

УДК 618.173/177-006.2:612.4-092-07-085.322/.357

© З. М. Дубоссарська, Л. П. Грек, 2013.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОВАРІАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ У ПАЦІЄНТОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

З. М. Дубоссарська, Л. П. Грек

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПО (зав. – професор Ю. А. Дубоссарська), Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»; 49044, Україна, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9; E-mail: dsma@dsma.dp.ua

DIAGNOSTIC VALUES OF THE OVARIAN RESERVE FOR PATIENTS WITH THE SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN

Z. M. Dubossarskaya, L. P. Grek

SUMMARY

We present the results of a comparative estimation of the ovarian reserve in patients with chronic pelvic pain syndrome. The first group of patients had adhesive processes in the small pelvis organs, the second group consisted of patients with endometriosis. The ovarian reserve was reduced in the both groups as compared to the control group. This data points to the need of determining the ovarian reserve of patients with the chronic pelvic pain syndrome within the third month after the surgery in order to select a proper method for restoring the reproductive function.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

З. М. Дубоссарская, Л. П. Грек

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты сравнительной оценки овариального резерва у больных с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), обусловленной рубцово-спаечным процессом органов малого таза (1 группа) и эндометриозом (2 группа) после лапароскопического лечения. Проведенные исследования свидетельствуют о снижении яичникового резерва в обеих группах в сравнении с контролем. Вышеуказанные данные диктуют необходимость определения яичникового резерва у больных с СХТБ на 3-й месяц после оперативного лечения с целью выбора метода последующего восстановления репродуктивной функции.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, ендометріоз, спайковий процес органів малого тазу, оваріальний резерв.

В даний час проблемі лікування синдрому хронічного тазового болю присвячена значна кількість публікацій, більшість з яких стосується генітального ендометріозу і спайкового процесу органів малого тазу [1, 2, 6, 8]. Найбільший ефект в усуненні тазового болю дає видалення патологічних вогнищ мінімально травматичними ендоскопічними методами, якщо це можливо, в органозберігаючому обсязі [1, 7, 8]. Багаточисельні дослідження довели ступінь вираженості больового синдрому з ендометріозом та з поширеним злуквим процесом органів малого тазу унаслідок хронічного запалення геніталій [2, 5, 8, 10]. Дані захворювання в тій чи іншій мірі впливають на гемодинаміку та іннервацію органів малого тазу, викликаючи розвиток больового синдрому.

Синдром хронічного тазового болю (СХТБ), обумовлений ендометріозом, рубцово-спайковим процесом органів малого тазу внаслідок хронічного запального процесу внутрішніх геніталій є показанням до лапароскопічного втручання в об'ємі адгезіолізу, сальпінгооваріолізу, резекції яєчників [1, 3, 8-10]. Особливу важливість ця проблема набуває у

пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією, оскільки такі операції нерідко виявляються досить травматичними і майже часто призводять до зниження оваріального резерву, а для даної категорії пацієнток принципове значення набуває відновлення репродуктивної функції [3, 4]. Діагностика функціонального стану яєчників до початку терапії дозволяє адекватно вибрати тактику лікування, дозу препаратів і уникнути можливий розвиток ускладнень [3].

Метою дослідження була порівняльна оцінка стану оваріального резерву у хворих з СХТБ, обумовленого ендометріозом, злуквим процесом внаслідок хронічного сальпінгіту та оофориту, після ендоскопічного втручання.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Нами обстежено 40 хворих у віці від 22 до 33 років (середній вік – 28,5±2,2 років).

