



І.Ю. Ганжий

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

© Ганжий І.Ю.

## ЧАСТОТА І СТРУКТУРА ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В АНАМНЕЗІ ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ РІЗНОГО ВІКУ

**Резюме.** У проведеному дослідженні проаналізовані частота та структура оперативних втручань у жінок різних вікових груп з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ). Автори виявили, що у багатьох пацієнток були оперативні втручання на репродуктивних органах в анамнезі. Зроблен висновок про недостатню ефективність існуючих підходів до профілактики та лікування даної категорії пацієнток.

**Ключові слова:** синдром полікістозних яєчників, оперативне втручання, клиновидна резекція.

### Вступ

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є однією з найбільш актуальних проблем гінекологічної ендокринології. На СПКЯ припадає більше половини всіх випадків ендокринного безпліддя (50-75 %) і приблизно 20-22 % в структурі причин безплідного шлюбу [3, 4, 5, 9].

СПКЯ діагностують у 3-16 % жінок фертильного віку [3, 4, 5, 6, 9, 10]. Показники частоти виявлення СПКЯ досить варіабельні у зв'язку із гетерогенністю клінічних й ендокринологічних проявів.

Проблема СПКЯ не обмежується проблемою безпліддя. Жінки мають інші захворювання репродуктивної системи, а також підвищений ризик деяких захворювань у старшому віці та оперативних втручань. Тому і питання лікування СПКЯ це не тільки лікування безпліддя. Зазвичай вибір тактики ведення пацієнтки здійснюється ситуаційно на основі клінічних проявів.

Отже терапія двох пацієнток із синдромом полікістозних яєчників може істотно відрізнятися. Але їх зазвичай поєднує те, що майже всі вони у своєму житті мають одну або більше операцій на репродуктивних органах.

Таким чином, **метою** даного дослідження було вивчення частоти та структури оперативного лікування жінок із синдромом полікістозних яєчників різних вікових груп.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було вивчено медичну документацію 731 жінки з діагнозом «синдром полікістозних яєчників». Всі жінки за віком були розподілені на три групи: 18-25 (1 група), 26-35 (2 група) та 36-49 років (3 група). У 1-у групу ввійшли 244 жінки, у 2-у – 261, а в 3-ю – 226 жінок.

Були проаналізовані методи медикаментозного та хірургічного лікування, що використовувалися для терапії вказаних пацієнток.

Статистична обробка даних здійснювалася у програмі Excel. Дані представлені у вигляді

пропорцій та середніх величин. Застосовано критерій Стьюдента та  $\chi^2$ . Різниця вважалася достовірною в разі  $p < 0,05$ .

### Результати досліджень та їх обговорення

Головним компонентом лікування всіх ендокринологічних захворювань є гормональна терапія. Це стосується й СПКЯ. більшість жінок з СПКЯ в своєму житті отримували ті чи інші гормональні препарати (74,59; 85,44 та 96,90 % відповідно по групах), причому їх частка з віком достовірно збільшувалася ( $p < 0,05$ ). Вік початку терапії в середньому склав  $26,43 \pm 0,20$  років і також вірогідно збільшувався по групах ( $20,06 \pm 0,15$  років;  $27,44 \pm 0,23$  років та  $30,63 \pm 0,26$  років відповідно) ( $p < 0,05$ ). Відмінності за цим показником між групами, можливо, обумовлено тим, що останні десятиріччя розширилися можливості терапії синдрому, з одного боку, і жінки стали звертатися к лікарю раніше для вирішення косметичних проблем, а не тільки лікування безпліддя.

Тривалість терапії здебільше складала від 3 до 5 років. Більшості жінок призначалися різні гормональні препарати (74,59; 85,44 та 96,90%), переважно комбіновані оральні контрацептиви (КОК).

Однією із головних проблем жінок зі СПКЯ є безпліддя. Аналіз методів, що були використані для його лікування (табл. 1) показав, що майже у кожній п'ятій жінки (19,15 %) в анамнезі були спроби використання ребаунд-ефекту від призначення гормональної контрацепції. Зареєстрована достовірна різниця між 1-ю групою у порівнянні із 2-ю та 3-ю, а саме: в 1-й групі лише у 8,61 % жінок використовувалася даний лікувальний підхід, тоді як в 2-й – 24,90 % й в 3-й – 23,89 % ( $p < 0,05$ ). Тільки у жінок старшої вікової категорії ефективність даного підходу була досить високою і склала 16,36 %, що вірогідно відрізняло їх від інших обстежених, серед яких ефективність склала 0 та 4,55 % ( $p < 0,05$ ). В літературі немає даних щодо використання такого підходу для ліку-

вання безпліддя при СПКЯ. Суттєва різниця між групами може бути обумовлена тим, що з розвитком знань про патогенез синдрому, появою більш сучасних методик лікування і переглядом алгоритмів надання допомоги даній категорії пацієнток, цей підхід став рідше використовуватись.

