

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. Rew. Fr. Gynec. Obstet., 1987, 82, 4, 259. 2. Gornel 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. Фильдзян, 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.

Больные были в возрасте от 20 до 38 лет. Длительность бесплодия в наблюдаемой группе к моменту обследования колебалась от 2 до 16 лет и в среднем составляла $8,2 \pm 2,5$ года. Первичное бесплодие было у 40, вторичное—у 10 больных. У женщин со вторичным бесплодием в анамнезе было 12 беременностей, из них 8 закончились самопроизвольным выкидышем в I—II триместре беременности.

Диагностика наружного генитального эндометриоза основывалась на характерных жалобах больных (дисменорея, диспареуния, дисхезия, тазовые боли), данных влагалищного и ультразвукового исследований органов малого таза, гистеросальпингографии, лапароскопии.

К моменту обследования менструации были болезненными у 37 из 50 женщин. Слабые или умеренно выраженные боли, не требующие приема анальгетиков, наблюдались у 30, сильные боли, требующие постоянного приема анальгетиков,—у 7 женщин. Дисменорея у большинства больных (43) наблюдалась с менархе, диспареуния—у 12 и дисхезия—у 4 пациенток. Так называемые «тазовые» боли, не связанные с менструациями, отмечали 5 женщин.

При бимануальном обследовании патологических изменений не обнаружено у 21, у 29 пациенток были выявлены следующие изменения со стороны внутренних половых органов: уплотнение и напряженность маточно-крестцовых связок, болезненные уплотнения клетчатки позадиматочного пространства, болезненность при пальпации заднего свода влагалища, укорочение одного или обоих боковых влагалищных сводов, уплотнение и болезненность яичников.

По данным гистеросальпингографии, внутриматочной патологии не было обнаружено. Обе маточные трубы были проходимы у 44 (88%), одна труба была непроходима у 6 больных. Спаечный процесс в малом тазу выявлен у 7 больных.

Ультразвуковое обследование было произведено в процессе предоперационной подготовки всем больным. Патологических изменений органов малого таза не обнаружено у 40 женщин, кисты яичников были выявлены у 8, спаечный процесс в малом тазу—у 2 больных.

Всем больным с целью уточнения диагноза была произведена лапароскопия, которая позволяла с достаточной точностью установить локализацию очагов эндометриоза, распространенность поражения, а также решить вопрос тактики лечения. Исследования производили с помощью оборудования фирмы «Storz» (Германия).

Во время лапароскопии у всех больных был обнаружен наружный генитальный эндометриоз I—IV степени. Для определения степени распространения эндометриоза была использована классификация Американского общества плодовитости (1979), модифицированная в 1985 г. [5, 6].

При обнаружении эндометрионидных гетеротопий отмечали их локализацию, размер, количество, цвет. Данные, полученные при лапароскопии, фиксировались в протоколах и специальных схемах, что позволяло в дальнейшем производить максимально точное сравнение состояния органов малого таза. Наиболее часто эндометрионидные гетеротопии располагались на брюшине крестово-маточных связок (28)

и прямокишечно маточного углубления (26), затем на яичниках (23), широких маточных связках (7) и в переднематочном пространстве (5). Наружный эндометриоз маточных труб в виде отдельных гетеротопий был обнаружен у 1 женщины. У 2 больных выявлен эндометриоз экстрагенитальной локализации—поверхностные эндометриозидные гетеротопии локализовались на брюшине сигмовидной кишки; I степень распространения эндометриоза выявлена у 22, II—у 14, III—у 10, IV—у 4 больных. Кроме наружного генитального эндометриоза, во время эндоскопической ревизии органов малого таза у 21 больной обнаружен спаечный процесс в малом тазу, обусловленный эндометриозом. У всех этих больных был обнаружен эндометриоз яичников, яичники были фиксированы к брюшине *fossa ovarica*, при этом спайки располагались в области эндометриозных гетеротопий. Кисты яичников диаметром от 0,5 до 6 см выявлены у 15 больных. Во всех случаях произведена биопсия очагов эндометриоза, диагноз эндометриоза был верифицирован гистологически.

