

### ПЕЛЬВИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

С внедрением в клинику эндоскопических методов обследования пельвиоскопия нашла широкое применение как в диагностике, так и в лечении различных форм женского бесплодия. На сегодняшний день для оценки состояния матки, яичников, маточных труб уже недостаточно проведения тестов функциональной диагностики, гистеросальпингографии и кимопертубации. Необходим непосредственный осмотр органов малого таза.

Целью настоящего исследования явилось определение роли пельвиоскопии в диагностике и лечении различных форм бесплодия у женщин. С 1991 г. по настоящее время под нашим наблюдением находилось 280 женщин, страдающих бесплодием (с первичным—226, с вторичным—54), которым произведена пельвиоскопия.

Возраст пациенток колебался от 26 до 35 лет. Средний возраст обследованных составил  $31,5 \pm 3,5$  года. Длительность бесплодия в наблюдаемой группе колебалась от 2 до 15 лет и в среднем составляла  $7,3 \pm 3,4$  года.

Для исключения фактора мужского бесплодия проведено двукратное исследование спермы. Иммунологический фактор бесплодия был исключен при проведении повторного дифференцированного пост-коитального теста. Лапароскопию проводили с помощью оборудования фирмы «Storz» (Германия).

Анализируя данные, полученные при проведении 280 пельвиоскопий, нами установлены следующие причины бесплодия: тубоовариальный—45%, перитонеальный—а) воспалительного генеза—25%, б) послеоперационного—35%; наружный генитальный эндометриоз—35%; склерокистоз яичников—15%; сактосальпинкс (гидро-, гемо-, пиосальпинксы)—10%, доброкачественные опухоли матки и придатков—15%, гипофункция яичников—8%; гипоплазия шейки и матки—10%; пороки развития внутренних половых органов—4%; бесплодие неясного генеза—3%.

Как видно, на первое место среди причин женского бесплодия выступает следствие ранее перенесенного воспалительного процесса, который пельвиоскопически подтвержден лишь в 70% случаев. По данным эндоскопического обследования одностороннее поражение придатков встречалось у 1/3 больных. Спаечный процесс в малом тазу, обусловленный ранее перенесенным воспалением, выявлен нами в 50% случаев.

У каждой второй женщины, подвергшейся ранее аппендэктомии или клиновидной резекции, наблюдалась трубно-перитонеальная форма бесплодия. У 4% женщин констатировано перигепатическое воспаление—синдром Фитц-Хью-Куртиса.

На втором месте среди причин женского бесплодия был наруж-

ный генитальный эндометриоз, который обнаружен нами у 35% женщин, страдающих бесплодием.

Лапароскопия в настоящее время позволяет не только поставить правильный диагноз, но при наличии соответствующего оборудования произвести оперативные вмешательства [1, 2]. Нами произведены следующие оперативные вмешательства: сальпинголизис, сальпинго- и неосальпингостомия, рассечение спаек в брюшной полости, удаление кист, удаление субсерозных миоматозных узлов. Нормальное взаиморасположение органов малого таза после проведения сальпингоовариолизиса удалось восстановить у 90% женщин. У 20% из них с окклюзией дистального отдела маточных труб при помощи операций фимбриолизиса, сальпинго- и неосальпингостомии удалось восстановить проходимость фаллопиевых труб. При постановке диагноза склерокистозных яичников нами проводилась пельвиоскопическая клиновидная резекция. Если же во время пельвиоскопии диагностировался эндометриоз, то проводилась эндокоагуляция эндометриондных гетеротопий по методу Semm [3]. При обнаружении же эндометриондных кист проводилось вылушивание и удаление их с обязательной коагуляцией ложа кисты.

Во время операции тщательно устранили кровь, брюшную полость промывали теплым физиологическим раствором. Для профилактики возникновения спаек создавали искусственный асцит (500 мл физиологического раствора и гидрокортизона с последующим дренированием брюшной полости).

Спустя год после лечения беременность наступила у 35% женщин, подвергшихся операции сальпингоовариолизиса. После операции сальпингостомии в сочетании с сальпингоовариолизисом беременность наступила у 1 из 13 оперированных.

Пельвиоскопическая коррекция склерокистозных яичников способствовала устранению стерильности у 80% пациенток. У женщины же с наружным генитальным эндометриозом спустя год после окончания лечения беременность наступила в 40% случаев.

Резюмируя полученные данные, мы приходим к заключению, что использование современных эндоскопических методов диагностики не только позволяет идентифицировать факторы, влияющие на фертильность женщины, но и провести адекватное лечение.

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

Поступила 6/II 1993 г.

Թ. Ա. Արամիան, Ա. Յ. Դամիյան, Ս. Պ. Յիլյան

ՊԵԼՎԻՍԿՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ԿԱՆԱՅԻ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ՁԵՎԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՋ

*Յուլյ և տրված կանացի անպտոսիայան արտորոշման և բուժման մեջ պելվիոսկոպիայի բարձր արդյունավետությունը, որը հնարավորություն է տալիս լայնորեն օգտագործել նշված մեթոդը կանացի հիվանդությունների կիրնիկայում:*

## Pelviscopy in Diagnosis and Treatment of Different Forms of Female Infertility

High efficiency of pelviscopy in diagnosis and treatment of female infertility is shown. The data obtained allow to recommend this method for wide application in case of female diseases.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Delarie T., Mellen I. M. Rev. Fr. Gynec. Obstet.*, 1987, 82, 4, 259. 2. *Gomel V. Fertil. Steril.*, 1989, 52, 1, 1. 3. *Semm K., Greenblatt R. B., Mettler L. Genital Endometriosis in infertility Xth World Congress of Fertility and Sterility. Madrid, 1980.*

УДК 618.17—0724

А. Ф. Дрампиан, Р. А. Абрамян, С. П. Фильджиан, Г. А. Дабагян

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ТАЗОВЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОЗА В СОЧЕТАНИИ С БЕСПЛОДИЕМ

Эндометриоз—одно из наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин с бесплодием [1, 4, 7]. При бесплодии эндометриоз выявляется в 19—51%, а среди больных с эндометриозом бесплодие составляет 30—40%, что превышает подобные показатели общей популяции в 20 раз [12]. Ведущими клиническими проявлениями эндометриоза служат нарушения функции половых органов, что выражается болезненными и обильными менструациями, болями при половой жизни и во время дефекации, бесплодием, невынашиванием беременности [2, 8].

Благодаря внедрению в клиническую практику новых методов исследования и особенно лапароскопии в диагностике эндометриоза произошли существенные изменения. До внедрения эндоскопических методов исследования верификация клинического диагноза в лучшем случае осуществлялась только при лапаротомии, если возникала необходимость хирургического лечения. Лапароскопия позволяет не только выявить любую стадию заболевания, осуществить дифференциальную диагностику, но при наличии соответствующего оборудования произвести деструкцию очагов эндометриоза, рассечение спаек [3, 10].

За период с 1990 по 1991 г. под нашим наблюдением находились 50 больных, страдающих бесплодием и наружным генитальным эндометриозом. К моменту обследования у всех женщин был регулярный овуляторный менструальный цикл (о чем свидетельствовали данные базальной температуры, высокий уровень прогестерона в плазме и данные гистологического исследования эндометрия), проходимость маточных труб, положительный посткоитальный тест. Все другие факторы бесплодия были исключены.