1 групу склали пацієнтки із рубцово-спайковим процесом внаслідок хронічного сальпінгіту та оофориту, n=20 (33,3%), 2 групу – хворі із зовнішнім ендометріозом, ендометріодними кисти яєчників, верифікованими гістологічно, n=20 (33,3%). Контрольну

групу склали 20 практично здорових жінок репродуктивного віку, з регулярним менструальним циклом. Всі пацієнтки пред'являли скарги на тазовий біль протягом 3-6 років. Порушення менструального циклу по типу дисменореї зазначено у 8 (40,0%) пацієнток 1 групи і 11 (55,0%) пацієнток 2 групи. Високий інфекційний індекс перенесених у дитинстві захворювань відзначено в 1 групі у 10 (50,0%) пацієнток, переважання екстрагенітальної патології (захворювання шлунково-кишкового тракту, патологію щитовидної залози, дисгормональну мастопатію) зазначено у 11 (55,0%) пацієнток 2 групи. Попередні оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу були в анамнезі в обох групах: у 8 (40,0%) пацієнток 1 групи – з приводу ектопічної вагітності, апоплексії яєчника, гострого апендициту, і у 9 (45,0%) пацієнток 2 групи – в зв'язку з зовнішнім ендометріозом. Вторинне жіноче безпліддя зазначено у 6 (30,0%) пацієнток 1 групи та у 9 (45,0%) пацієнток 2 групи. У всіх спостереженнях з приводу СХТБ операції виконано за допомогою лапароскопії в обсязі адгезіолізіса, сальпінгооваріолізіса, резекції, дрільінгу яєчників, з використанням різних видів хірургічних енергій – монополярна і біполярна електрохірургія. Всім пацієнткам у віддаленому післяопераційному періоді на 3-й день менструального циклу проводилося ультразвукове дослідження органів малого тазу на апараті «Toshiba» Nemio17-го, з використанням трансвагінального датчика – 7,5 МГц, енергетичного, імпульсивно-хвильового з кольоровим доплерівським картуванням (КДК). В ході трансвагінальної ехографії в режимі реального часу оцінювали кількість антральних фолікулів (КАФ) та стан оваріального кровотоку. В якості біохімічного маркера оваріального резерву використовували так званий «потрійний тест» – визначення фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), інгібіна В, антимюлерова гормону (АМГ) в сироватці крові на 3-й день 3-го менструального циклу. За статистично значущі приймалися відмінності за величиною статистичної значущості $p < 0,05$. Протягом 3-го менструального циклу оцінювали оваріальний резерв за вказаними маркерами.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Рівень АМГ у післяопераційному періоді був нижче в 2 групі на 3-й день 3-го менструального циклу і склав $1,9 \pm 0,5$ нг/мл порівняно з 1 групою – $3,6 \pm 1,1$ нг/мл, а також в порівнянні з групою контролю – $5,1 \pm 1,5$ нг/мл ($p < 0,01$). Рівні інгібіна В у 3-му менструальному циклі післяопераційного періоду відповідали наступними показниками: $25,0 \pm 3,5$ пг/мл – в 2 групі та $39,0 \pm 1,5$ пг/мл – в 1 групі в порівнянні з контрольною групою $75,0 \pm 1,5$ пг/мл. Мінімально низькі значення АМГ (0,9 нг/мл) і інгібіна В (22 пк/мл) відзначено у 2 групі – у пацієнток, яким виконано ендоскопічні операції на яєчниках після попередніх операцій на органах малого тазу, у тому числі з приводу ендометріодних кіст, особисто у пацієнток з III стадією зовнішнього ендометріозу.

Підвищення ФСГ відмічено у 2 групі ($15,4 \pm 1,5$ МО/л) в порівнянні з 1 групою – $11,7 \pm 0,9$ МО/л. Протягом усього періоду спостереження рівень ФСГ залишався високим і перевищував такі значення ($8,6 \pm 1,5$ МО/л) в контрольній групі ($p < 0,01$). Найбільш високі показники ФСГ встановлено у пацієнток, прооперованих ендоскопічно з приводу двосторонніх ендометріодних кіст яєчників.

