

ВІДНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Синдром полікістозних яєчників супроводжується ановуляцією, гіпертрихозом, метаболічно-обмінними порушеннями і призводить до жіночої безплідності. Дослідження, проведені в 334 пацієнток із синдромом полікістозних яєчників, показали, що основними критеріями діагностики є підвищення рівня лютеїнізуючого гормону та тестостерону в крові, збільшення співвідношення ЛП/ФСГ, характерні ультразвукові параметри та чітка клінічна картина. Першим етапом лікування повинна бути корекція метаболічних порушень, а другим – контрольована індукція овуляції і при неефективності – хірургічне лікування. Відновлення фертильності до 54,5% спостерігається протягом перних шести місяців лікування.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, безплідність, контрольована індукція овуляції, хірургічне лікування.

Вступ. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) трапляється в 1,5-5% жінок репродуктивного віку і є причиною ановуляторної безплідності у 20% пацієнток [1]. Їх патогенез до сьогодні достеменно не вивчено. Продовжуються дискусії щодо питань клінічних та біохімічних критеріїв діагностики та ефективності лікування даного синдрому [3,4]. Встановлено, що в цієї категорії хворих, окрім суттєвих змін в основних ланках репродуктивної системи, спостерігаються довготривалі метаболічні наслідки хронічної ановуляції [5,8].

В останні роки значно розширилися показання до лікування безплідності при СПКЯ методами допоміжних репродуктивних технологій та з використанням ендоскопічної хірургії [6,7]. У той же час, у зв'язку зі значними змінами гормонального балансу гонадотропнів, пацієнтки даної групи є складними при проведенні стимуляції суперовуляції, оскільки відповідь у них носить "вибухоподібний" характер на введення гонадотропнів, що підвищує частоту синдрому гіперстимуляції та знижує частоту запліднення в цілому [2].

На жаль, лікарі призначають різні гормональні препарати пацієнткам із СПКЯ з метою регуляції менструального циклу та лікування гірсутизму, не вияснивши причин гормональних порушень, стан метаболізму, що в подальшому призводить до неефективності не тільки консервативної, але і хірургічної стимуляції овуляції. Всі методи лікування СПКЯ, які широко сьогодні використовуються, носять симптоматичний характер. Не оптимізовані патогенетично обґрунтовані методи терапії, які не тільки відновлюють овуляцію, а призводять до стійкого відновлення репродуктивного здоров'я та зменшують частоту рецидивів даного захворювання.

Мета дослідження. Розглянути можливість оптимізації патогенетично обґрунтованого лікування пацієнток із синдромом полікістозних яєчників для стійкого відновлення репродуктивної функції, покращання репродуктивного здоров'я та зменшення частоти рецидивів захворювання.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебувало 334 пацієнтки з СПКЯ віком від 18 до 38 років (середній вік $27,3 \pm 1,5$ року). У 106 пацієнток (31,7%) настала вагітність у результаті комплексної консервативної терапії. У 228 пацієнток застосовано оперативний метод лікування: клиноподібна резекція за стандартною методикою при лапаротомії в 114 та лапароскопічна методика в 114 пацієнток. У дослідження включено 30 практично здорових жінок репродуктивного віку (контроль).

У всіх пацієнток із СПКЯ порушення менструального циклу, гіпертрихоз та ожиріння спостерігалися з пубертатного періоду. Були виключені із дослідження пацієнтки з адреногенітальним синдромом, хворобою Кушинга, гіперпролактинемією та дисфункцією щитоподібної залози.

Клінічне обстеження включало вивчення даних анамнезу, характеру становлення та порушення менструальної функції. Надлишкову масу тіла оцінювали за ІМТ, тип ожиріння визначали по відношенню довкола талії до довкола стегон (т/с). Для чоловічого типу ожиріння характерно значення даного індексу більше 0,85, для жіночого - менше 0,85. Ступінь гірсутизму оцінювали за шкалою Ферримана-Голвея.

