза чаще встречался по линии отца, а опухоли – по материнской линии: желудочно-кишечный тракт (15,6%); щитовидная железа (12,5%), матка (18,8%); молочные железы (12,5%).

Выявлена высокая предрасположенность к аллергическим реакциям у всех 32 пациенток, особенно выраженная во II группе. Аллергические реакции были установлены у всех 8 женщин (антибиотики, сульфаниламиды и другие медпрепараты); пищевая аллергия выявлена у 2-х (25%); к химическим веществам – также у 2-х (25%) больных.

В этой группе выявлен высокий инфекционный индекс, составивший $3,1 \pm 0,1$.

Из гинекологических заболеваний в анамнезе выявлялись инфекции (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, ВПП, ЦМВ, вагиноз и др.), которые чаще отмечались во II группе обследованных женщин. Так, например, в группе больных с эндометриозными кистами обнаружено у 7 (46,6%) из 15 женщин; патология шейки матки отмечена у 6 (40%) из 15 женщин. В этой же подгруппе отмечена и высокая частота хронических сальпингоофоритов – 5 (33,3%) из 15 больных.

При изучении репродуктивной функции в исследуемых группах установлено, что в группе больных с опухолями яичников первичное бесплодие встречалось в 44,4% случаев. У больных с эндометриозными кистами преобладало вторичное бесплодие – 64,3%, в то время как у больных с кистами яичников чаще наблюдалось первичное бесплодие – у 62,5%. Самопроизвольное прерывание беременности наиболее часто происходило в I триместре беременности у больных с эндометриозными кистами и выявлено у 6 (40,0%) из 15, из них с осложнением – у 4 (40%) из 6 пациенток.

Средний возраст менархе в I группе составил $12 \pm 0,2$ года и во II группе $13 \pm 1,1$ года. Регулярный менструальный цикл установился с менархе: в I группе у 5 (55,5%) и у 4-х (45,5%) из 9 женщин через 6 месяцев; во II группе у 18 (78,3%) и у 5 (21,7%) – в пределах 6 месяцев после менархе. Длительность менструации в I группе составила 4–5 дней, а во II – 4–6 дней (в среднем $5,1 \pm 1,2$ дня). Продолжительность менструального цикла колебалась в зависимости от характера нозологического образования яичника: I группа $28 \pm 2,3$ дня; II группа – от 24 до 31 дня ($27,6 \pm 1,2$ дня). Необходимо отметить, что менструальные кровотечения у большей части больных 22 (68,8%) из 32 были обильными и со сгустками, а у остальных пациенток умеренными 8 (25%), у 2 (6%) – скудными.

Анализ динамики интенсивности болевых ощущений во время менструаций с момента их возникновения, до периода обследования во II группе показал, что они не изменились у 13 (56,5%) из 23 женщин. Боли во время менструации после проведения противовоспалительной терапии, включавшей грязелечение, усилились у 7 (30,4%) пациенток. Уменьшение болей отмечено у 6 (26,1%) женщин, из них у 2 (33,3%) уменьшились после начала половой жизни и у 4 (66,7%) – после приема комбинированных эстроген-гестагенных препаратов в течение 3–4 месяцев.

Боли при половых сношениях (диспареуния) испытывали: 14 (60,9%) из 23 женщин II группы и 3 (33,3%) из 9 пациенток I группы.

Преовуляторные боли внизу живота или поясничной области отмечены у 4 (44,4%) пациенток I группы и у 16 (69,6%) II группы.

При биохимическом исследовании крови выявлено снижение общего билирубина и хлора в I группе больных, а во II группе – показатели калия, натрия, хлора,

альбумина были значительно ниже нормы, и в основном отмечены у пациенток с эндометриозом яичников и кистами.

При исследовании гемостаза у 23 (71,9%) из 32 женщин выявлена изокоагуляция, у 9 (28,1%) – имела место гиперкоагуляция, у 6 (66,7%) из 9 отмечена умеренно выраженная гиперкоагуляция и у 3-х (33,3%) – выраженная гиперкоагуляция. Гиперкоагуляция чаще прослеживалась в подгруппе с эндометриозными кистами и у больных с серозными цистаденомами.

В ходе определения уровня антител к мембранным фосфолипидам в периферической крови, перитонеальной жидкости и содержимом опухолей и опухолевидных образований были получены следующие данные (табл. 1, 2).

