

УДК 618.11-006.2.03:616.45]-085-072.1

© М. І. Козуб, М. П. Сокол, М. М. Козуб, 2012.

## ВПЛИВ СУПУТНЬОГО ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕЗПЛІДДЯ ТА ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ІЗ СПКЯ

М. І. Козуб, М. П. Сокол, М. М. Козуб

*Кафедра акушерства та гінекології №2 (зав. – професор М. І. Козуб), Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків.*

### THE INFLUENCE OF CONCOMITANT PERITONEAL INFERTILITY AND ENDOMETRIOSIS ON THE EFFECTIVENESS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF PCOS PATIENTS

M. I. Kozub, M. P. Sokol, M. M. Kozub

#### SUMMARY

The results of the analysis of the frequency of concomitant adhesions, endometriosis in patients with PCOS and the results of endoscopic treatment with argon beam coagulation and oral contraceptives with antiandrogen effect are present. The authors found that 42,0% patients with PCOS have accompanying adhesive process, and 8,4% have endometriosis. With their presence uterine pregnancy in the postoperative period occurs 2,0 and 3,2 times less frequently, and ectopic pregnancy 2,2 and 2,9 times more frequently as compared with the frequency of pregnancy in patients with PCOS without concomitant gynecological pathology. The application of argon beam coagulation in treatment of patients with PCOS and oral contraceptives with antiandrogen effect during 2 months in the postoperative period contributes to restoring reproductive function in 49,2% of patients with PCOS without concomitant gynecological pathology. The availability in 50,4% patients with PCOS concomitant adhesions and endometriosis is the basis for reconsidering the traditional methodology of intraoperative prevention of adhesive processes in these patients and developing an individual plan for rehabilitation therapy in the postoperative period.

### ВЛИЯНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ И ЭНДОМЕТРИОЗА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СПКЯ

Н. И. Козуб, М. П. Сокол, М. Н. Козуб

#### РЕЗЮМЕ

Представлены результаты анализа частоты встречаемости сопутствующего спаечного процесса, патологии маточных труб, эндометриоза у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и результаты эндоскопического лечения данной патологии с использованием лучевой аргонной коагуляции и применением оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом. Авторами установлено, что у 42,0% пациенток с СПКЯ встречается сопутствующий спаечный процесс, а у 8,4% – наружный генитальный эндометриоз. При их наличии маточная беременность после проведения оперативного вмешательства наступает, соответственно, в 2,0 и 3,2 раза реже, а внематочная – в 2,2 и 2,9 раза чаще в сравнении с частотой наступления беременности у пациенток с СПКЯ без сопутствующей гинекологической патологии. Использование при лечении пациенток с СПКЯ лучевой аргонной коагуляции и оральных контрацептивов с антиандрогенным эффектом в течение 2-х месяцев послеоперационного периода способствует восстановлению репродуктивной функции у 49,2% пациенток с СПКЯ без сопутствующей гинекологической патологии. Наличие у 50,4% пациенток с СПКЯ сопутствующего спаечного процесса и эндометриоза является основанием для пересмотра общепринятой методики профилактики спаечного процесса у этих больных и разработки индивидуального плана реабилитационной терапии в послеоперационном периоде.

**Ключові слова:** лапароскопія, СПКЯ, ендометріоз, спайковий процес, оральні контрацептиви.

Безпліддям у шлюбі страждають до 18-20% подружніх пар [8]. Ендокринне безпліддя становить 30-40%, а трубно-перитонеальне – 20-30% в структурі 22 причин, що призводять до ненастання вагітності у жінок репродуктивного віку. У 48% жінок виявляється одна з 22 причин безпліддя, а у 52% – від 2 до 5 причин безпліддя. У жінок з ендокринним безпліддям СПКЯ зустрічається у 50-60% пацієнток [5].

На Роттердамському консенсусі у 2003 р. ESHRE та ASRM прийняли наступні критерії діагностики синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ):

- олігоменорея та/або ановуляція;
- гіперандрогенія (клінічні та/або біохімічні прояви);
- полікістозні яєчники за даними ультразвукового дослідження (УЗД).

Наявність двох або трьох проявів підтверджує діагноз СПКЯ при виключенні інших причин його формування [9, 10, 11].

