

спаск, эндокоагуляция эндометриоидных гетеротопий, сальпингоовариолизис, биопсия яичников.

Выводы. Применение лапароскопии при лечении доброкачественных опухолей яичников минимально травмирует яичники, сохраняя функцию органа, предотвращает проведение необоснованных лапаротомий у молодых женщин, являясь наиболее щадящим методом оперативного вмешательства, и позволяет сократить сроки лечения. Кроме того, данный метод хирургического лечения доброкачественных опухолей яичников улучшает репродуктивный прогноз данного кон-

тингента женщин. Эндокринно-иммунные нарушения у женщин репродуктивного возраста после лапароскопических операций по поводу доброкачественных опухолей яичников могут служить фоном для рецидива заболевания, возникновения заболевания других органов репродуктивной системы. В зависимости от глубины и тяжести повреждения, обусловленного электрическим воздействием на ткань яичника, в послеоперационном периоде определяется объем и характер реабилитационных мероприятий, включая гормональную коррекцию.

Кулаков В.И., Сухих Г.Т., Гатаулина Р.Г., Саркисов С.Э., Ванько Л.В., Менжинская И.В., Мовсисян Э.Т., Барсегян Г.О.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва, Россия

ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ И НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Актуальность. Патогенез бесплодия при доброкачественных новообразованиях яичников сложен. По нашему мнению, это системный процесс, обусловленный аутоиммунными механизмами, при котором происходят изменения в различных тканях и органах всего организма, а не отдельно взятого органа, так как существует единая цепь воздействия одного процесса из одного органа в другой, и в то же время существует обратная связь. Иммунная система поддерживает генетическое постоянство организма, отличается своей генерализованностью, рециркуляцией по всему организму иммунокомпетентных клеток и высокой сложностью их взаимоотношений. Это положение верифицирует наличие полиморфных нарушений органов малого таза (спаечный процесс, наружный генитальный эндометриоз, миомы различной локализации, внутренний эндометриоз, внутриматочные синехии, хронический эндометрит, полипы и гиперпластические процессы эндометрия), эндокринных и метаболических расстройств, изменений со стороны органов-мишеней: молочных желез у женщин с доброкачественными образованиями яичников.

Цель исследования: Выявление изменений иммунного статуса у больных с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции.

Материалы и методы. Обследовано 53 женщины с доброкачественными новообразованиями яичников и нарушением репродуктивной функции. Средний возраст пациенток составил $24,5 \pm 3,1$ года, продолжительность бесплодия – $6,3 \pm 2,3$ года. В процессе обследования был использован широкий спектр клинично-лабораторных исследований: эхография органов малого таза в динамике, гистеросальпингография, исследование свертыва-

ющей системы крови (гемостаз), биохимические, эндокринные и иммунологические методы: системный и локальный иммунитет, антитела к фосфолипидам, антитела к прогестерону (IgM и IgG), антиовариальные (общие) антитела. Эндоскопические методы (лапароскопия и гистероскопия) проведены по общепринятой методике с последующим патоморфологическим исследованием удаленного во время операции материала. С учетом выявленной сочетанной патологии в малом тазу в послеоперационном периоде (по показаниям) проводилась реабилитационная терапия (антибактериальная, физиотерапия). В позднем послеоперационном периоде – гормонотерапия. В цикле перед проведением стимулирующей терапии дважды проводилась динамическая офисная гистероскопия с аспирационным контролем эндометрия (до 10-го дня менструального цикла и на 22 – 24-й день цикла) с последующим патоморфологическим исследованием.

Результаты исследования. Первичное бесплодие отмечено в 53,2 %, вторичное – в 46,8 % наблюдений. Также следует обратить внимание на высокую частоту самопроизвольных выкидышей в анамнезе у пациенток с вторичным бесплодием (45,4 %). У подавляющего большинства больных (96,1 %) в анамнезе выявлены воспалительные и инфекционные заболевания, причём чаще всего (90 %) не одно, а несколько (инфекционный индекс $2,9 \pm 0,5$). Различные нарушения менструальной функции диагностированы у 50,2 % женщин, патология матки: у 29,1 % – миома и у 47,5 % – эндометрит; заболевания шейки матки у 45,2 % (хронический цервицит, эрозию, лейкоплакию, деформацию и рубцовые изменения вследствие разрывов в родах). Обращает на себя внимание высокая частота отягощённого семейного анамнеза, как по гинеко-