При хромогидротубации индигокармином проходимость маточных труб у всех больных была сохранена. Внутриматочная патология эндометрия была исключена с помощью гистероскопии и биопсии эндометрия. Всем женщинам была произведена эндокоагуляция видимых очагов эндометриоза по методу Semm [11]. При обнаружении эндометриозидных кист мы удаляли их содержимое пункцией, вылучивали и удаляли капсулу кист с последующей эндокоагуляцией ложа. При наличии спаек во всех случаях производили эндокоагуляцию и рассечение спаек. После операции всем женщинам проводили лечение гестагенами (норэтистероном в течение 6 месяцев по 10 мг в сутки) и антигонадотропином (даназол—по 400 мг в день в течение 6 месяцев) в непрерывном режиме. Пациентки переносили медикаментозную терапию хорошо. На фоне лечения аменорея возникла у всех больных, начиная с 1-го месяца приема. После лечения все пациентки наблюдались в течение года в амбулаторных условиях.

После отмены препаратов у всех больных восстановился характерный для них ритм менструаций. Если перед началом лечения дисменорея была выявлена у 37, диспареуния—у 12, тазовые боли—у 5 и дисхезия—у 4, то в первые месяцы после окончания лечения дисменорея исчезла у 50% из 37 пациенток с ранее болезненными менструациями, у остальных боли значительно облегчились, диспареуния была выявлена лишь у 4 больных, тазовые боли у 2 и дисхезия у 1 больной. В результате терапии беременность наступила у 20 больных. Однако у больных в возрасте 35 лет и старше и при длительности бесплодия 11 лет и более беременность не наступила.

Мы провели сравнение данных, полученных при бимануальном, ультразвуковом и лапароскопическом исследованиях. Бимануальное обследование позволило выявить характерные изменения крестцово-маточных связок, заднего и боковых сводов влагалища, утолщение и болезненность яичников, ретродекации матки, на основании которых можно было заподозрить наружный генитальный эндометриоз у 74% обследованных больных. Кисты яичников при предварительном

ультразвуковом исследовании были диагностированы только у 18% обследованных, что отчасти связано также с небольшими размерами кист, а отчасти со сложностью интерпретации ультразвуковой картины, когда тонкостенные кистозные образования маскируются наполненными содержимым петлями кишечника. И наконец, спаечный процесс в малом тазу до лапароскопии заподозрен на основании данных ультразвука у 6% и по данным гистеросальпингографии лишь у 14% больных. В то же время патологические находки при лапароскопии выявлены нами в 30% случаев, что не было обнаружено при гистеросальпингографии, а в 50% случаев патологические изменения, выявленные гистеросальпингографией, не были подтверждены при лапароскопии.

Таким образом, решающая роль в постановке диагноза наружного генитального эндометриоза, степени его распространения с указанием и описанием локализации эндометриондных гетеротопий, наличия или отсутствия спаечного процесса принадлежит лапароскопии, которая позволяет не только поставить правильный диагноз, но при наличии соответствующего оборудования произвести деструкцию очагов эндометриоза, рассечение спаек.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ЕрМИ,
РАГНЛ комплекс, МЗ РА

Поступила 2/II 1993 г.

Ա. Ֆ. Դրամփյան, Ռ. Ա. Աբրահամյան, Ս. Պ. Ֆիլյան, Գ. Ա. Դաբաղյան

ԷԿԵԿՄԵՏՐՈԶՈՎ ԵՎ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՄԱՏ ԼԱՊԱՐՈՍԿՈՊԻԿ
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Տվյալ աշխատանքը հիմնված է արտաքին էնդոմետրիոզի կասկածով 50 անպտղություններ տառապող կանանց հետազոտման և բուժման տվյալների վրա: Բոլորին կատարված է լապարոսկոպիա, հետագա 6 ամսվա ընթացքում՝ հորմոնոթերապիա:

Լապարոսկոպիկ մեթոդի բուժման արդյունավետությունը հաստատվում է հետազոտվող բոլոր 50 կանանց մոտ զրոյով ախտանիշների կայուն վերացմամբ: 40 % դեպքում կանայք հղիացել են:

A. F. Drampian, R. A. Abramian, S. P. Filjian, G. A. Dabaghian

Laparoscopic Investigations at Pelvic Forms of Endometriosis Combined with Sterility

The examination and treatment of women with sterility who were supposed to have external genital endometriosis have been carried out. The data obtained show the efficiency of pelviscopic investigations and treatment of patients with this pathology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баскаков В. П. Эндометриозы. Л., 1966, с. 253.
2. Доцанова А. М. Мат. респ. научн. конф. молодых ученых Грузии по проблеме: бесплодный брак, Тбилиси, 1985, с. 246.
3. Ентин Б. В., Молжанинов Е. В. Акуш. и гинеко., 1979, 5, с. 35.
4. Железнов Б. И., Стрижаков А. Н. Генитальный эндометриоз. М., 1985, с. 158.

5. *Buttram V. C. Fertil. and Steril.*, 1985, 47, 2, 347. 6. *Faguer C., Fal R. Contr. Sex.*, 1979, 8, 5, 357. 7. *Kitchin J. Gynecology and Obstetrics*, 1983, 1, 18, 1. 8. *Masuzaki H. Acta Obstet. Gynaec. J. P.N.*, 1987, 39, 6, 987. 9. *Murphy A. A. Fertil. Steril.*, 1987, 47, 1, 1. 10. *Semm K., Greenblatt R. B., Mettler L. Genital Endometriosis in Infertility. Xth World Congress of Fertility and Sterility. Madrid, 1980.* 11. *Stratky J. H., Molgaard C. A., Coulam C. B., Melton L. J. Fertil. and Steril.*, 1982, 38, 5/6, 667.

УДК 618.11—072.1

Р. А. Абрамян, А. Ф. Драмлян, Р. Г. Саркисян, С. П. Фильдэян

ДИГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ ЛАПАРОСКОПИЕЙ

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) до настоящего времени находится в центре внимания как ученых, так и клиницистов. СПКЯ при своем прогрессировании связан с множественным риском, в том числе с развитием гирсутизма, ожирения, метаболических нарушений, постепенным снижением генеративной функции, развитием рака эндометрия [2—5]. Возможность развития этих осложнений диктует необходимость поиска оптимальных методов лечения больных с СПКЯ.

До настоящего времени с целью восстановления репродуктивной функции женщины с СПКЯ широко используется клиновидная резекция яичников путем лапаротомии. При контрольной лапароскопии у больных с отсутствием эффекта через 1—12 лет после данной операции был обнаружен выраженный спаечный процесс в малом тазу в 100% [1], атрофия яичников в 18% случаев [1].

Широко практикуемая в настоящее время лапароскопия позволяет не только поставить правильный диагноз, но и при наличии соответствующего оборудования произвести резекцию яичников.

Целью настоящего исследования явилась попытка оптимизации объема хирургического лечения поликистозных яичников посредством лапароскопии.

Нами проведено обследование и лечение 30 больных (девушек—8 и бесплодных женщин—22) с диагнозом СПКЯ, у которых ранее проведенное гормональное лечение было безуспешным. Возраст пациенток колебался от 13 до 30 лет, возраст менархе—от 10,5 до 16 лет. Регулярный менструальный цикл установился сразу у 6 больных, но с возрастом ритм менструации нарушился по типу опсоменореи.

У 20 больных наблюдалась первичная опсоменорея и у 4 вторичная аменорея. Регулярный ритм менструации нами не выявлен ни у одной больной. У большинства (23) обследованных больных по данным ректальной температуры выявлены ановуляторные циклы. У остальных имело место укорочение 2-й фазы менструального цикла. Первичным бесплодием страдали 20, вторичным—2 больных. У жен-