

Е. О. Балашова Т. С. Афанасьева
**ЗНАЧЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Можейко Л. Ф.

канд. мед. наук, ассист. Шишко О. Н.

Кафедра акушерства и гинекологии,

Кафедра эндокринологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 130 амбулаторных карт и историй болезни пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ, за 2016-2017 г, которым выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия с последующими операциями: резекция, диатермокаутеризация, декортикация, девисцеризация. Эффективность лечения в виде восстановления менструального цикла 84,6%

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, менструальный цикл, бесплодие, лапароскопия

Resume. A retrospective analysis of 130 outpatient cards and case histories of patients with infertility caused by polycystic ovary syndrome for 2016-2017 was conducted. The patients underwent diagnostic laparoscopy with the following operations: resection, diathermocauterization, decortication, devicerization. The efficiency of treatment in a form of menstrual cycle recovery is 84,6%

Keywords: polycystic ovary syndrome, menstrual cycle, infertility, laparoscopy.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников — (синдром Штейна-Левенталя, гиперандрогенная дисфункция яичников, болезнь поликистозных яичников, синдром склерокистозных яичников) – это гетерогенное заболевание связанное с патологией структуры и функции яичников, что проявляется гиперандрогемией (ГА) и ановуляцией.

Частота синдрома поликистозных яичников среди женщин репродуктивного возраста составляет 4-7%, а среди женщин с эндокринным бесплодием – 50-60%. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) - одна из наиболее частых и актуальных причин нарушения менструального цикла, ановуляции и женского бесплодия.

Успех лечения больных с СПКЯ связан в основном с восстановлением овуляции и достижением беременности у ранее бесплодных пациенток, а не с излечением этого патологического состояния. Определены долгосрочные риски, сопровождающие данный синдром: развитие инсулин резистентности, висцерального ожирения, СД, сердечно-сосудистой патологии с повышением риска АГ, ИБС, рака эндометрия и яичников [1,2].

Цель: определить возможности диагностики и лечения эндокринного бесплодия, обусловленного СПКЯ, с помощью лапароскопии.

Задачи:

1. Выявить особенности анамнеза и сопутствующую патологию.
2. Изучить влияние операции на восстановление менструального цикла и репродуктивной функции женщины.
3. Оценить целесообразность лечебно-диагностической лапароскопии для обнаружения и лечения сопутствующих заболеваний

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ Областной ро-

дильный дом г. Бреста. Проведен ретроспективный анализ 130 амбулаторных карт и историй болезни пациенток с бесплодием, обусловленным СПКЯ, которым была произведена лапароскопия в период 2016-2017 г.

Пациенткам было проведено стандартное клиническое обследование, которое включало: изучение данных анамнеза, определение индекса массы тела (ИМТ), характера менструального цикла, репродуктивной функции, проведение трансвагинального УЗИ яичников. При этом для каждого яичника определяли следующие показатели: объем, число антральных фолликулов диаметром 2-10 мм; средний диаметр наибольшего фолликула. Гормональное исследование - прежде всего отношение ЛГ\ФСГ, определение ТТГ, пролактина, тестостерона, эстрадиола, прогестерона, 17-ОП (17-гидроксипрогестерона). [3,4].

Все пациентки были репродуктивного возраста. Возраст исследуемых пациенток находился в диапазоне от 21 до 42 лет, с преобладающим числом пациенток в возрасте 30 лет. Средний возраст пациенток 29,2 лет (рисунок 1).

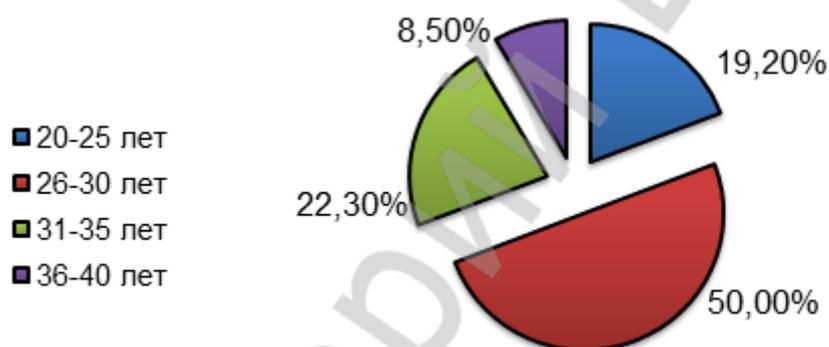


Рисунок 1 — Возраст исследуемых женщин

Диагноз СПКЯ был установлен на основании общепринятых критериев Роттердамского консенсуса по СПКЯ (2003г.):

- Нарушение менструального цикла с менархе (олигоменорея /дисменорея).
- Клиническая и/или биохимическая гиперандрогения.
- Поликистозные яичники по данным УЗИ.