Уровень антител как IgM, так и IgG-классов ко всем исследуемым фосфолипидам в образцах содержимого кист в группе женщин с опухолевидными образованиями, не включающей женщин с эндометриозными кистами, был чрезвычайно низок (в пределах 5–21 у.ед.). Существенно выше их уровень в перитонеальной жидкости (43,5–94 у.ед.), однако в большинстве случаев он в 2–3 раза ниже сывороточного, за исключением IgG-антител к PC (рис. 1).

В образцах содержимого эндометриозных кист и перитонеальной жидкости у женщин с эндометриозом уровень α ФЛ был существенно выше, чем в предыдущей группе, особенно это касается антител к PE, уровень которых сравним с уровнем их в сыворотке крови.

Концентрация α ФЛ в содержимом зрелых кистозных тератом находится между значениями для групп пациенток с кистами и эндометриозными кистами. Уровень IgM α ФЛ в перитонеальной жидкости проявляет ту же закономерность, тогда как концентрация IgG существенно выше ко всем фосфолипидам по сравнению с опухолевидными образованиями

Уровни антифосфолипидных антител в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и содержимом опухолей и опухолевидных образований у пациенток с бесплодием (до лечения)

Уровни			Опухоли		Опухолевидные образования	
			Серозная цистаденома n=5	Зрелая кистозная тератома n=4	Эндометриоидные кисты n=15	Кисты n=8
CL	IgM	Сыв.	174 ± 18,6	138 ± 39,5	160 ± 27,7	126 ± 13,1
		Кист.	26 ± 2,6	3 ± 1,0	18 ± 2,6	5 ± 2,1
		ПЖ	0	18 ± 2,1	70 ± 10,5	45,5 ± 16,8
	IgG	Сыв.	117 ± 16,8	104 ± 2,3	160 ± 37,5	76 ± 25,8
		Кист.	27 ± 2,3	38 ± 0,1	48 ± 2,3	6 ± 2,2
		ПЖ	68 ± 5,6	90 ± 0,3	35 ± 0,5	49,5 ± 20,5
PS	IgM	Сыв.	187 ± 37,3	152 ± 33,2	192 ± 38,9	169 ± 14,1
		Кист.	82 ± 6,2	17 ± 0,2	47 ± 2,4	7 ± 1,7
		ПЖ	0	21 ± 0,1	62 ± 5,7	53,5 ± 7,5
	IgG	Сыв.	177 ± 20,8	181 ± 50,1	148 ± 29,5	179 ± 28,1
		Кист.	72 ± 42,2	42 ± 0,1	48 ± 2,7	21 ± 7,5
		ПЖ	80 ± 21,8	104 ± 10,2	64 ± 10,1	43,5 ± 18,3
PE	IgM	Сыв.	189 ± 19,9	181 ± 44,2	76 ± 25,6	150 ± 59,6
		Кист.	125 ± 7,5	51 ± 4,8	73 ± 2,8	6 ± 2,5
		ПЖ	12 ± 8,6	68 ± 5,9	210 ± 10,1	94 ± 28,7
	IgG	Сыв.	105 ± 9,5	132 ± 8,4	115 ± 18,5	100 ± 38,3
		Кист.	75 ± 2,7	70 ± 10,1	114 ± 16,2	13 ± 31,0
		ПЖ	91 ± 7,7	182 ± 20,1	109 ± 2,5	74 ± 21,7
PC	IgM	Сыв.	241 ± 31,8	128 ± 45,3	196 ± 51,9	93 ± 24,8
		Кист.	43 ± 16,4	22 ± 2,5	33 ± 2,8	12 ± 1,9
		ПЖ	15 ± 2,7	18 ± 3,5	88 ± 2,5	44,5 ± 13,6
	IgG	Сыв.	79 ± 16,2	47,3 ± 5,5	64 ± 16,9	38,5 ± 13,9
		Кист.	39 ± 3,9	21 ± 2,4	67 ± 2,5	9 ± 3,8
		ПЖ	50 ± 7,4	265 ± 88,3	16 ± 2,4	47 ± 13,6

* – Достоверность показателей выше $p < 0,01$

(кисты и эндометриоидные кисты). В содержимом зрелых кистозных тератом отмечен наиболее высокий уровень антител к PE, а в перитонеальной жидкости к PE и PC.