Дослідження рівня гонадотропних та статевих гормонів у крові проводили на 5-7-й день циклу радіоімунологічним та імуноферментними методами.

Ультразвукове обстеження органів малого таза проводили всім пацієнткам з допомогою апарата фірми "Aloka" з використанням трансвагінального та транс-абдомінального датчиків. При цьому визначали розміри яєчників, їх об'єм, площу поверхні, фолікулярний індекс та індекс окружності. Діагностичними УЗ критеріями полікістозних яєчників були об'єм яєчників, більше 9 см^3 за рахунок гіперехогенної строми (норма $6,2 \text{ см}^3$), наявність більше 10 анехогенних фолікулів діаметром менше 10 мм, які розташовані по периферії, площа поверхні яєчників (норма $3,7 \text{ см}^2$) та фолікулярний індекс (норма 0,7).

Лапароскопію з резекцією або електрокоагуляцією яєчників у різних модифікаціях проводили з використанням апаратури фірми "Karl Storz" за загальноприйнятою методикою [6].

Статистичний аналіз результатів дослідження проводили з допомогою коефіцієнта Стьюдента. Вірогідність різниці між варіаційними рядами рахувалась при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. У 96,5% пацієнток основною скаргою було порушення менструальної функції, у 89,6% - первинна безплідність. Частота ожиріння серед пацієнток із СПКЯ становила 38,5%, причому в більшості з них (73,2%) мав місце чоловічий тип розподілу жирової тканини. Тривалість ановуляції, у середньому, становила $8,9 \pm 1,3$ року.

При УЗ дослідженні у всіх пацієнток підтверджена ановуляція, у 98,7% з них діагностовано збільшення об'єму яєчників від 13 до 38 см^3 (у середньому до $23,1 \pm 4,5 \text{ см}^3$), у той час як у контрольній групі цей показник становив $6,3 \pm 1,9 \text{ см}^3$, $p < 0,05$. Збільшення об'єму яєчників за рахунок гіперехогенної строми є основним діагностичним критерієм синдрому полікістозних яєчників, на відміну від збільшення їх об'єму за рахунок росту та дозрівання фолікулів, які не доходять до преовуляторної стадії. Мультифолікулярні яєчники характерні для пубертатного періоду, функціональної гіперпролактинемії та гіпогонадотропної аменореї.

У 66,4% хворих на СПКЯ нами виявлено підвищення рівня лютеїнізуючого гормону (ЛГ) більше 10 МЕ/л, у 73,4% - підвищення співвідношення ЛГ/ФСГ, яке перевищувало 2,5, у 67,4% - підвищення рівня загального тестостерону більше 2,5 нмоль/л. Ці три показники виявилися найбільш інформативними діагностичними критеріями після УЗД.

Лікувальна тактика, у першу чергу, залежить від заінтересованості пацієнтки у вагітності. На першому етапі лікування ми проводили нормалізацію метаболічних порушень, особливо відновлення нормальної маси тіла. На другому етапі проводилася стимуляція овуляції кломіфеном для виявлення резервних можливостей гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи та прогнозування ефективності подальшої терапії незалежно від кінцевої мети лікування.

Основний принцип метаболічної терапії у пацієнток із підвищеною масою тіла - редуційна дієта та фізичне навантаження. Комбіноване лікування з включенням метформіну підвищило ефективність дієтотерапії, але відновлення овуляції відбулося тільки в 5,9% пацієнток. У жодної з пацієнток із СПКЯ нормалізація метаболічних порушень не сприяла відновленню фертильності.

Стимуляція овуляції кломіфеном та/або менопаузальними гонадотропінами сприяли відновленню овуляції в 59,3%, фертильності - у 24,6% пацієнток із нормальною масою тіла, та в 57,8% і 36,3% відповідно в пацієнток із СПКЯ при ожирінні. Причому слід відмітити, що менопаузальні гонадотропіни підключалися в комплекс стимуляції після 3-6 циклів неефективності застосування кломіфену. При цьому повторно уточнювався діагноз СПКЯ на основі гормонального та УЗ моніторингу.

