

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ БЕЗ ЭФФЕКТА

НИИ репродукции человека им. И. Ф. Жордания (дир. — проф. А. Г. Хомасуридзе) Минздрава Республики Грузия

По данным ВОЗ, частота женского бесплодия, обусловленного эндокринными нарушениями, составляет 35—40%. Оно может быть вызвано нарушением функции эндокринных желез либо подкорковых структур центральной нервной системы.

В структуре эндокринного бесплодия ведущее место принадлежит синдрому поликистозных яичников (СПЯ). Основным звеном в патогенезе СПЯ является нарушение равновесия между эстрогенами, андрогенами и гонадотропинами. Однако до сих пор дискутируется вопрос, что первично при СПЯ: нарушение гипоталамической регуляции или нарушение механизмов обратной связи из-за неправильной секреции стероидов яичников вследствие наличия в них ферментных дефектов. В настоящее время большое число исследователей указывают на то, что СПЯ является результатом дисфункции гипоталамуса или более высоких структур [6, 8, 9].

Больные с СПЯ представляют наиболее сложную группу в плане восстановления репродуктивной функции, что обусловлено полисимптомностью, полиэтиологичностью и гетерогенностью данного заболевания. Об этом также свидетельствует неоднозначность данных об эффективности разных видов терапии, которая направлена на восстановление репродуктивной функции и включает в себя как консервативное, так и хирургические методы лечения. Из хирургических методов лечения СПЯ наиболее распространена клиновидная резекция яичников, менее — демедуляция обоих яичников, декорткация яичников и т. д. [4, 6, 7].

В литературе имеются единичные исследования, посвященные анализу ретроспективных данных и эффективности операции демедуляции яичников [4, 6].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности демедуляции обоих яичников при СПЯ, исследование структуры бесплодия у больных, оперированных без эффекта по поводу СПЯ, и определение у них дополнительной лечебной тактики.

Материалы и методы

Обследовано 245 женщин, разделенных на 2 группы: 1-я — 138 женщин с первичным СПЯ (яичниковая форма), 2-я — 107 больных со вторичным СПЯ на фоне эндокринно-обменной формы гипоталамического синдрома. Возраст обследованных колебался от 28 до 40 лет.

К моменту обследования половой жизнью жили 245 больных. Первичное бесплодие отмечалось у 230, вторичное — у 15 женщин. Сроки наблюдения после демедуляции обоих яичников составили 2—10 лет.

Всем больным выполняли тесты функциональной диагностики, проводили УЗИ органов мало-

го таза и надпочечников, рентгенографию черепа и турецкого седла, гистеросальпингографию. У 218 женщин в плазме крови радиоиммунологическим методом были исследованы базальные уровни пролактина (ПРЛ), лютеинизирующего (ЛГ), фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола. Кровь для исследования содержания гормонов брали из локтевой вены на 7—9-й и 19—21-й день менструального цикла. У 240 больных в суточной моче определяли уровни 17-кетостероидов (17-КС), дегидроэпиандростерона (ДЭА) и 17-оксикортикостероидов (17-ОКС). Всем больным произведены лапароскопия, гистероскопия, хромопертубация с диагностическим выскабливанием полости матки. Контрольную группу составили 20 практически здоровых женщин детородного возраста.

Результаты и их обсуждение

Основные жалобы больных были на бесплодие, гирсутизм, боли в области живота и поясницы, болезненные менструации, нарушения менструальной функции. У 75 больных наблюдалась олигоменорея, у 3 — аменорея, у 4 — дисфункциональные маточные кровотечения; ановуляция отмечена у 84 (34,5%) больных.

Часть больных 2-й группы предъявляла жалобы на избыточную массу тела, головную боль. Ожирение у больных этой группы характеризовалось равномерным распределением подкожной жировой клетчатки с преимущественным отложением жира в области живота и молочных желез. У большинства женщин этой группы нарушение менструальной функции, имевшее место до операции, оставалось и после оперативного вмешательства. У части больных менструальный цикл нарушился через 2—3 года после операции.