Уровень IgM антител ко всем определяемым фосфолипидам в образцах содержимого цистаденом был выше, чем в остальных группах, IgG класса выше к PS и PE. В перитонеальной жидкости обнаружен низкий уровень IgM ко всем фосфолипидам, но IgG к PS и PE также был выше. Сывороточный уровень IgM антител был высок ко всем исследуемым фосфолипидам, а IgG-класса сравним с уровнями в группе женщин с эндометриоидными кистами.

Определение α ФЛ в сыворотке крови и перитонеальной жидкости женщин через месяц после проведенного лечения выявило определенные изменения их уровня.

В перитонеальной жидкости женщин в группе с опухолевидными образованиями, не включавшей эндометриоидные кисты, уровень как IgM, так и IgG ко всем фосфолипидам снизился. В сыворотке крови отмечено снижение уровня IgM антител к CL и PS и увеличение к PE и PC. Уровень сывороточных IgG антител был снижен к CL и PE, тогда как к PS и PC повышен.

У женщин с эндометриоидными кистами отмечена сходная закономерность в изменении со-

держания α ФЛ антител в перитонеальной жидкости: снижение уровня IgM антител ко всем фосфолипидам, а также IgG антител, за исключением антител к PC. Уровни сывороточных IgM и IgG антител к CL и PS после лечения снижались, а к PE и PC повышались.

Снижалось содержание α ФЛ IgM антител в перитонеальной жидкости женщин после удаления зрелых кистозных тератом, а также IgG антител, за исключением антител к PC. Уровни IgM и IgG антител к PE и PC в сыворотке были увеличены.

Значительно отличалась динамика содержания α ФЛ антител в перитонеальной жидкости женщин

Уровни антифосфолипидных антител в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и содержимом опухолей и опухолевидных образований у пациенток с бесплодием (после лечения)

Уровни			Опухоли		Опухолевидные образования	
			Серозная цистаденома n=5	Зрелая кистозная тератома n=4	Эндометриоидные кисты n=15	Кисты n=8
CL	IgM	Сыв.	58,5 ± 9,4	106 ± 11,5	136 ± 23,1	98 ± 12,1
		Кист.				
		ПЖ	17 ± 10,1	10 ± 2,1	14 ± 8,5	16,7 ± 7,8
	IgG	Сыв.	60,2 ± 29,8	150 ± 98,3	173 ± 60,1	130 ± 27,8
		Кист.				
		ПЖ	56,7 ± 33,1	25 ± 0,3	57 ± 30,2	46,5 ± 19,5
PS	IgM	Сыв.	129 ± 15,8	168 ± 6,2	177 ± 14,4	142 ± 15,1
		Кист.				
		ПЖ	23 ± 15,4	17 ± 0,1	26 ± 14,5	20,5 ± 9,5
	IgG	Сыв.	109 ± 9,8	185 ± 98,1	174 ± 67,4	164 ± 30,1
		Кист.				
		ПЖ	53,5 ± 30,9	26 ± 6,2	39 ± 21,2	31,2 ± 12,6
PE	IgM	Сыв.	227 ± 67,9	307 ± 41,2	320 ± 32,7	226 ± 28,6
		Кист.				
		ПЖ	55,5 ± 33,4	35 ± 5,9	40 ± 18,1	47,5 ± 22,9
	IgG	Сыв.	125 ± 16,9	249 ± 98,4	228 ± 80,3	176 ± 37,0
		Кист.				
		ПЖ	43,5 ± 25,2	21 ± 2,1	51 ± 26,5	62 ± 25,7
PC	IgM	Сыв.	175 ± 20,8	238 ± 15,3	213 ± 24,5	193 ± 23,8
		Кист.				
		ПЖ	73,5 ± 49,4	21 ± 3,5	49 ± 22,3	41,1 ± 17,6
	IgG	Сыв.	211 ± 52,8	189,7 ± 39,5	178 ± 30,9	171 ± 23,5
		Кист.				
		ПЖ	71 ± 42,8	43 ± 8,3	78 ± 38,9	45,6 ± 16,7

* – Достоверность показателей выше $p < 0,01$

с серозной цистаденомой. Имела место тенденция к подъему IgM и IgG антител ко всем фосфолипидам, тогда как уровни сывороточных антител к CL и PS снижались, а к PE и PC повышались.

Таким образом, выявлено увеличение сывороточного уровня антифосфолипидных антител, чаще IgM-класса, наиболее выраженное в группах женщин с эндометриоидными кистами и с серозными цистаденомами, а также уровней антител в содержимом кист и перитонеальной жидкости. Более часто встречались высокие уровни антител к PS и PE. По частоте обнаружения высоких уровней антифосфолипидных антител на системном и локальном уровнях груп-

пы обследованных больных можно распределить следующим образом (по возрастанию): кисты зрелая кистозная тератома серозная цистаденома эндометриоидные кисты.