Лікування пацієнок з СПКЯ спрямовано на: нормалізацію ваги та метаболічних порушень; відновлення овуляторних менструальних циклів; відновлення генеративної функції; лікування гіперпластичних процесів у ендометрії; лікування гірсутизму. Для лікування СПКЯ використовують консервативні й оперативні методи, а також їх поєднання. Показаннями до проведення хірургічного лікування являються: неефективність консервативного лікування СПКЯ протягом 6 місяців, вік пацієнтки старше 29 років, наявність гіперпластичних змін ендометрію, безпліддя, порушення менструальної функції, гірсутизм. При поєднанні ендокринної та трубно-перитонеальної безплідності слід нормалізувати ендокринний статус, а далі проводити лапароскопію [2, 3, 4, 8].

Вибір методу лікування залежить від форми захворювання, сполучення його з іншими факторами, що впливають на відновлення фертильності, а саме: наявність супутнього трубно-перитонеального чинника безплідності, ендометріозу геніталій та іншої супутньої патології. При СПКЯ після лапароскопічного лікування та прийому оральних контрацептивів вагітність настає у 20,0-56,7% хворих [1, 4, 8, 6, 7, 11].

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проаналізовано 250 історій хвороб пацієнок репродуктивного віку із СПКЯ та операційні журнали лапароскопічних втручань з 01.2006 р. по 09.2011 р. Лапароскопічні втручання виконувались із використанням лапароскопічної стійки «Stryker» (США) та променевого аргонного коагулятора «Beamer-2» (США). Ступінь спайкового процесу оцінювали згідно класифікації J. Hulka (1998). Пацієнткам із СПКЯ проводили лапароскопічну резекцію 1/3 обох яєчників з гемостазом променевим аргонним коагулятором потужністю коагуляційного струму 60 Вт у режимі «малого потоку» аргону. При виявленні супутнього злукового процесу та ендометріозу проводилось їх лікування за загальноприйнятими методиками. Профілактика розвитку спайкового процесу інтраопераційно проводилась за загальноприйнятою методикою (накладання гідроперитонеуму з додаванням 4 мг дексаметазону). У післяопераційний період пацієнтки одержували оральний контрацептив «Джас» протягом 2-х місяців. Через 1 рік після закінчення терапії пацієнткам були надіслані катамнестичні карти.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після обробки журналів оперативних втручань, історій хвороб з 01.2006 р. по 09.2011 р. та даних катамнезу через 1 рік після закінчення лікування нами одержані результати представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

**Вплив супровідного злукового процесу та ендометріозу на ефективність лікування пацієнок з СПКЯ**

Ефективність лікування		Злуковий процес, n=105 (42,0%)	Ендометріоз, n=21, (8,4%)	Чистий СПКЯ, n=124, (49,6%)	Всього хворих з СПКЯ, n=256 (100,0%)
Настання вагітності	Маткова	24 (22,8%)	3 (14,3%)	57 (46,0%)	84(33,6%)
	Позаматкова	7 (6,7%)	2 (9,5%)	4 (3,2%)	13 (5,2%)
	Усього	31 (29,5%)	5 (23,8%)	61 (49,2%)	97 (38,8%)

Як видно з даних таблиці 1, наявність злукового процесу у пацієнок із СПКЯ знижує настання вагітності з 49,2% до 25,9%, а наявність супутнього ендометріозу знижує настання вагітності з 49,2% до 23,8%. Маткова вагітність настає у 2,0 рази рідше (22,8%), позаматкова – у 2,2 рази частіше при наявності супутнього спайкового процесу, а наявність супутнього ендометріозу знижує вірогідність настання маткової вагітності у 3,2 рази (14,3%) та підвищує ризик виникнення позаматкової вагітності у 2,9 рази (9,5%).

## ВИСНОВКИ

1. У пацієнок із СПКЯ супутня гінекологічна патологія, яка негативно впливає на настання вагітності у післяопераційному періоді, виявляється у 50,4% хворих.

2. Злуковий процес зустрічається у 42,0% пацієнок з СПКЯ, що являється причиною зниження у 2,0 рази частоти настання маткової вагітності та підвищення у 2,2 рази частоти настання позаматкової вагітності у післяопераційному періоді.