Ультразвуковая семиотика поликистозных яичников (ПКЯ) согласно консенсусу: ПКЯ должны иметь хотя бы один из следующих признаков:

- 12 или более фолликулов, имеющих диаметр 2–9 мм,
- увеличение объема яичника (более 10 см³).

При проведении УЗИ увеличение объема яичников выявлено у 95% пациенток. Средний объем яичников составил 14,9 см³, число кистозно-атрезизирующихся фолликулов 10±2, имеющих диаметр 6±1,2 мм.

При анализе анамнестических данных обследованных женщин обращалось внимание на перенесенные заболевания, имеющие значение в становлении и функционировании репродуктивной системы. Имелась наследственная отягощенность, а именно: нарушения менструальной и генеративной функции у 20 (15,4%). Большинство 17 (13,0%) пациенток перенесли более двух детских инфекций. Артериальная гипертензия – у 16 (12,3%) женщин. В анамнезе у 19 (14,6%) ожирение, у 11 (8,5 %) гипотиреоз, у 10 (7,7%) пролеченные ИППП.

В результате обследования выявлено нарушение менструального цикла по типу олигоменореи у 57 (43,8%) женщин, дисменореи 22 (17,0%) у 51 (39,2%) пациентки регулярный менструальный цикл.

Длительность бесплодия от 1 лет до 20 лет, в среднем 4,01 лет. Всем женщинам до проведения лечебно-диагностической лапароскопии было проведено комплексное обследование. Нами были изучены подробные сведения всех исследований, а также прослежены отдаленные результаты лечебно-диагностической лапароскопии.

Первичное бесплодие было у 98 (75,0%) пациенток, вторичное у 32 (25,0%). СПКЯ как единственная причина бесплодия встречалась у 104 (80,0%) женщин, а меньшая доля случаев 26 (20,0%) приходилась на пациенток с другими выявленными сопутствующими патологиями, в основном такими как трубно-перитонеальный фактор и эндометриоз (рисунок 2).