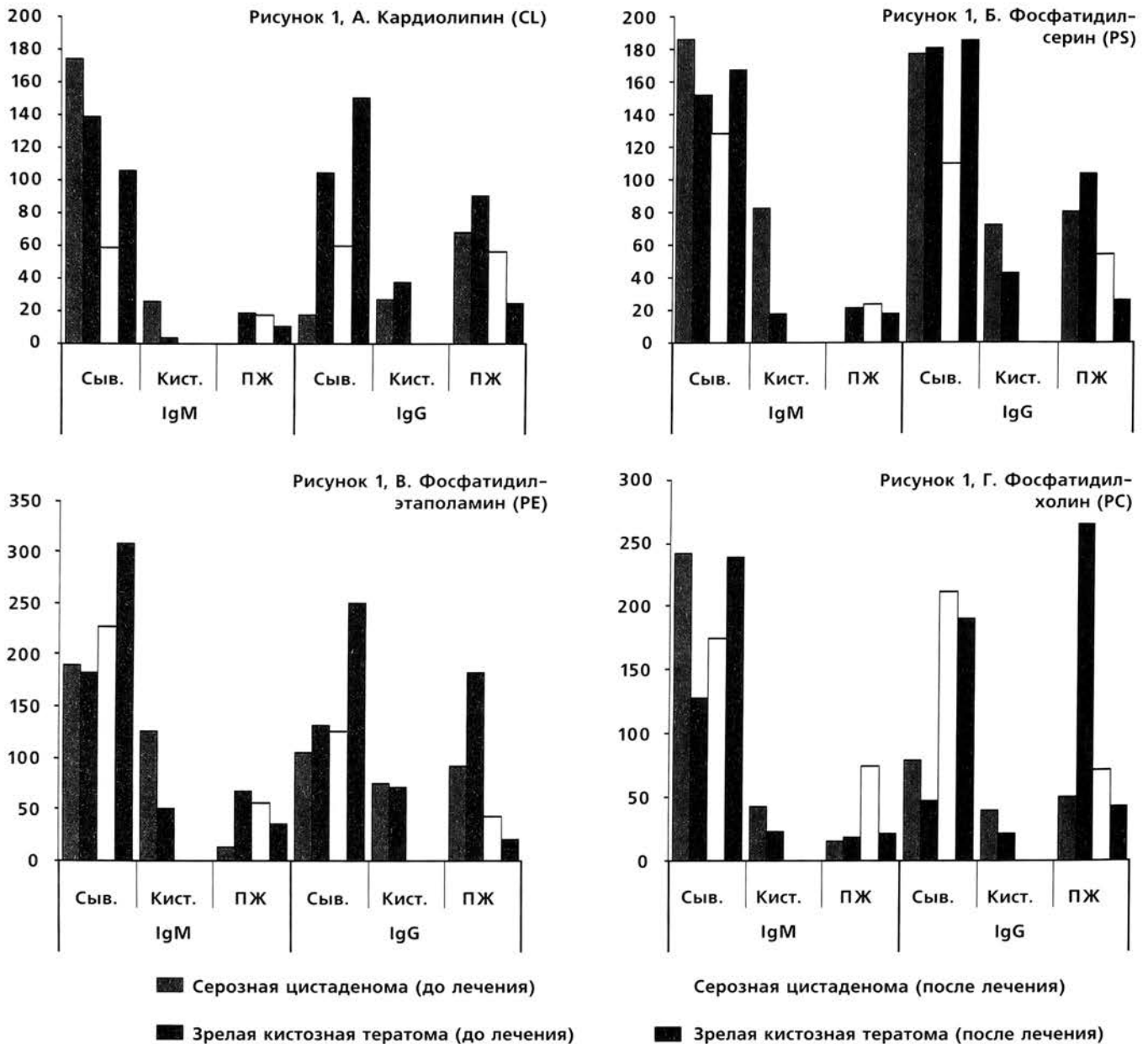
Исследование содержания α ФЛ антител в перитонеальной жидкости и сыворотке крови женщин после проведенного лечения выявило сходные изменения уровней антител IgM и IgG классов в группах женщин с опухолевидными образованиями и зрелыми кистозными тератомами: снижение уровней антител практически ко всем исследуемым фосфолипидам в перитонеальной жидкости, снижение сывороточных антител к CL и PS и увеличение к PE и PC. В перитонеальной жидкости жен-

щин с цистаденомами, напротив, отмечено увеличение уровня α ФЛ антител обоих классов, а тенденция к увеличению сывороточных антител к PE и PC сохранилась.