3. Ендометріоз зустрічається у 8,4% пацієнок з СПКЯ, що являється причиною зниження у 3,2 рази частоти настання маткової вагітності та підвищення у 2,9 рази частоти настання позаматкової вагітності у післяопераційному періоді.

4. Наявність у більшості пацієнок з СПКЯ супутнього спайкового процесу та ендометріозу є підґрунтям для перегляду методики інтраопераційної профілактики розвитку злукового процесу та розробки індивідуального плану реабілітаційної терапії у післяопераційному періоді.

5. Застосування при лікуванні та реабілітації пацієнток з СПКЯ без супутньої патології променевої аргонної коагуляції, антиандрогенного препарату «Джаз» сприяє відновленню репродуктивної функції у 49,2% жінок.

Подальші дослідження по розробці оптимального методу впливу на тканини яєчників, способу інтраопераційної та післяопераційної профілактики розвитку злукового процесу, перед- та післяопераційної терапії гіперандрогенії у пацієнток з СПКЯ будуть сприяти збільшенню кількості жінок з відновленою репродуктивною функцією.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вплив різних методів оперативного втручання на оваріальний резерв яєчників / В. В. Сімрок, Д. В. Сімрок-Старчева, А. В. Бахтгін [та ін.] // Тавричеський медико-біологічний вестник. – 2011. – Т. 14, № 3, Ч. 1 (55). – С. 229–230.

2. Даниличева И. И. Опыт восстановления овуляции у больных СПЯ дроспиреноном (ярина) / И. И. Даниличева, В. И. Белова // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : материалы XXII Международного конгресса с курсом эндоскопии, 8-11 июня 2009 г., Москва, Россия / ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова». – Москва, 2009. – С. 74.

3. Кирмасова А. В. Важность реверсии и конверсии у женщин с СПКЯ на протяжении их жизни / А. В. Кирмасова, Т. А. Назаренко, Т. Н. Чечурова [и др.] // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : материалы XXII Международного конгресса с курсом эндоскопии, 7-10 июня 2010 г., Москва, Россия / ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова». – Москва, 2010. – С. 197–198.

4. Козуб Н. И. Лапароскопические методики в комплексе лечения больных с поликистозом яич-

ников – при синдроме Штейна-Левентала и при преобладании надпочечникового компонента : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Козуб Н. И. – Харьков, 1999. – 34 с.

5. Кулаков В. И. Бесплодный брак / В. И. Кулаков. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2006. – 611 с.

6. Лоскутов В. Н. Особенности патогенеза и лечения центральной формы синдрома поликистозных яичников с использованием лапароскопии и церебральной нейроткини плода : дис. ... кандидата мед. наук : 14.01.01 / Лоскутов Владимир Николаевич. – Харьков, 2005. – 158 л.

7. Симрок В. В. Клинические аспекты гормонотерапии при синдроме поликистозных яичников / В. В. Симрок, Е. С. Рубан, Т. Е. Архипова // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения : сб. трудов / Крым. гос. мед. ун-т им. С. И. Георгиевского. – Симферополь, 2006. – Т. 142, Ч. II. – С. 187–188.

8. Синдром полікістозних яєчників / В. І. Грищенко, М. І. Козуб, В. М. Лоскутов [и др.] // Доброякісні пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників. Синдром полікістозних яєчників : навч. посіб. для лікарів-інтернів і слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / за ред. М. І. Козуба, В. І. Грищенка. – Х. : Оберіг, 2009. – П. 4. – С. 221–285.

9. Hart R. PCOD and infertility / R. Hart // Panminerva Med. – 2008. – Vol. 50 (4). – P. 305–314.

10. Oligo-ovulation or anovulation and hyperandrogenemia contribute to the decreased serum adiponectin levels in normal-weight women with PCOD with obesity and insulin resistance. / I. Katsikis, T. Mouslech, A. Kourtis [et al.] // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 91 (4). – P. 3.

11. Sathyapalan T. Investigating hirsutism / T. Sathyapalan, S. L. Atkin // B. M. J. – 2009. – Vol. 338. – P. 912.