На рентгенограммах черепа у 25 больных 2-й группы имелись рентгенологические признаки повышения внутричерепного давления. Патологических изменений со стороны турецкого седла не обнаружено.

При ректальном или вагинальном исследовании размеры матки оказались нормальными или несколько меньше нормы, пальпировались придатки в спайках, чувствительные в 48 случаях.

При УЗИ органов малого таза у 45 больных выявлен спаечный процесс I—II—III степени. У 229 больных размеры яичников были нормальными, у 9 — увеличенными, и у 7 — меньше нормы.

Гистеросальпингография дала возможность установить непроходимость маточных труб в различных отделах у 28 женщин. При лапароскопии и гистероскопии спаечный процесс органов малого таза различной степени констатирован у 56 (21,2%) больных, непроходимость маточных труб — у 31 (13%), эндометриоз — у 44 (18,3%), кисты яични-

Базальные уровни ЛГ, ФСГ, ПРЛ, половых стероидов и кортизола у больных с СПЯ и здоровых лиц ($M \pm m$)

Обследуемые	ПРЛ, МЕ/мл	ФСГ, мкг/л	ЛГ, мкг/л	Эстрадиол, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л	Кортизол, нмоль/л	Тестостерон, нг/мл
Больные с СПЯ ($n = 218$)							
I фаза	425,3 ± 21,1	8,58 ± 3,2	13,13 ± 4,0	33,4 ± 5,8	24,7 ± 3,5	34,60 ± 18,5	0,79 ± 0,04
<i>p</i>	> 0,5	> 0,5	> 0,5	> 0,01	< 0,001	< 0,001	> 0,15
II фаза	419,1 ± 15,1	4,24 ± 1,5	11,3 ± 3,0	40,05 ± 7,3	30,12 ± 5,7	297 ± 23,1	0,93 ± 0,06
<i>p</i>	> 0,5	> 0,5	> 0,5	< 0,001	> 0,5	< 0,001	> 0,5
Здоровые лица (контроль; $n = 20$)							
I фаза	400,0 ± 20,1	7,8 ± 1,9	10,8 ± 2,6	75 ± 19,0	13,25 ± 0,9	405 ± 30,3	0,63 ± 0,01
II фаза	410,0 ± 20,5	4,9 ± 0,9	12,8 ± 2,0	170 ± 29,03	30 ± 5,05	325 ± 31,5	0,71 ± 0,03

Примечание. Базальный уровень ПРЛ исследован у 215 больных. Здесь и в табл. 2 *p* — достоверность различий между показателями основной и контрольной групп.

ков — у 3 (1%), гиперплазия эндометрия — у 20 (10%), гиперпролактинемия — у 24 (11%) больных.

Результаты исследования базальных уровней ЛГ, ФСГ, ПРЛ, половых стероидов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона) и кортизола представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, у больных с СПЯ отсутствовали статистически достоверные различия в содержании ЛГ и ФСГ по сравнению с контрольной группой как на 7—9-й, так и на 19—21-й день менструального цикла. Точно также у больных и лиц контрольной группы не отмечено статистически достоверной разницы в коэффициенте соотношения ЛГ/ФСГ. Так, в I фазе менструального цикла у больных коэффициент соотношения ЛГ/ФСГ составил 2,17, во II фазе — 1,55, а у лиц контрольной группы — соответственно 1,87 и 1,77 ($p > 0,1$).

Уровень ПРЛ исследовали у 215 больных: у 24 (11%) выявлены высокие уровни, у 188 (87,5%) — нормальные показатели, а у 3 (1,5%) — низкие уровни гормона. Установлено статистически достоверное повышение уровня прогестерона на 7—9-й день менструального цикла ($p < 0,001$) и снижение содержания эстрадиола по сравнению с контрольной группой, хотя по сравнению с уровнем до операции показатели эстрадиола статистически достоверно повысились ($p < 0,01$). Содержание кортизола у всех больных оказалось в пределах нормы.