Показники кількості антральних фолікулів (КАФ) відрізнялись у 2 групі на 3-й менструальний цикл післяопераційного періоду – $4,3 \pm 1,8$ в порівнянні з 1 групою – $5,7 \pm 1,6$, та в порівнянні з групою контролю – $7,8 \pm 1,7$ ($p > 0,05$). В цілому, за основними показниками (рівень ФСГ, концентрації інгібіна В і АМГ, кількість антральних фолікулів) оваріальний резерв у пацієнток 2 групи був нижче, ніж у пацієнток 1 групи та групи контролю. Отримані дані свідчать про те, що низький рівень АМГ, інгібіна В і максимальні значення ФСГ корелюють з меншим числом антральних фолікулів, що підтверджують наявність ризиків зниження оваріального потенціалу у пацієнток з СХТБ після ендоскопічного втручання на яєчниках, особисто у пацієнток з генітальним ендометріозом у 2-й групі (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка функціонального стану оваріального резерву у тематичних хворих в післяопераційному періоді

Показник	1 група	2 група	Контрольна група	Ймовірність відмінностей
	1	2	К	р
ФСГ, МО/л	$11,7 \pm 0,9$	$15,4 \pm 1,5$	$8,6 \pm 1,5$	1:К<0,05 2:К<0,01 2:3>0,05
Інгібін В, пг/мл	$39,0 \pm 1,5$	$25,0 \pm 3,5$	$75,0 \pm 1,5$	1:К<0,01 2:К<0,001 1:2<0,05
АМГ, нг/мл	$3,6 \pm 1,1$	$1,9 \pm 0,5$	$5,1 \pm 1,5$	1:2>0,05 1:К<0,05 2:К<0,001

ВИСНОВКИ

1. Проведені дослідження вказують на необхідність післяопераційного визначення оваріального резерву у хворих з СХТБ, обумовленого ендометріозом, злуковим процесом, внаслідок хронічного сальпінгіту та оофориту, за допомогою трансвагінальної ехографії в режимі реального часу з оцінкою кількості антральних фолікулів; в якості біохімічних маркерів оваріального резерву використовувати «потрійний тест» – визначення фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), інгібіна В, антимюлерова гормону (АМГ), що диктує необхідність вибору щадного методу і об'єму хірургічного втручання з позицій їх деструктивного впливу на оваріальний резерв у хворих з СХТБ.

2. Особливе значення такий підхід набуває в тих випадках, коли метою втручання стає відновлення репродуктивної функції. При виборі лікувально-реабілітаційної тактики даного контингенту хворих необхідно враховувати стан оваріального резерву та своєчасно скерувати пацієнток на допоміжні репродуктивні технології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Эндометриозы : руководство для врачей / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Андреева Е. Н. – М. : Мед., 2006. – 416 с.
2. Дубоссарская З. М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская. – Днепропетровск: «Лири ЛТД», 2008. – 415 с.
3. Ингибин В как маркер овариального резерва у женщин с различными формами бесплодия / Т. А. Назаренко, Н. Г. Мишиева, Н. Г. Соловьева [и др.] // Проблемы репродукции. – 2005. – № 3. – С. 15.
4. Мусаев Р. Д. Функциональное состояние яичников после различных методов хирургического вмешательства у больных с эндометриозными кистами / Р. Д. Мусаев, О. В. Чабан, А. И. Давыдов // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – № 5. – С. 5–11.
5. Озерская И. А. Хроническая тазовая боль у женщин репродуктивного возраста / И. А. Озерская, М. И. Агеева. – М. : ВИДАР, 2009. – 299 с.
6. Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология (клинические очерки) [часть] / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. – Киев, 2003. – С. 105–110.
7. Теория и практика эндокринной гинекологии / Под ред. проф. З. М. Дубоссарской. – Днепропетровск : «Лири ЛТД», 2010. – 459 с.
8. Хирургическое лечение синдрома хронических тазовых болей в гинекологической клинике / Г. А. Савицкий, Р. Д. Иванова, И. Ю. Щеглова, П. А. Попов. – Элби-СПб, 2003. – 144 с.
9. Хроническая тазовая боль / Под ред. В. Н. Беловой. – М.: Антидор, 2007. – 572 с.
10. Яроцкая Е. Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.01 / Яроцкая Е. Л. ; ГУ «Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН». – М., 2004. – 48 с.