При неефективності гормональної та метаболічної консервативної терапії, прогресуванні гірсутизму, а також при рецидивних гіперпластичних процесах в ендометрії проводилося хірургічне лікування - резекція або електрокаутеризація полікістозних яєчників залежно від змін в яєчниках та їх об'єму, а також від тривалості ановуляції. Використовували як лапаротомію, так і лапароскопію. Відновлення овуляції становило відповідно 82,3% та 83,4%, тобто була майже однаковою. З другого місяця після операції розпочиналася контрольована індукція овуляції (КІО). Максимальне відновлення фертильності спостерігалось перші 3-6 міс. після операції і становило відповідно 46,7% та 54,5%, знижувалося наступні 6 міс. та призупинялося до початкових цифр після року.

Висновок. Патогенетично обґрунтована поетапна терапія з урахуванням клініко-морфологічних та ендокринно-метаболічних особливостей захворювання сприяє ефективному відновленню репродуктивної функції в пацієток із СПКЯ.

Перспективи подальшого дослідження. Слід продовжити пошук ефективних методів підвищення фертильності при лікуванні безплідності в жінок із синдромом полікістозних яєчників та удосконалювати методи хірургічного лікування. Серед них перевагу слід віддавати лапароскопічному хірургічному методу лікування.

Література. 1. *Калинина Е.А., Старостина Т.А., Торганова И.Г., Лукин В.А.* Проблемы поликистозных яичников при экстракорпоральном оплодотворении. В рук - ве "Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия"/Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В. - М., 2001. -С. 497-515. 2. *Назаренко Т.А., Гаспарова А.С., Кузьмичев Л.Н., Калинина Е.А.* Особенности лечения бесплодия у пациенток с синдромом поликистозных яичников, в том числе с помощью метода ЭКО. В рук-ве "Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия"/ Под ред. Кулакова В.И., Леонова Б.В.- М., 2001. - С . 470-496. 3. *Подольский В.В.* Коррекция гиперандрогении у женщин с синдромом поликистозных яичников//Репродуктивное здоровье женщины. - 2002. - №1(10). - С.5-7. 4. *Махунин И.Б., Кушлинский Н.Е., Геворкян М.А.* Роль апоптоза в патофизиологии синдрома поликистозных яичников//Пробл. репродукции. -- 2001. - №4. -С. 31-34. 5. *Махунин И.Б., Геворкян М.А., Кухаркина О.Б.* Восстановление репродуктивного здоровья у больных с синдромом поликистозных яичников//Акуш. и гинекол. - 2002.- №2. - С. 18-21. 6. *Лапароскопия в гинекологии*/Под ред. Т.М.Савельевой -- М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. -- 328с. 7. *Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство*/Под ред. проф. В.К.Чайки. -- Донецк: ООО "Альмагест", 2001. - 608 с. 8. *Руководство по эндокринной гинекологии*/ Под ред. Е.М.Вихляевой. -- М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2000. -- 768 с.

RECOVERY OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION IN PATIENS WITH THE SYNDROME OF POLYCYSTIC OVARY

O.M. Yuz'ko, T.A. Yuz'ko, Al-Abud Mager Hyro

Abstract. The syndrome of polycystic ovary is accompanied by anovulation, hypertrichosis metabolic disorders and results in femal sterility. The trials that have been carried out in 334 patients with the syndrome of polycystic ovary have shown that the basic criteria of diagnostics are an elevated level of the blood luteinizing hormone and testosterone, an elevated LH/FSH ratio, characteristic ultra – sound parameters and a clear – cut clinical picture. The first stage of treatment should be a correction of metabolic disorders, while the second one is a controlled induction of ovulation and in case of inefficiency – surginal treatment. Fertility recovery up to 54,5% is observed during the first six months of treatment.

Key words: syndrome of polycystic ovary, sterility, controlled ovulation induction, surginal treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №2.- P.137-139

Надійшла до редакції 17.01.2004 року