Більш традиційним та розповсюдженим методом лікування безпліддя є стимуляція овуляції. Вона використовувалася приблизно у половини обстежених жінок (44,05 %), причому жінки молодшої вікової категорії достовірно відрізнялися від інших більш низькою частотою використання цього методу (10,66 % у порівнянні з 57,85 % та 64,16 %) ( $p < 0,05$ ). Кількість циклів стимуляції достовірно зростала з віком ( $p < 0,05$ ), але в середньому вона складала 2 цикли. Отримані дані співпадають з даними більшості авторів і прийнятими на цей час рекомендаціями про те, що першою лінією терапії може бути стимуляція овуляції Кломіфеном, але вона не повинна провидитись довго

(не більше 3-6 циклів) [2, 5, 7, 8]. Різниця між групами може бути обумовлена тим, що молоді жінки нещодавно почали терапію безпліддя.

Клиновидна резекція яєчників зареєстрована в анамнезі кожної четвертої жінки у віці 36-49 років (24,34%), що вірогідно відрізняло їх від більш молодших жінок, у яких максимальна частота складала 6 % (2,87 % у 1-й групі та 6,31 % – у 2-й) ( $p < 0,05$ ). Ефективність цього втручання була досить високою у 2-й та 3-й групі (100,0 та 75,93 % відповідно) та незначною у 1-й (28,57 %). Зареєстрована різниця між усіма групами була достовірною ( $p < 0,05$ ).

Хірургічні методи лікування СПКЯ рекомендуються зазвичай у разі неефективності медикаментозних [1, 2, 5, 7, 8, 12]. Різниця між групами, за нашою думкою, зумовлена тим, що кілька десятиріч тому клиновидна резекція яєчників була єдиним методом хірургічного лікування СПКЯ, з одного боку, та не було особливого вибору серед препаратів, що можна використовувати для стимуляції овуляції,

Таблиця 1

Методи лікування безпліддя, що були використані у обстежених жінок

Показчик	Всі обстежені жінки, n=731	Група 1, n=244	Група 2, n=261	Група 3, n=226
Використання ребаунд-ефекту, n (%)	140 (19,15)	21 (8,61) <sup>2,3</sup>	65 (24,90) <sup>1</sup>	54 (23,89) <sup>1</sup>
Отримання позитивного результату, n (%)	12 (8,45)	0 (0) <sup>3</sup>	3 (4,55) <sup>3</sup>	9 (16,36) <sup>1,2</sup>
Стимуляція овуляції Кломіфеном, n (%)	322 (44,05)	26 (10,66) <sup>2,3</sup>	151 (57,85) <sup>1</sup>	145 (64,16) <sup>1</sup>
Кількість циклів	2,09±0,04	1,48±0,06 <sup>2,3</sup>	2,02±0,06 <sup>1,3</sup>	2,26±0,07 <sup>1,2</sup>
Кісти після стимуляції, n (%)	166 (51,88)	20 (7,92) <sup>2,3</sup>	85 (55,92) <sup>1,3</sup>	61 (42,96) <sup>1,2</sup>
Клиновидна резекція, n (%)	78 (10,67)	7 (2,87) <sup>3</sup>	16 (6,13) <sup>3</sup>	55 (24,34) <sup>1,2</sup>
Отримання позитивного результату, n (%)	59 (77,63)	2 (28,57) <sup>2,3</sup>	16 (100,00) <sup>1,3</sup>	41 (75,93) <sup>1,2</sup>

Примітки: <sup>1</sup> – різниця вірогідна відносно 1 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>2</sup> – різниця вірогідна відносно 2 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>3</sup> – різниця вірогідна відносно 3 групи,  $p < 0,05$ .

