

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО
ЭНДОМЕТРИОЗА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Невыясненная этиология эндометриоза, а также широкая распространенность вызывает повышенный интерес к этому заболеванию. Частота его у гинекологических больных, по данным литературы, колеблется от 8 до 50% [1, 4, 7].

Если раньше эндометриоз чаще встречался в возрасте 30—40 лет, то в последние годы он диагностируется в возрасте 20—30 лет. Вместе с тем необходимо отметить, что появились сообщения о диагностике эндометриоза у детей и девушек в возрасте 13—18 лет.

Знание клинических проявлений, особенностей течения заболевания и анамнеза позволяют своевременно заподозрить эндометриоз в 90% случаев и с помощью специальных методов исследования окончательно установить диагноз [2, 9].

Ведущим клиническим проявлением эндометриоза является нарушение функции половых органов, что выявляется болезненными и обильными менструациями, болями при половой жизни и во время дефекации, бесплодием, невынашиванием беременности [2, 8].

Особую актуальность проблема диагностики и лечения эндометриоза у женщин с бесплодием приобрела в последние десятилетия, когда благодаря широкому внедрению лапароскопии в гинекологию было установлено, что наружный генитальный эндометриоз имеет четкую корреляцию с бесплодием. У больных эндометриозом в 30—40% случаев наблюдается бесплодие. Среди женщин с бесплодием эндометриоз выявляется в 30—50% случаев [10], что превышает подобные показатели в общей популяции в 20 раз. При этом у подавляющего большинства этих больных обнаруживают так называемые «малые» формы наружного генитального эндометриоза. Фертильность бывает снижена даже у больных с незначительно выраженным эндометриозом.

Применение в гинекологии эндоскопической хирургии способствует эффективной наиболее точной постановке диагноза наружного генитального эндометриоза, позволяет избежать травматичных оперативных вмешательств и в 30—60% случаев способствует наступлению беременности [3, 5].

Цель настоящего исследования заключается в изучении диагностической и лечебной значимости пельвиоскопии у женщин с наружным генитальным эндометриозом и бесплодием.

Под нашим наблюдением находилось 85 женщин с бесплодием, у которых ранее проведенное традиционное обследование (гистеросальпингография, ультразвуковое исследование) и лечение оказались неэффективными. К моменту обследования у всех женщин был регулярный овуляторный менструальный цикл, положительный посткоитальный тест. Все другие факторы бесплодия были исключены.

Возраст пациенток—21—35 лет, средний возраст обследованных составил $29,5 \pm 2,5$ года. Длительность бесплодия колебалась от 2 до 16 лет, в среднем $6,5 \pm 3,5$ года. Первичное бесплодие было у 70 (82%), вторичное—у 15 (18%) больных. Менструации были болезненными у 65 (76%) из 85 обследованных женщин. У большинства (56) наблюдалась дисменоррея с менархе. Остальные 9 женщин связывают появление болей во время менструации с различными причинами: начало половой жизни (2), нервное потрясение (2), переохлаждение (1), грязелечение (1), гистеросальпингография (1) и диагностическое выскабливание (2).

Диспареуния была выявлена у 26 из 85 больных, дисхезия—у 11 пациенток. Боли внизу живота, так называемые «тазовые боли», не связанные с менструациями, отмечались у 12 женщин.

При бимануальном обследовании патологических изменений не обнаружено у 40 из 85 больных. У 45 пациенток были выявлены следующие изменения со стороны внутренних половых органов: уплотнение и напряженность маточно-крестцовых связок—у 20, болезненные уплотнения клетчатки позадиматочного пространства—у 5, болезненность при пальпации заднего свода влагалища—у 5, уплотнение и болезненность яичников—у 15. Спаечный процесс при влагалищном обследовании можно было заподозрить у 12 женщин.

По данным гистеросальпингографии, внутриматочной патологии не обнаружено ни у одной больной. Обе маточные трубы были проходими у 77, у 13 одна труба была непроходима. Спаечный процесс был заподозрен у 12 больных.