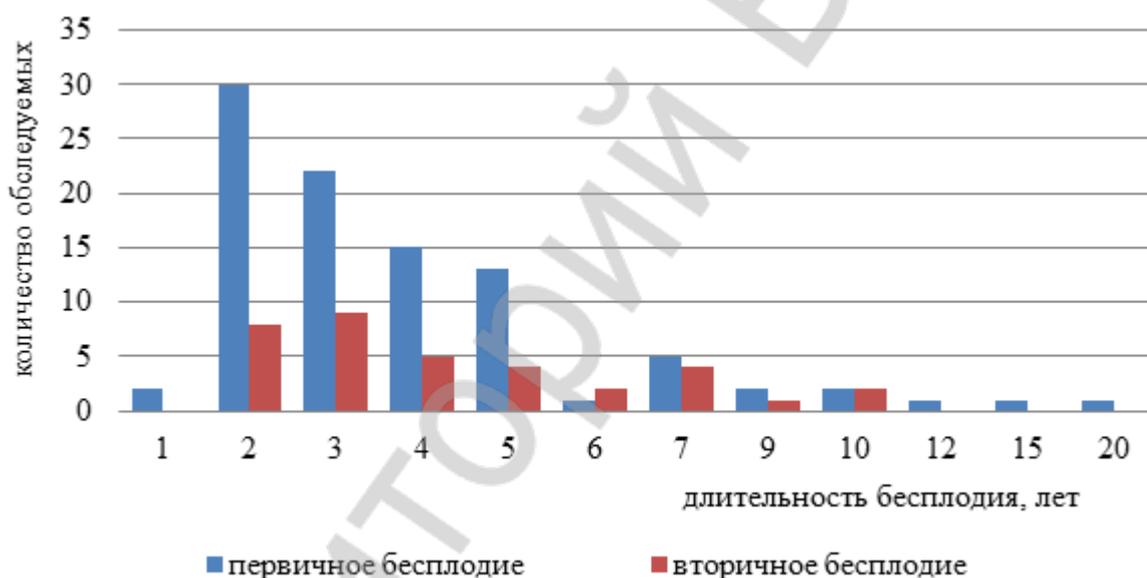


Рисунок 2 — Длительность бесплодия

Результаты и их обсуждение. Показаниями к проведению лапароскопии были неэффективность консервативных методов индукции овуляции у 56% пациенток, наличие сопутствующих спаечных изменений в малом тазу и/или патологии маточных труб, а также совокупность данных: объем яичников >15см³, уплотненная белочная оболочка, соотношение концентраций ЛГ/ФСГ>3,5.

Были выполнены следующие операции (Таблица 1) [5].

Таблица 1. Проведенные операции.

Диатермопунктура яичников	49 (36,3%)
Декортикация яичников	36 (26,8%)
Клиновидная резекция яичников	20 (14,8%)
Девисцеризация яичников	17 (12,6%)

Взятие биопсии	11(8, 1%)
Фимбриопластика	2 (1,4%).

После проведенного ЛС лечения диагноз СПКЯ был подтвержден гистологически у в 100% случаев.

Помимо основной операции на яичниках были выполнены (таблица 2)[6].

Таблица 2. Сопутствующие операционные вмешательства.

Сальпингоовариолизис	13 (10,0%)
Коагуляция очагов эндометриоза	13 (10,0%)
Удаление доброкачественных образований яичников	9 (6,9%)
Удаление перитубарных и периовариальных кист	5 (3,8%)
Консервативная миомэктомия	5 (3,8%)
Вицеролизис	1 (0,7%)
Ампутация трубы	1 (0,7%)

Следует отметить, что у 13 (10%) женщин спаечный процесс в малом тазу был впервые диагностирован только при лапароскопии. Так же впервые выявлены паровариальные и перитубарные кисты в 10 (7,7 %) случаев, киста яичника в 3 (2,3%), миома матки в 1 (0,7%) и эндометриоз у 9 (6,9 %) женщин.

После диагностической лапароскопии у 13 (10%) исключен диагноз аднексит, у 4 (3,1%) сальпингит, у 3 (2,3%) гидросальпингс.

В итоге лечебно-диагностических мероприятий восстановление регулярного менструального цикла в течение от 2 до 6 мес наблюдалось у 110 (84,6%) пациенток.

Из пациенток прооперированных в 2016 году (68 женщин) в течении первого полу-года после хирургического лечения забеременело 25 (36,7%) женщин, в том числе 1 пациентка в результате ЭКО. В том числе 1 неразвивающаяся беременность, 1 самопроизвольное прерывание беременности в сроке 10-11 недель и 1 нарушенная трубная беременность.

Выводы:

Таким образом, диагностика эндокринного бесплодия, обусловленного СПКЯ, может быть осуществлена с помощью лечебно-диагностической лапароскопии, что так же эффективно в восстановлении репродуктивной функции женщин и диагностике сопутствующих факторов бесплодия.

Е. О. Balashova, Afanaseva T. С.

THE IMPORTANCE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF POLYCTICOSIS SYNDROME SYNDROME

Tutors: professor L. F. Mozheyko, assistant Shishko O. H.

Department of Obstetrics and Gynecology,

Department of Endocrinology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Дуда В. И. Гинекология / В. И. Дуда, В. И. Дуда, И. В. Дуда — Мн.: Харвест, 2004.— 560 с
2. Занько С. Н. Гинекология: учебник / С. Н. Занько. — Минск: Выш. шк., 2010. — 640 с:
3. Нейроэндокринные синдромы в гинекологической практике: учебно-методическое пособие/ Е. Н. Кириллова, Р. Л. Коршикова, Ю. В. Савочкина. — Минск: БГМУ, 2013.-43 с.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: учебное пособие для студентов и ординаторов/ Под ред. В. Е. Радзинского. — М.: ООО «Медицинское информативное агенство», 2005. —520 с.
5. Савельева Г. М. Гинекология : учебник / Г. М. Савельева, Б. И. Баисова, В. Г. Бреусенко.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.— 432 с.
6. Сметник В. П. Неоперативная гинекология: руководство для врачей./ В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович.- СПб СОТИС, 1995г.— Книга 1— 224 с