

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, 78, 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., Metzler L. Genital Endometriosis in Infertility. Xth World Congress of Fertility and Sterility. Madrid, 1980.* 11. *Strahny 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. Фильдэжян

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 опсоменорей.

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-

щин с вторичным бесплодием в анамнезе была I беременность, закончившаяся срочными родами, и I самопроизвольный выкидыш в первом триместре. В анамнезе у каждой 4-й больной выявлена некоторая наследственная предрасположенность к эндокринно-обусловленным состояниям (бесплодие, гирсутизм, нарушение ритма менструации).

Особенности оволосения определены у всех больных по шкале Ферримана-Галвея. Гирсутизм различной степени выраженности диагностировался в 50% случаев. Увеличение степени оволосения, появление гирсутизма у 55% пациенток совпадал с периодом менархе. Общее гирсутное число у обследованных больных составило в среднем $18 \pm 0,4$. Массо-ростовой индекс у обследованных пациенток намного превышал его у здоровых женщин и составил 26,0. У всех больных распределение подкожной жировой клетчатки носило равномерный характер. Кожные покровы имели обычную окраску, стрии на коже отсутствовали. У большинства больных вторичные половые признаки были хорошо выражены. Лишь у 4 из 30 пациенток отмечено недостаточное развитие молочных желез—от 2 до 4 (по Таннеру). При гинекологическом обследовании равномерное увеличение обоих яичников обнаружено в 18, одного яичника в 8 случаях. При рентгенографии черепа нарушений формы и структуры турецкого седла не обнаружено. При ультразвуковом исследовании органов малого таза из 30 больных двустороннее увеличение яичников установлено у 20, одностороннее—у 6, нормальные размеры—у 4. Мелкокистозные изменения в яичниках определялись у 23, утолщения капсул—у 7 больных.

При гормональном обследовании нами выявлено увеличение базального уровня ЛГ у 19 больных, а снижение базального уровня ФСГ—у 9 женщин. Нормальная величина отношения ЛГ/ФСГ (более 2) отмечена в 90% случаев, уровень тестостерона в крови у 18 больных с СПКЯ соответствовал верхней границе нормы и лишь в 4 случаях несколько превышал ее.

Экскреция 17 КС и 17 ОКС с суточной мочой выше нормы нами отмечена в 70% случаев и на верхней ее границе—в 30%. С целью выявления первоисточника гиперандрогении проведена проба с преднизолоном и синтетическими прогестинами. Проба с преднизолоном во всех случаях расценена как отрицательная. В 27 случаях проба с эстроген-гестагенными препаратами была положительной. В трех случаях уровень 17 КС не снизился и после комбинированной пробы.

Для исключения фактора мужского бесплодия проведено двукратное исследование спермы. Иммунологической фактор был исключен при проведении повторного дифференцированного посткоитального теста.

Ввиду безуспешности ранее проведенной консервативной терапии всем пациенткам была произведена лапароскопия и гистероскопия. Исследование проводили с помощью оборудования фирмы «Storz» (Германия).

Подготовка больных к лапароскопии была идентична подготовке

к лапаротомии. Лапароскопию выполняли в операционной с применением эндотрахеального наркоза. Операция проводилась по общепринятым в настоящее время правилам и носила в случае необходимости не только диагностический, но и лечебный характер.

Во время лапароскопии двустороннее равномерное увеличение яичников нами обнаружено у 24 (80%) больных, в 5 (20%) случаях было более выраженное увеличение одного яичника. Цвет яичников сероватый с перламутровым оттенком, поверхность натянутая с сосудистым рисунком разной степени выраженности. Белочная оболочка утолщена. Ни зреющих фолликулов, ни следов их разрыва не обнаружено. Через утолщенную оболочку просвечивали фолликулярные кисты размером $0,3 \times 0,7$ см. В 80% случаев перитонеальная жидкость в позадматочном пространстве отсутствовала, в остальных случаях она обнаружена в незначительном количестве.

Всем пациенткам нами проведена эндоскопическая резекция поликистозных яичников или их широкая биопсия, что зависело от размеров яичников.

Гистологически во всех случаях констатированы утолщение белочной оболочки в среднем в 2 раза, а также обильный клеточный остов с фиброзом и фолликулярные кисты. У 24 больных отмечены гиалиновые изменения в артериолах. Желтое тело выявлено у 6 больных. Наличие желтого тела можно связать с ранее проведенным лечением средствами, стимулирующими овуляцию.