Ультразвуковое обследование в процессе предоперационной подготовки было произведено 60 больным. Из них у 48 женщины патологические изменения органов малого таза не выявлены. Кисты яичников были обнаружены у 8 женщин, миома матки—у 4, из них у 2 наблюдалось сочетание миомы матки и кисты яичника. Спаечный процесс в малом тазу был обнаружен у 2 больных.

Учитывая длительность ранее проведенного обследования и безуспешность лечения всем женщинам произведена лапароскопия с помощью оборудования фирмы «Storz (Германия).

У всех пациенток был обнаружен наружный генитальный эндометриоз I—IV степени распространения (классификация АОП, 1985 г.). Первая (I) степень эндометриоза диагностирована у 38 пациенток, II — у 26, III — у 12, IV — у 9. Наиболее часто эндометриозные гетеротопии располагались на крестцово-маточных связках, более чем у половины больных были обнаружены эндометриозные поражения яичников. Брюшина позадиматочного пространства поражена в 50% случаев, брюшина переднематочного пространства—у 18%, широких маточных связок—у 20% обследованных. Наружный эндометриоз маточных труб в виде отдельных гетеротопий был обнаружен у 3% женщин, и брюшина круглых маточных связок была поражена в 4% случаев. У большинства больных (65%) эндометриозные гетеротопии локализовались на различных участках брюшины, покрывающей органы малого таза, или на яичниках. У остальных

больных имели место изолированные поражения одного из участков малого таза.

Спаечный процесс в малом тазу, обусловленный эндометриозом, был обнаружен у 51 женщины, многа матки различных размеров—у 20% пациенток, дефекты брюшины—у 12. Размеры дефектов колебались от 0,2 до 2 см. При первичном бесплодии дефекты брюшины имели место у 10, при вторичном—у 2 женщин. Проприходимость маточных труб при хромогидротубации была сохранена у всех пациенток.

Всем женщинам была произведена эндокоагуляция видимых очагов эндометриоза, при наличии спаечного процесса—эндокоагуляция и рассечение спаек, а при субсерозных миоматозных узлах производилась миомэнуклеация. Брюшную полость тщательно промывали теплым физиологическим раствором.

После операции 70 женщинам проводилось лечение даназолом по 400 мг в сутки в непрерывном режиме. Аменорея на фоне лечения возникла у всех женщин.

После окончания лечения мы продолжали наблюдение за всеми 85 женщинами в течение года. Если в начале пельвиоскопического лечения дисменорея была выявлена у 65, диспареуния—у 26, дисхезия—у 11 и тазовые боли у 12 женщин, то за сроки наблюдения после окончания лечения дисменорея исчезла у 48% женщин, а у остальных она была слабо выражена; диспареуния выявлена вновь только у 7, дисхезия—у 8 и тазовые боли—у 3 больных. Беременность наступила у 36 (42%) женщин.

Таким образом, на основании данных, полученных нами, мы пришли к заключению, что лапароскопия является ценным методом исследования при выявлении и определении степени распространения генитального эндометриоза и выборе оптимального метода терапии.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ЕрМИ,
РАГНЛ комплексе Минзрара РА

Поступила 2/V 1993 г.

Ա. Ֆ. Դրամփյան, Ռ. Ա. Աբրահամյան

ԱՐՏԱՔԻՆ ԳԵՆԻՏԱԿ ԷՆԴՈՄԵՏՐԻՈԶԻ ԱՆՏՈՐՆՈՒՄԸ ՈՒ ԲՈՒԺՈՒՄԸ
ԱՆՊՏՈՒԳ ԿԱՆԱՆՑ ՄԱՏ

Բերված են 85 անպտուղ կանանց հետազոտման և բուժման տվյալներ, որոնց մոտ հաշտնաբերված էր արտաքին գենիտալ էնդոմետրիոզ: Հաստատված է, որ էնդոսկոպիկ վիրաբուժության կիրառումը նպաստում է արտաքին գենիտալ էնդոմետրիոզի ախտորոշման ճշտությանը և բուժման արդյունավետությանը:

A. F. Drampian, R. A. Abramian

Diagnosis and Treatment of External Genital Endometriosis in Sterile Women

The data on examination and treatment of 85 women suffering with external genital endometriosis are brought in the article. The application of endoscopic surgery allowed to increase the accuracy of diagnosis and efficiency of the treatment of external genital endometriosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В. П. Клиника и лечение эндометриоза. М., 1979, с. 159.
2. Доцанова А. М. Мат. республ. научн. конф. по проблеме «Бесплодный брак». Тбилиси, 1985, с. 246.
3. Конде А. М. Дисс. канд. М., 1987, с. 127.
4. Barbieri R. L., Kistner R. W. *Medical Management of Endometriosis* of Raynaud L. P. T. Ojasov. L. Raven-Press, 1984, 27.
5. Buttram V. C. *Fertil. Steril.*, 1979, 31, 2, 117.
6. Buttram V. C. *Fertil. Steril.*, 1985, 43, 3, 347.
7. Kistner R. W. *Gynecology and Obstet. Gynec.*, 1979, 22, 101.
8. Kistchin J. *Gynecology and Obstetrics*, 1983, 38, 1.
9. Masuzari H. *Acta Obstet. Gynec.*, JPIV, 1987, 39, 6, 987.
10. Strathy J. H., Molgaard C. A., Coltmann C. B., Mellon L. V. *Fertil. and Steril.*, 1982, 38, 5/6, 657.

УДК 616.69.008.6:615.251.3

Р. А. Абрамян, С. Б. Григорян, В. К. Назарян

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТА НА КАЧЕСТВО СПЕРМЫ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ГЛУБОКОМ ЕЕ ЗАМОРАЖИВАНИИ

По имеющимся литературным данным, сперма человека содержит множество липидов, в составе которых преобладают ненасыщенные жирные кислоты, представляющие собой богатый субстрат для перекисного окисления.

Исследованиями В. К. Милованова и др. [1] и А. Г. Наричного [2] было установлено, что при подготовке спермы к замораживанию происходит образование токсичных продуктов окисления липидов, приводящих к структурным изменениям липидного слоя мембран акросомы и прекращению подвижности сперматозоидов.

Нами была поставлена задача впервые в мировой практике ввести в состав разбавляющей среды химические защитные вещества — антиоксиданты, способствующие повышению устойчивости спермиев к холодовому удару, увеличению их подвижности после оттаивания и лучшему сохранению акросом. В качестве антиоксиданта мы использовали моноэтаноламин для предохранения спермы человека от окисления в период подготовки ее к замораживанию.

Использование моноэтанолamina из группы этанолamines (коламин) ($\text{NH}_2\text{CH}_2\text{CH}_2\text{OH}$) было вызвано тем, что это вещество как антиоксидант предохраняет мембрану мужских половых клеток от перекисного окисления фосфолипидов и холодового удара во время криоконсервации и, как показали наши исследования, обладает свойством понижения токсичного воздействия криопротектора на клетки.

Работа по криоконсервации спермы человека и искусственной инсеминации женщин замороженно-оттаянной спермой была проведена на государственном предприятии «Уйс-М» при Республиканском клиническом роддоме Министерства здравоохранения РА.

До замораживания сперму разбавляли разработанной нами глюкозо-этаноламино-глицино-глицериновой средой в следующем составе: глюкоза—4 г, натрий лимонно-кислый—2,3 г, желток куриного яйца—28 см³, глицерин—10 см³, глицин—160 мг, моноэтаноламин—20 мг, пенициллин—20 тыс. ед., ЭДТА—140 мг, вода дистиллированная—100 см³.