

ВПЛИВ СУПУТНЬОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ЗІ СПКЯ

М.І. КОЗУБ

д.мед.н., професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти

М.П. СОКОЛ

Харківська медична академія післядипломної освіти

М.М. КОЗУБ

доцент кафедри акушерства та гінекології №2 Харківської медичної академії післядипломної освіти

Частота синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) у структурі гінекологічних захворювань коливається в межах 10,8-16% серед пацієнток репродуктивного віку. Для лікування СПКЯ використовують консервативні й оперативні методи, а також їх комбінацію. Вибір методу терапії залежить від форми захворювання, поєднання його з іншими чинниками, що впливають на відновлення фертильності, а саме: наявність трубної безплідності, ендометріозу геніталій, гіперпролактинемії та ін.

Мета проведеного дослідження полягала в оцінці ефективності розробленого нами способу лікування пацієнток зі СПКЯ, виявленні у них супутньої гінекологічної патології та визначенні ступеня її впливу на відновлення репродуктивної функції у жінок із цією патологією.

Як видно з даних таблиці, наявність спайкового процесу у пацієнток зі СПКЯ знижує частоту настання вагітності із 49,2 до 25,9%, а наявність супутнього ендометріозу – із 49,2 до 23,8%. Маткова вагітність настає у два рази рідше (22,8%), позаматкова – у 2,2 разу частіше за наявності супутнього спайкового процесу, а супутній ендометріоз знижує вірогідність настання маткової вагітності у 3,2 разу (14,3%) та підвищує ризик виникнення позаматкової вагітності у 2,9 разу (9,5%).

ВИСНОВКИ

1. У 50,4% пацієнток зі СПКЯ виявляється супутня гінекологічна патологія, яка негативно впливає на настання вагітності у післяопераційний період.

ТАБЛИЦЯ.

Ефективність лікування		Спайковий процес n = 105 (42%)	Ендометріоз n = 21 (8,4%)	Чистий СПКЯ n = 124 (49,6%)	Всього хворих зі СПКЯ n = 256 (100%)
Настання вагітності	Маткової	24 (22,8%)	3 (14,3%)	57 (46%)	84 (33,6%)
	Позаматкової	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%)

ТАБЛИЦЯ.
ВПЛИВ СУПУТНЬОГО СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ТА ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК ЗІ СПКЯ

Нами проаналізовано 250 історій хвороб пацієнток репродуктивного віку зі СПКЯ та результати лапароскопічних втручань за період із січня 2006 по вересень 2011 р., виконаних у Харківському міському центрі гінекологічної ендоскопії. Ступінь спайкового процесу оцінювали згідно з класифікацією J. Hulka et al.* (1998). Пацієнткам зі СПКЯ виконували лапароскопічну резекцію третини обох яєчників із гемостазом променевим аргонним коагулятором потужністю коагуляційного струму 60 Вт у режимі «малого потоку» аргону. При виявленні супутнього спайкового процесу та ендометріозу проводили їх лікування загальноприйнятими методами. Профілактику розвитку спайкового процесу інтраопераційно здійснювали за загальноприйнятою методикою (накладання гідроперитонеуму з додаванням 4 мг дексаметазону). У післяопераційний період пацієнтки приймали оральний антиандрогенний контрацептив протягом двох місяців. Через рік після закінчення терапії усім жінкам були розіслані катamnестичні карти.

Отримані нами результати оперативних втручань, історій хвороб та даних катamnезу через рік після закінчення лікування представлені у таблиці.

2. Спайковий процес зустрічається у 42% жінок зі СПКЯ, що є причиною зниження у два рази частоти настання маткової вагітності та підвищення у 2,2 разу частоти настання позаматкової вагітності у післяопераційний період.

3. Ендометріоз має місце у 8,4% осіб зі СПКЯ і є причиною зниження у 3,2 разу частоти настання маткової вагітності та підвищення у 2,9 разу – позаматкової вагітності у післяопераційний період.

4. Наявність у більшості пацієнток зі СПКЯ супутнього спайкового процесу та ендометріозу є підставою для перегляду методики інтраопераційної профілактики розвитку спайкового процесу та розробки індивідуального плану реабілітаційної терапії у післяопераційному періоді.

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

* У цій класифікації розрізняють 4 ступеня спайкового процесу і враховують непрохідність маткових труб.

I – спайки мінімальні, труби прохідні, видно велику частину яєчника; II – понад 50% поверхні яєчника вільні, ампулярна оклюзія зі збереженням складок; III – вільними є менше 50% поверхні яєчника, ампулярна оклюзія з руйнуванням складок; IV – поверхні яєчника не видно, двосторонній гідросальпінкс