Данные исследования экскреции с мочой 17-КС, 17-ОКС и ДЭА представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, достоверных различий в экскреции с мочой 17-КС и ДЭА у больных и лиц контрольной группы не выявлено. В то же время отмечается некоторая тенденция к повышению

уровня экскреции 17-ОКС с мочой по сравнению с контрольной группой.

В предыдущих работах [4] были представлены данные об эффективности оперативного лечения СПЯ. Восстановление менструального цикла отмечалось в 92,5% случаев, частота наступления беременности составила 70,8%.

На основании проведенных исследований и анализа полученных данных у 245 женщин, оперированных без эффекта по поводу СПЯ, выявлена следующая структура бесплодия: ановуляция послужила причиной бесплодия у 34,5% больных, послеоперационный спаечный процесс органов малого таза и непроходимость маточных труб — у 34,2%, гиперпролактинемия — у 11%, эндометриоз — у 18,3%, кисты яичников — у 1%. Из представленных данных следует, что наиболее частой причиной бесплодия у оперированных больных остается ановуляция. Генез неполноценности функционирования яичников у этих больных заслуживает дальнейшего изучения. Возможно, основное значение имеют центральные механизмы формирования этой дисфункции, которые, по мнению ряда авторов [1, 9], являются ведущим патогенетическим фактором СПЯ и соответственно не могут быть полностью устранены при демедуляции яичников. У 34,2% больных, безуспешно оперированных по поводу СПЯ, при лапароскопии были обнаружены перитубарные и перивариальные спайки, сопровождающиеся непроходимостью маточных труб в различных отделах.

Следовательно, даже успешное оперативное вмешательство и восстановление функции яичников не гарантирует от послеоперационных спаек, которые могут быть причиной бесплодия тубоперитонеального генеза. По данным разных авто-

Таблица 2

Экскреция с мочой 17-КС, 17-ОКС и ДЭА у больных с СПЯ и здоровых лиц ($M \pm m$)

Обследуемые	17-КС	ДЭА	17-ОКС		
			свободн.	связ.	сумм.
Больные с СПЯ после демедуляции без эффекта ($n = 240$)	35,24 ± 2,38	3,4 ± 0,5	10,58 ± 2,88	15,03 ± 3,1	25,68 ± 4,19
<i>p</i>	> 0,5	> 0,5	< 0,001	> 0,5	> 0,5
Здоровые лица (контроль; $n = 20$)	33,0 ± 2,3	2,8 ± 0,5	0,6 ± 0,1	13,2 ± 0,5	13,8 ± 0,2

ров, частота трансформации эндокринного бесплодия в тубооперитонеальное при СПЯ колеблется от 38 до 100% [3, 5, 7]. Имеются сообщения о том, что после биопсии склерозированных яичников во время лапароскопии спаечного процесса при повторном исследовании не выявлено [2, 8]. Э. А. Алиева и др. [2] изучили результаты лечения СПЯ у 202 пациенток, подвергнутых лапароскопии с хирургической коррекцией поликистозных яичников. При сравнении результатов хирургического лечения авторами установлено, что наиболее выраженный положительный эффект наблюдался у больных, у которых в результате иссечения ткани размеры яичников доводили до нормы. Частота наступления беременности составила 70,6%. Биопсия яичников у части больных не приводила к нормализации их размеров, что, вероятно, объясняет меньшую эффективность вмешательства. Следует отметить, что у части больных с гиперпролактинемией оперативное вмешательство также было неэффективным.