Особо отметим, что у 2 девушек в биоптате яичников, полученном при лапароскопии, фолликулы не были обнаружены, в то время как при исследовании по тестам функциональной диагностики и при определении гормонов полученные результаты свидетельствуют об имеющейся эндокринной функции яичников, хотя и пониженной. Не исключено, что не выявленные при лапароскопии фолликулы могут быть обнаружены в биоптате.

Для уточнения состояния эндометрия нами произведена гистероскопия с последующим выскабливанием слизистой оболочки тела матки и гистологическим исследованием соскоба у 15 больных. При этом атрофия эндометрия обнаружена у 6, гиперплазия эндометрия у 2, тонкая слизистая оболочка—у 6, полипы эндометрия—у 1. При гистологическом исследовании соскобов атрофия эндометрия или тонкая слизистая оболочка выявлена у 10, гиперпластические процессы эндометрия—у 2, полипы—у 1. Полученные нами результаты совпадают с данными литературы [2].

Отдаленные результаты обследования 30 больных, страдавших СПКЯ, позволили дать более полную оценку эффективности лапароскопии как лечебному методу данного заболевания. Спустя 1—1,5 года после эндоскопической резекции яичников восстановление менструального цикла наблюдалось у 27 пациенток, наступление овуляции—у 25, беременность наступила у 16 из 22 женщин. Снижение гирсутного числа от 20 до 10 баллов нами выявлено у 14 больных.

Таким образом, малый риск развития спаечного процесса, более легкое течение послеоперационного периода, сокращение времени пре-

бывания больной в стационаре позволяет рекомендовать эндоскопическую хирургию как более оптимальный и щадящий метод лечения больных с СПКЯ.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ЕрМИ,
РАГНЛ комплекса РА

Поступила 30/IV 1992 г.

Ռ. Ա. Աբրահամյան, Ա. Ֆ. Դրամբյան, Ռ. Գ. Սարգսյան, Ս. Պ. Ֆիլյան

ՊՈՐՏՊՈՅՏՈՂ ԶՎԱԲԱՆՆԵՐԻ ԶԱՄԱՏԱՆՆԵՐՈՎ ԶԻՎԱՆՆԵՐԻ ԱՆՏՐՈՇՆՈՒՄԸ ՈՒ
ՐՈՆԻՔՈՒՄԸ ԸՊՊԱՐՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ՄԵԶՈՑՈՎ

Ստամենասիրվել են լապարոսկոպիայով հետազոտված և բուժված պո-
լիկիստոզ ձվարանների համախտանիշով տառապող 30 հիվանդ:

Յուրյ է արված, որ այս մեթոդի կիրառման շնորհիվ հիվանդների 90 %
մտա փերականգնվել է գաշտանային ցիկլը, իսկ 72 % դեպքում՝ կանայք
հղիացել են:

R. A. Abramian, A. F. Drampian, R. G. Sarkissian, S. P. Filjan

The Diagnosis and Treatment of Women with Polycystic Ovary Syndrome by Laparoscopy

Women with polycystic ovary syndrome were investigated and tre-
ated by laparoscopic method. The results obtained testify to the effi-
ciency of this method in case of this pathology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиева Э. А., Ишеничкова Т. Я., Гаспаров А. С. Акуш. и гинеко., 1990, 7, с. 63.
2. Алиева Э. А., Данченко О. В., Гаспаров А. С. Сб.: Диагностика и лечение бесплодного брака. М., 1988, с. 164.
3. Атаняшова О. А., Сметник В. П. Акуш. и гинеко., 1990, 9, с. 9.
4. Прилепская В. И. Акуш. и гинеко., 1990, 2, с. 61.
5. Buvat J., Buvat-Harbut M. *Contracept. Fertil. Sexual.*, 1989, 17, 6, 549.
6. Blanc B., Boublil L. *Gynecol. gte. France*, 1988, Paris, 436.

СУДК 618—089

Р. А. Абрамян, Г. С. Авакян

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИМЕРНОЙ ПЛЕНКИ ДИПЛЕН ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Среди консервативно-пластических операций женских половых органов большой удельный вес имеют консервативная миомэктомия и пластические операции на трубах, позволяющие сохранить генеративную функцию у молодых женщин, страдающих бесплодием. Однако данные литературы свидетельствуют, что частота осложнений после