Перед оперативной лапароскопией всем 32 пациенткам было проведено эхографическое исследование органов малого таза. Женщинам II группы (опухолевидные образования) данное исследование осуществлялось в I и II фазу менструального цикла, а также в динамике в течение двух-трех менструальных циклов.

У 32 больных при эхографии обнаружено 34 объемных образования в яичниках. Их диаметр колебался от 2 до 10 см. При этом у 14 (43,8%) из 32 больных

Рисунок 1, (А-Г). Уровни антифосфолипидных антител в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и содержимом опухолей у пациенток с бесплодием до и после лечения



патологическое образование локализовалось в правом яичнике, у 16 (50%) – в левом. У 2-х (6,3%) женщин объемные образования были двухсторонними.

Иногда в одном яичнике одновременно определялись два образования. Так у 1 пациентки в правом яичнике были выявлены две эндометриоидные кисты, у другой – в левом яичнике два разных кистозных образования (киста желтого тела и киста без выстилающего эпителия).

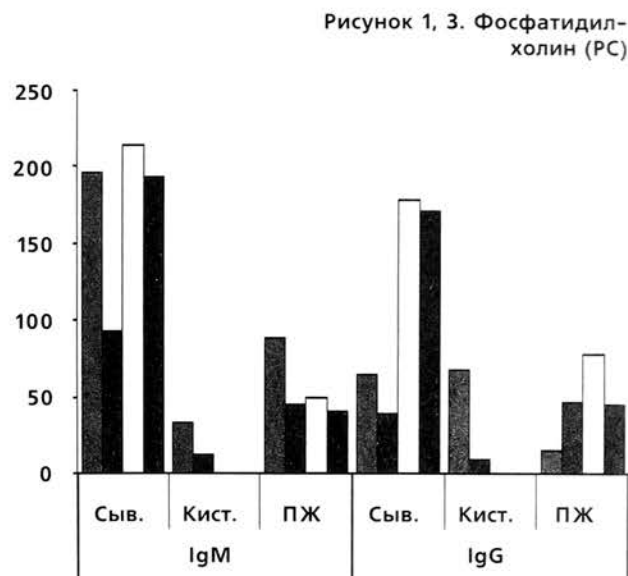
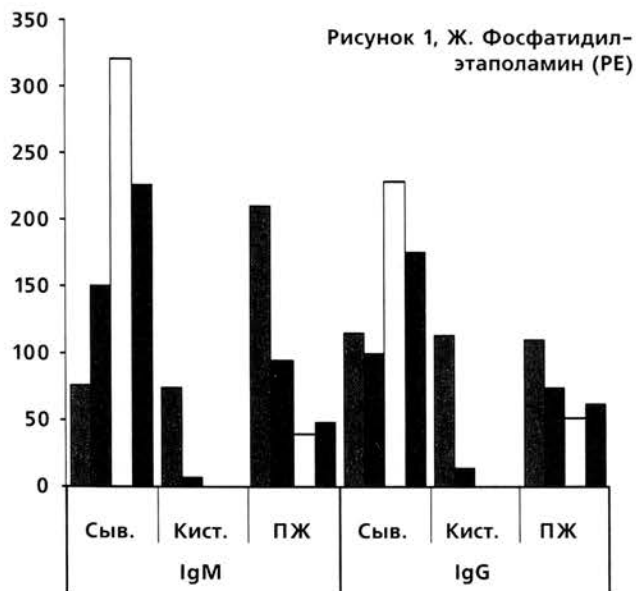
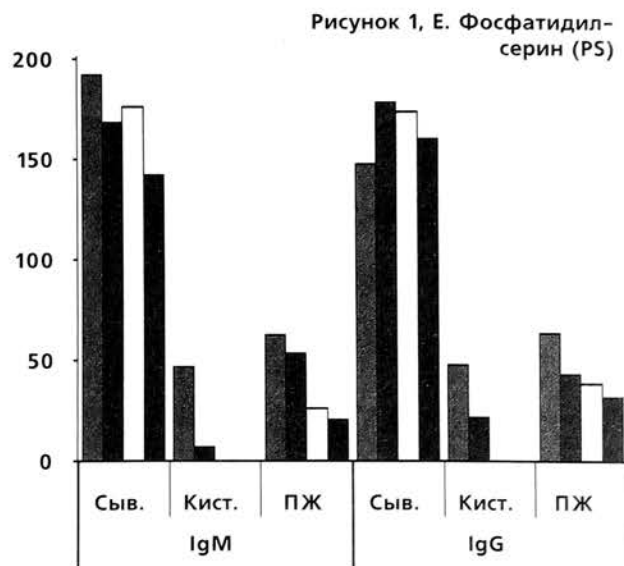
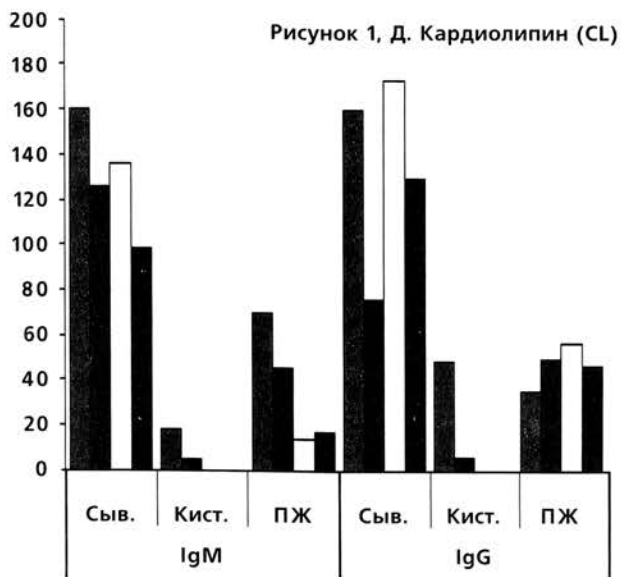
Необходимо отметить, что у 1 пациентки гигантская многокамерная зрелая кистозная тератома, измерить которую при ультразвуковом исследовании не представляло возможным, так как это образование занимало всю брюшную полость. В последующем этой больной была произведена компьютерная томография, которая позволила измерить это образование и предположить, из какого яичника исходит данное образование. Размеры его соответствова-