Таблиця 2

Оперативні втручання на репродуктивних органах, n(%)

Показчик	Всі обстежені жінки, n=731	Група 1, n=244	Група 2, n=261	Група 3, n=226
Цистектомія	116 (15,87)	73 (29,92) <sup>2,3</sup>	25 (9,58) <sup>1</sup>	18 (7,96) <sup>1</sup>
Аднексектомія	4 (0,55)	0 (0)	2 (0,77)	2 (0,88)
Міомектомія	61 (8,34)	0 (0) <sup>2,3</sup>	13 (4,98) <sup>1,3</sup>	48 (21,24) <sup>1,2</sup>
Гістеректомія з додатками	15 (2,05)	0 (0) <sup>3</sup>	1 (0,38) <sup>3</sup>	14 (6,19) <sup>1,2</sup>
Гістеректомія без додатків	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Гістерорезекція	14 (1,92)	0 (0) <sup>3</sup>	3 (1,15) <sup>3</sup>	11 (4,87) <sup>1,2</sup>
Фракційне вишкрібання порожнини матки	241 (32,97)	7 (2,87) <sup>2,3</sup>	35 (13,41) <sup>1,3</sup>	199 (88,05) <sup>1,2</sup>

Примітки: <sup>1</sup> – різниця вірогідна відносно 1 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>2</sup> – різниця вірогідна відносно 2 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>3</sup> – різниця вірогідна відносно 3 групи,  $p < 0,05$ .

Таблиця 3

Наявність показань для оперативного втручання при зверненні обстежених жінок за медичною допомогою, n(%)

Показчик	Всі обстежені жінки, n=731	Група 1, n=244	Група 2, n=261	Група 3, n=226
Наявність показань	197 (27,51)	13 (5,49) <sup>2,3</sup>	40 (15,81) <sup>1,3</sup>	144 (63,72) <sup>1,2</sup>
Рецидив гіперплазії ендометрію	165 (67,62)	0 (0) <sup>2,3</sup>	29 (63,04) <sup>1,3</sup>	136 (78,61) <sup>1,2</sup>
Міома матки	151 (61,89)	0 (0) <sup>2,3</sup>	27 (58,70) <sup>1</sup>	124 (71,68) <sup>1</sup>
Кистома яєчника	52 (20,55)	13 (46,43) <sup>2,3</sup>	13 (24,53) <sup>1</sup>	26 (15,12) <sup>1</sup>

Примітки: <sup>1</sup> – різниця верогідна відносно 1 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>2</sup> – різниця верогідна відносно 2 групи,  $p < 0,05$ ; <sup>3</sup> – різниця верогідна відносно 3 групи,  $p < 0,05$ .



з іншого – запропонована велика кількість підходів до консервативної терапії та сучасні органозберігаючі методики хірургічного лікування [2, 5, 7, 8, 11, 12].

Синдром полікістозних яєчників є причиною не тільки безпліддя, а й інших захворювань репродуктивної системи, серед яких гіперплазія ендометрію, міома матки та інші. Ці захворювання потребують тривалого консервативного, а часто і хірургічного лікування. В таблиці 2 наведені дані щодо оперативних втручань на репродуктивних органах у обстежених жінок. З неї видно, існує достовірна різниця між групами за їх частотою ( $p < 0,05$ ), а саме: більшість операцій було виконано у віці 36-49 років у зв'язку з тією чи іншою патологією. Тільки частота цистектомій була вірогідно більше у молодому віці (29,92 % у порівнянні з 9,58 % та 7,96 %) ( $p < 0,05$ ). Ці дані цілком підтверджують наведені вище щодо гінекологічної патології, а саме: в молодому віці було більше кіст і, як наслідок цистектомій, а в більш зрілому органічна патологія призводила до більш великих оперативних втручань. Треба особливо відзначити, що практично кожна жінка у віці 36-49 років мала фракційне вишкрябання порожнини матки.

Вся терапія, яка використовувалась в анамнезі у обстежених жінок була спрямована на лікування існуючих проблем і попередження рецидивів та виникнення нових захворювань.

Лише у незначній частині вдалося реалізувати цю мету. При повторних зверненнях не мали проблем 16,95 % жінок 1-ї групи та 15,38 % – 2-ї, тоді як в 3-й таких було достовірно менше (4,05 %) ( $p < 0,05$ ).