логическим, так и по соматическим заболеваниям (сахарный диабет, опухоли различной локализации, чаще злокачественные, патология щитовидной железы). У каждой второй пациентки выявлена поливалентная аллергия, что косвенно свидетельствует о наличии аутоиммунных нарушений у данного контингента больных. В соответствии с Международной гистологической классификацией опухолей ВОЗ (1999) была определена нозологическая структура патологических образований яичников. Опухоли яичников были выявлены у 37,4 % больных, опухолевидные образования у 62,6 %. У 53,2 % пациенток доброкачественные новообразования яичников сочетались с разнообразной патологией эндо- и миометрия. В 50,1 % случаев выявлено сочетание новообразований яичников с множественными миомами тела матки. Наружный генитальный эндометриоз чаще всего наблюдался у женщин с опухолевидными образованиями яичников. В 9,1 % диагностировали синдром Аллена–Мастерса, в 15,3 % – диффузно-узловую форму внутреннего эндометриоза матки. Спаечный процесс в малом тазу чаще сопровождал опухолевидные образования яичников (39,8 %). При этом в 35,8 % он был обусловлен перенесенными ранее воспалительными процессами или оперативными вмешательствами на органах малого таза, в 38,4 % – вследствие наружного генитального эндометриоза, а в остальных 25,8 % обусловлен сочетанными факторами. Изменение свёртывающей системы крови в виде гиперкоагуляции чаще наблюдают у больных с эпителиальными (42 %), герминогенными (32 %) опухолями и эндометриоидными кистами (26 %). Частота нарушений функций щитовидной железы как при опухолях, так и при опухолевидных образованиях яичников практически одинакова (78,6 % и 77,1 % соответственно), однако обращает на себя внимание тот факт, что среди пациенток с опухолевидными образованиями патология щитовидной железы чаще наблюдается при эндометриоидных кистах. У подавляющего большинства женщин выявлены дисгормональные заболевания молочных желез и галакторея (81,2 % и 63,3 %). Изучение

характера изменений иммунной системы у пациенток с бесплодием и доброкачественными новообразованиями яичников подтверждает наличие системных нарушений, которые более отчётливо выражены при сочетанных патологических процессах. Для женщин с новообразованиями яичников и сочетанной патологией характерно снижение относительного содержания Т-хелперов (CD4⁺) и увеличение – В-лимфоцитов (CD19⁺), NK-клеток (CD16⁺), Т-клеток, несущих $\gamma\delta$ -рецепторы, а также повышение концентрации IgM и IgA. Выявление статистически значимого увеличения количества клеток, экспрессирующих активационные маркеры (CD25⁺, HLA-DR⁺), свидетельствует о нарушении регуляторных процессов на системном уровне. Установлены также существенные изменения интерфероногенеза: значительное увеличение концентрации интерферона в сыворотке и снижение интерферон-продуцирующей способности лейкоцитов. Более высокие концентрации антител к фосфолипидам выявлены у пациенток с эндометриоидными кистами и сочетанными изменениями в малом тазу (наружный генитальный эндометриоз, внутренний эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу). Результаты исследования антител к прогестерону выявили наличие повышенного уровня антител к IgM и IgG в сыворотке крови у женщин с эндометриозом различной локализации и воспалительными изменениями. В этой же группе больных отмечен повышенный уровень концентрации антиовариальных антител в сыворотке крови.

Выводы. Обобщая полученные результаты исследований и оценивая состояние репродуктивной системы, органов-мишеней, эндокринной и иммунной систем, метаболических процессов у больных с доброкачественными новообразованиями яичников, мы пришли к заключению о наличии существенных нарушений гомеостаза у данного контингента пациенток, проявляющихся в виде полиморфных поражений различных систем организма, что свидетельствует в пользу аутоиммунного фактора в генезе бесплодия при опухолях и опухолевидных образованиях яичников.

Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Саркисов С.Э.,
Белоглазова С.Е., Ежова Л.С., Карамышев В.К.,
Юрматова Н.В.

ГУ Научный Центр акушерства, гинекологии и перинатологии
РАМН, Москва, Россия

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ И ИХ РОЛЬ В НАРУШЕНИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Актуальность. В основе всех видов нарушения репродуктивной функции имеют место не изменения в отдельных органах-мишенях, а в организме женщины в целом, то есть в системе гомеостаза. Оперативные вмешательства по поводу доброкачественных опухолей и опухолевидных образова-

ний яичников у женщин репродуктивного возраста занимают второе место после миомы тела матки. Каждая пятая больная с доброкачественными новообразованиями яичников страдает бесплодием. В связи с этим в последнее время возрос интерес к проведению научных исследований по проблеме