ли 18×17×20 см, и исходило оно из левого яичника.

Внутриматочная патология при ультразвуковом исследовании, выявленная у 16 (50%) из 32 обследованных пациенток, полностью была подтверждена при патоморфологическом исследовании соскобов. Из 16 больных у 1 (6,2%) обнаружены внутриматочные сращения, у 6 (37,5%) – хронический эндометрит.

Оперативная лапароскопия, произведенная всем 32 женщинам,

Рисунок 1, (Д-З). Уровни антифосфолипидных антител в сыворотке крови, перитонеальной жидкости и содержимом опухолевидных образований у пациенток с бесплодием до и после лечения



■ Серозная цистаденома (до лечения)

■ Зрелая кистозная тератома (до лечения)

■ Серозная цистаденома (после лечения)

■ Зрелая кистозная тератома (после лечения)

позволила не только подтвердить наличие новообразования яичников, но и выявить сочетанную патологию в малом тазу (табл. 3). Наружный генитальный эндометриоз при первичном осмотре органов малого таза выявлен: в I группе у 3 (33,3%) из 9; во II группе у 13 (56,5%) из 23 женщин.

Эндометриоидные гетеротопии были обнаружены как на яичниках, так и на брюшине малого таза. При этом у всех больных

диагностирован эндометриоз различной локализации. Наиболее часто поверхностные эндометриоидные гетеротопии локализовались на крестцово-маточных связках и позади маточного пространства, глубокие очаги эндометриоза – в позади-маточном пространстве над прямой кишкой. Синдром Аллена-Мастерса установлен у 3 (9,4%) из 32 больных в области позади-маточного пространства, но ближе к правой крестцово-маточной связке.

Степень распространения наружного генитального эндометриоза оценивали по классификации Американского общества фертильности (1985 г.). При этом степень распространения эндометриоза у 3 (18,7%) из 16 женщин оценена как I–II, у 6 (37,6%) как III и у 7 (43,7%) как IV.