З другого боку майже третина пацієнок (27,51 %) при останньому зверненні до лікаря мала показання до оперативного втручання (табл. 3). Треба відзначити, що якщо серед жінок у віці 18–25 показання були лише у 13 (5,49%), то у віці 26–35 таких було вже 40 (15,81 %), а в 36–49 – 144 (63,72%) ( $p < 0,05$ ). Отже, відмічено вірогідне зростання з віком патології репродуктивних органів, що потребує хірургічного лікування.

### Висновки

1. Проведене дослідження показало, що жінки різних вікових груп із синдромом полікістозних яєчників відрізняються за методами терапії, частотою та структурою хірургічної патології. Частота оперативних втручань у цієї категорії пацієнок дуже висока, що вказує на недостатню ефективність існуючих підходів до профілактики та лікування.

2. Таким чином, існує нагальна необхідність у розробці диференційованих та індивідуалізованих підходів щодо лікування та профілактики захворювань у жінок з СПКЯ різних вікових груп.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Борис Е.Н. Клинический опыт применения нестероидных антиандрогенов в лечение хронической гиперандрогенной ановуляции при синдроме склерокистозных яичников : сб. Наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2011. – С. 54-61.
2. Клиника, диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников/ М.А. Геворкян, И.Б. Манухин, Л.Б. Студеная [и др.] // ЖРОАГ. – 2008, № 4. – С. 3-20.
3. Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия / В.И. Грищенко, Н.Г. Грищенко, И.В. Загребельная [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1(28). – С. 5–12.
4. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия / Т.А. Назаренко [2-е изд.] – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 208 с.
5. Синдром поликистозных яичников: Руководство для врачей/Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 368 с.
6. Индукция овуляции у больных с синдромом поликистозных яичников / А.Н. Рыбалка, Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – №8(25). – С. 12–20.
7. Abu Hashim H. Clomiphene citrate alternatives for the initial management of polycystic ovary syndrome: an evidence-based approach/Abu Hashim H.//Arch Gynecol Obstet. – 2012. – Vol. 22 (2) – P. 165-172.
8. Badawy A. Treatment options for polycystic ovary syndrome. Review./ A. Badawy, A. Elnashar // International J. of Women Health. – 2011. – Vol. 3. – P. 25–35.
9. Consensus on Women's Health Aspects of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)//Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27 (1). – P. 14-24.
10. Mukherjee S. Polycystic ovary syndrome. Review/ S. Mukherjee, A. Maitra//Indian J. Med. Res. – 2010. – Vol. 131. – P. 743-760.
12. Repeat transvaginal ultrasound-guided ovarian interstitial laser treatment improved the anovulatory status in women with polycystic ovarian syndrome / W. Zhu, M. Chen, Z. Fu [et. al.]// Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2012. – Vol. 31(3). – P. 115-121.
11. The association between the combined oral contraceptive pill and insulin resistance, dysglycemia and dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of observational studies / I.J. Halperin, S.S. Kumar, D.F. Stroup, S.E.Laredo// Hum Reprod. – 2011. – Vol. 26 (1). – P. 191-201.



ЧАСТОТА И СТРУКТУРА  
ХИРУРГИЧЕСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
В АНАМНЕЗЕ ПАЦИЕНТОК  
С СИНДРОМОМ  
ПОЛИКИСТОЗНЫХ  
ЯИЧНИКОВ РАЗНОГО  
ВОЗРАСТА

*И.Ю. Ганжуй*

**Резюме.** В проведенном исследовании проанализированы частота и структура оперативных вмешательств у женщин разных возрастных групп с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Авторы обнаружили, что у многих пациенток имелись оперативные вмешательства на репродуктивных органах в анамнезе. Сделан вывод о недостаточной эффективности существующих подходов к профилактике и лечению данной категории пациенток.

**Ключевые слова:** *синдром поликистозных яичников, оперативное лечение, клиновидная резекция*

FREQUENCY AND  
STRUCTURE OF SURGICAL  
INTERVENTIONS IN  
ANAMNESIS OF WOMEN  
OF DIFFERENT AGE WITH  
POLYCYSTIC OVARIAN  
SYNDROME

*I.Yu. Ganzhyi*

**Summary.** In the study were analyzed the frequency and structure of the surgical interventions in women of different age groups with polycystic ovary syndrome (PCOS). The authors found that many patients had surgery on reproductive organs in history. They make the conclusion about insufficient effectiveness of existing approaches to prevention and treatment of this category of patients.

**Key words:** *polycystic ovary syndrome, surgical treatment, wedge resection of ovaries.*