Механизм благоприятного действия демедуляции яичников, по-видимому, связан с удалением патологически измененной ткани яичников, что приводит к снижению уровня андрогенов и в конечном счете способствует нормализации функции гипоталамус—гипофиз—яичники. Однако одной из частых жалоб у больных после операции оставался рост волос на лице и теле. Как показал анализ результатов хирургического вмешательства, гирсутизм оставался без изменений у 116 (47,6%) больных, прогрессирование роста волос отмечалось у 36 (15%) больных.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наиболее частой причиной бесплодия у оперированных больных является ановуляция. У этих больных при нормопрولاктинемии и избыточной массе тела на первом этапе мы назначали дегидратационную, противовоспалительную, рассасывающую терапию на фоне диетотерапии. При нормализации массы тела в течение 3—7 мес у большинства женщин наступала беременность. При отсутствии эффекта от проводимой терапии и нормализации массы тела в лечение включали стимуляторы овуляции (кlostильбегит, пергонал, неопергонал).

Женщинам с нормальной массой тела и ановуляцией назначали гестагены (норколут) по 10 мг/сут с 16-го по 26-й день менструального цикла или эстроген-гестагенные препараты в течение 2—3 мес, затем кlostильбегит с 5-го по 9-й день менструального цикла. При наличии высокого уровня ПРЛ назначали парлодел в суточной дозе 2,5—5 мг с 1-

го дня менструального цикла при наличии менструации и с любого дня при аменорее.

Следовательно, лечебная тактика у больных, оперированных по поводу СПЯ без эффекта, не может быть стандартной и зависит от выявленной патологии, которая обнаруживается в послеоперационном периоде.

Выводы

1. У 34,5% женщин с СПЯ после демедуляции обоих яичников сохраняется ановуляция.
2. Перитубарные и перивариальные спайки, сопровождающиеся непроходимостью маточных труб, у больных, безуспешно оперированных по поводу СПЯ, обнаружены в 34,2% случаев.
3. Лечебная тактика у больных, оперированных по поводу СПЯ без эффекта, не может быть стандартной и зависит от выявленной патологии, которая обнаруживается в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Э. А., Овсянникова Т. В., Пшеничникова Т. Я. // Акуш. и гин. — 1991. — № 6. — С. 59—62.
2. Алиева Э. А., Пшеничникова Т. Я., Гаспаров А. С., Данченко О. В. // Там же. — 1992. — № 2. — С. 61—64.
3. Бескровная Н. И. // Там же. — 1982. — № 10. — С. 14—17.
4. Вейнберг Э. Г., Маркарова О. С., Баблidge Н. И. // Там же. — С. 19—21.
5. Вихляева Е. М., Бадоева Ф. С. // Актуальные проблемы акушерства и гинекологии. — М., 1985. — С. 68—75.
6. Ефремова Л. Д. // Акуш. и гин. — 1993. — № 6. — С. 38—40.
7. Памфамиров Ю. К., Голубев В. А., Заец В. В., Семенюта А. Н. // Там же. — 1987. — № 7. — С. 65—66.
8. Соболева Е. Л., Комаров Е. К., Потин В. В., Свечникова Ф. А. // Там же. — 1990. — № 9. — С. 61—63.
9. Jaffe W. L., Vaitukaitis I. L. / Clinical Reproductive Neuroendocrinology / Ed. I. L. Vaitukaitis. — New York, 1982. — P. 207—230.

Поступила 20.03.96

A. G. Khomasuridze, E. G. Veinberg, R. A. Manusharova, N. I. Bablidze — RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS INEFFECTIVELY OPERATED ON FOR THE POLYCYSTIC OVARIES SYNDROME

Summary. A retrospective analysis of the efficacy of surgical intervention (demedullation of both ovaries) for the polycystic ovaries syndrome (POS) in 245 women aged 28 to 40 was carried out. Primary POS was diagnosed in 138 women (the ovarian form) and the endocrine metabolic form of the hypothalamic syndrome with secondary POS in 107. The findings showed anovulation to be responsible for infertility in 34.5% of cases, postoperative adhesions in the pelvic organs and obstruction of the uterine tubes in 34.2%, hyperprolactinemia in 11%, endometriosis in 18.3%, and ovarian cysts in 1% of cases. Treatment strategy in patients ineffectively operated on for POS cannot be standard and depends on the diseases which is diagnosed after surgery.