Миома матки обнаружена у 11 (34,4%) женщин, из них у 2-х (18,2%) – множественная миома матки. Из 5 пациенток с серозными цистаденомами миома

Таблица 3

Объемные образования яичников и сочетанная патология в малом тазу, выявленные при лапароскопии

Количество больных по группам n-32	Спаечный процесс в малом тазу	Наружный гениталь- ный эндо- метриоз	Миома матки
I группа n=9	2 22,2%	3 33,3%	1 11,1%
1 подгруппа: серозные цистаденомы n=5	1 20%	2 40%	1 20%
2 подгруппа: зрелые кистозные тератомы n=4	1 25%	1 25%	-
II группа n=23	15 65,2%	13 56,5%	11 47,8%
1 подгруппа: эндометриоидные кисты n=15	11 73,3%	10 66,7%	6 40%
2 подгруппа: кисты яичников n=8	4 50%	3 37,5%	5 62,5%

матки выявлена у 1 (20%); с эндометриозными кистами у 6 (40%) и у больных с кистами яичников в 5 случаях (62,5%) из 8.

Спаечный процесс в малом тазу у женщин с серозными цистаденомами и зрелыми кистозными тератомами был обусловлен перенесенными ранее воспалительным процессом в малом тазу. У больных (73,3%) с эндометриоидными кистами и другими кистозными образованиями яичников (50%) спаечный процесс в основном можно трактовать как возникший вследствие эндометриоидных поражений. Он был представлен в виде сентильных сращениях яичников с задними листками широких связок. При разделении сращенных яичников во всех случаях обнаруживались множественные мелкие (до 0,5–1 см в диаметре) кистозные полости с густым коричневым содержанием. Маточные трубы в спаечный процесс были вовлечены у 13 (76,5%) из 17 больных. У 8 (61,5%) из 13 женщин маточные трубы были непроходимы с одной стороны – сактосальпинксы, у 1 (7,7%) с обеих сторон, у 4 (30,8%) – затрудненная проходимость маточных труб после рассечения спаек сальпингоовариолизиса и сальпингостомии у всех больных обе маточные трубы стали проходимыми,

что было подтверждено при гидротубации с индигокармином.

Диагноз «серозецеле», установлен при эхографии 1 пациентке и он полностью подтвердился во время проведения лапароскопии. В анамнезе у этой больной было два чревосечения (резекция правого яичника по поводу апоплексии и кишечная непроходимость). Оперативная лапароскопия проводилась по общепринятой методике под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Подготовку к лапароскопии проводили как при лапаротомии.

Во время оперативной лапароскопии всем обследованным женщинам была произведена энуклеация опухолевых и опухолевидных образований яичников. В тех случаях, когда была выявлена сочетанная патология в малом тазу, производилось: эндокоагуляция очагов эндометриоза, разделение сращениях, сальпингоовариолизис и сальпингостомия, консервативная миомэктомия.

Пациентке с гигантской зрелой кистозной тератомой левого яичника ввиду начавшегося перекрута было произведено удаление придатков с пораженной стороны и биопсия правого яичника.

Всем пациенткам во время лапароскопии с серозной цистаденомой была произведена биопсия второго яичника, в других под-

группах – биопсия противоположного яичника производилась при неуточненной патологии выявленного новообразования у первого яичника.

Все удаленные ткани (макропрепараты) во время операции были направлены на гистологическое исследование, в ряде случаев и на cito-диагностику.

Одновременно с лапароскопией (после окончания оперативного этапа лапароскопии) производили гистероскопию с целью исключения внутриматочной патологии.

При гистероскопии деформация полости матки не обнаружена ни у одной из обследованных женщин. Устья маточных труб были свободны у всех 32 пациенток. Внутриматочные синехии были выявлены у одной больной – ближе к перешейку. Патология эндометрия выявлена у 12 (37,5%) из 32 женщин. Из них у 6 (50%) – полип эндометрия, у 4 (33,3%) – хронический эндометрит и у 2-х (16,7%) – гиперплазия эндометрия.

Во всех случаях было произведено выскабливание эндометрия с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Необходимо отметить, что во всех случаях, когда при эхографии был выявлен полип эндометрия, диагностирован хронический эндометрит или имелось подозрение на патологию эндометрия, при гистероскопии и последующем патоморфологическом исследовании соскоба из полости матки вышеуказанные диагнозы подтверждались.

Таким образом, несмотря на то, что у 16 (50%) пациенток была выявлена патология эндометрия, мы не можем утверждать, что это является ведущим фактором бесплодия у женщин с новообразованиями яичников. Вероятнее всего, это сопутствующий фактор бесплодия у данного контингента больных.

Оперативное вмешательство во всех случаях протекало без осложнений. Не отмечено осложнений и в послеоперационном пе-

риоде. Пациентки были выписаны на 2–5 сутки после оперативной лапароскопии.

Для улучшения репаративных процессов в ткани оперированного яичника, удаления из кровеносного русла токсических веществ, компонентов разрушенных клеток, восстановление фагоцитарной системы, повышение функциональной активности кроветворных, стромальных и иммунокомпетентных клеток, а также для улучшения микроциркуляции в раннем послеоперационном периоде из эфферентных методов лечения у больных с сочетанной патологией в малом тазу (наружный генитальный эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу) использовался плазмозерез. К сожалению, применение озонотерапии в раннем послеоперационном периоде у пациенток с новообразованиями яичников вызывает гиперстимуляцию яичников в виде образований функциональных кист, чаще в здоровом яичнике.

На втором этапе лечения пациенток с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников при наличии такой сопутствующей патологии в малом тазу, как наружный генитальный эндометриоз и с целью профилактики раннего рецидива наружного генитального эндометриоза проводили гормонотерапию в течение 6 месяцев в непрерывном режиме (Даназол, Декапептил-Депо, Золадекс, Гестринон). Назначение препарата производили индивидуально для каждой больной с учетом морфофункционального и гормонального статуса.

Учитывая наличие побочных явлений (приливы, головные боли,

слабость) при проведении гормонотерапии в послеоперационном периоде, 5 (15,8%) пациенткам из 32 одновременно был проведен курс плазмозереза. На фоне такой комплексной терапии отмечалось резкое улучшение состояния женщин, снижение или полное исчезновение побочных эффектов.

Всем больным в послеоперационном периоде с целью восстановления менструально-репродуктивной функции была проведена комплексная дифференциальная реабилитационная терапия, включающая в себя: гормональную и метаболическую терапию, энзимотерапию, витаминотерапию – с учетом поражения всех звеньев репродуктивной системы. Это позволило увеличить частоту наступления беременности до 82,7%. Сроки наступления беременности колебались от 1 до 6 месяцев.

Таким образом данные об увеличении уровня α ФЛ антител у женщин с опухолями и опухолевидными образованиями яичников и бесплодием, наиболее выраженные в группах больных с цистаденомами и эндометриоидными кистами, позволяют отнести их к группе высокого риска по развитию у них аутоиммунных нарушений при наступлении беременности. Поэтому с целью профилактики самопроизвольных выкидышей и нормального родоразрешения рекомендуется наблюдение в профильных учреждениях.

Литература

1. Алекберова З. С., Насонов Е. Л., Прудникова Л. З. и др. Клиническое значение определения волчаночного антикоагулянта и антител к

кардиолипину // Тер. арх. — 1988. — № 7. — С. 84–87.

2. Алекберова З. С., Решетняк Т. М., Роденска-Лоповок С. Г. и др. Васкулопатия у больных системной красной волчанкой с антифосфолипидным синдромом // Тер. арх. — 1995. — № 5. — С. 41–44.

3. Алекберова З. С., Решетняк Т. М., Кошелева Н. М. и др. Антифосфолипидный синдром: оценка диагностических и классификационных критериев // Клин. мед. — 1996. — № 6. — С. 39–41.

4. Калашникова Л. А., Насонов Е. Л., Кушекбаева А. Е., Гречева Л. А. Синдром Снеддона (связь с антителами к кардиолипину) // Клин. мед. — 1988. — № 6. — С. 32–37.

5. Калашникова Л. А., Насонов Е. Л., Стоянович Л. З. и др. Синдром Снеддона и первичный антифосфолипидный синдром // Тер. арх. — 1993. — № 3. — С. 64.

6. Карпов Н. Ю., Пухов В. П., Закутский А. В. и др. Антитела к кардиолипину и опухолевоассоциированные антигены С-125 и СА 19–9 у больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников // Патология сосудов при антифосфолипидном синдроме (клиника, диагностика, лечение) — М.: Ярославль, 1995. — С. 147–153.

7. Коняев Б. В. Антифосфолипидный синдром // Клин. мед. — 1997. — № 4. — С. 52–53.

8. Насонов Е. Л., Арабидзе Г. Г., Сугралиев А. Б. и др. Антитела к кардиолипину при неспецифическом аортоартериите // Кардиология. — 1991. — № 10. — С. 8–12.