

ровать эндокринное бесплодие у женщин с МС для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

Вывод. Разработанная прогностическая формула позволяет оценивать риск эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №2. – С.28–38.
2. Daviss, B. Growing pains for metabolomics / B. Daviss // The Scientist. – 2005. – Vol. 19, N 8. – P. 25–28.
3. Nordstrom, A. Metabolomics: moving to the clinic. / A. Nordstrom, R. Lewensohn // J. Neuroimmune Pharm. – 2010. – Vol.5, №1. – P. 4–17.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Костяхин А.Е.², Казачек Л.М.²,
Мшар И.О.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница №4 г. Гродно

Актуальность. Частота синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) в структуре гинекологических заболеваний колеблется в широких пределах – от 0,6 до 11%. Необходимость и целесообразность использования эндоскопии у пациентов с СПКЯ обоснованы рядом исследователей. При лапароскопии (ЛС) наряду с осмотром можно произвести биопсию яичников, что позволяет поставить точный диагноз и выбрать наиболее рациональную тактику лечения. Лапароскопический доступ представляется чрезвычайно важным и для оперативного лечения СПКЯ. Его преимуществами перед лапаротомией являются сочетание максимальной информативности с незначительной операционной травмой, снижение частоты возникновения спаечного процесса в малом тазу и существенное сокращение времени пребывания пациентов в стационаре после операции

Цель нашей работы – обосновать терапевтическую цен-

ность ЛС при бесплодии у пациентов с СПКЯ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 108 пациентов с СПКЯ в возрасте от 22 до 37 лет (средний возраст $31,9 \pm 1,4$ года) с длительностью бесплодия от 2 до 12 лет (в среднем $5,3 \pm 1,2$ года). Во всех случаях мужской, цервикальный и иммунологический факторы бесплодия были исключены. У 58 (53,7%) пациентов была олигоменорея, у 30 (27,8%) – аменорея, у 11 (10,2%) – дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), у 9 (8,3%) – регулярные менструации через 28-30 дней.

Всем пациентам были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза, ЛС с хирургической коррекцией поликистозных яичников (ПКЯ) и последующим морфологическим исследованием биоптатов. ЛС проводилась под эндотрахеальным наркозом с помощью аппаратуры фирмы «Wolf» (Германия).

Результаты и их обсуждение. Первичное бесплодие было диагностировано у 91 (84,3%), вторичное – у 17 (15,7%) женщин. У 17 пациентов с вторичным бесплодием было 19 беременностей, из которых 2 закончились своевременными родами, у 7 – самопроизвольное прерывание беременности в 6-7 недель, у 3 – от 8 до 11-12 недель беременности, у 3 – медицинским абортom, у 4 – было 2-3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности. Все беременности были подтверждены гистологически.

Масса тела у пациентов в среднем составила $70,9 \pm 4,5$ кг при среднем росте $163,61 \pm 1,83$ см. ИМТ в среднем составил $26,3 \pm 0,4$ кг/м². Наличие угревой сыпи отмечено у 22 (20,4%) женщин. Ожирение выявлено у 61 (56,5%) пациента: I ст. ожирения – у 40 (37%), II-я – у 19 (17,6%), III-я – у 2 (1,9%). ИМТ у них составил в среднем $29,7 \pm 0,6$ кг/м². 38 (35,2%) из 61 женщины отмечали начало повышения массы тела в 11-16 лет. У 23 (21,3%) пациентов повышение массы тела возникало в 19-23 года на фоне гормонотерапии, применяемой с целью регуляции менструального цикла, и начала половой жизни. Трофические изменения в виде белых стрий на коже молочных желез, бедер, ягодиц отмечены у 16 (14,8%) пациентов. Увеличение степени оволосения наблюдалось, главным образом, в области верхней губы, подбородка, груди, верхней и нижней половины живота и бедер, что является косвенным признаком гиперандрогении.

Гирсутизм с менархе или в первые 2 года после менархе

возник у 38 (35,1%) женщин, через 3-4 года после менархе – у 12 (11,1%), через 5-6 лет после менархе – у 6 (5,6%), через 7 лет после менархе – у 8 (7,4%). У 38 (35,1%) пациентов появление ожирения и гирсутизма началось с пубертатного периода. Возраст менархе $13,4 \pm 0,3$ лет.

При ЛС яичники тщательно осматривали, перемещая их манипулятором, иначе латеральная поверхность гонад, обращенная к заднему листку широкой маточной связки, не визуализируется. После осмотра яичник в самом центре свободного края перпендикулярно широко захватывали зажимом на глубину минимум до 5 мм и подтягивали яичник к свободному центру таза. В зависимости от размера яичника делали разрез вокруг зажима на расстоянии, необходимом для удаления ткани нужного объема. Далее разрез продолжали в глубину на $2/3$ поперечника яичника, не доходя до его ворот, имеющих большое количество сосудов. Для иссечения биоптата предпочтительнее пользоваться лапароскопическими пилообразными ножницами, поскольку с их помощью края биоптата срезаются ровно и не травмируются. Не следует выкручивать ткань яичника. При правильном выполнении операции кровотечение из яичника минимально, края раны коагулируют точечным эндокоагулятором. Данный вид эндокоагуляции является малотравматичным, так как направлен только на поверхностные слои клеток, что снижает вероятность образования спаек, а в ряде случаев и предотвращает их. Далее яичники и брюшную полость тщательно промывают физиологическим раствором до получения прозрачной жидкости.

Таким образом, основными моментами резекции яичников являются: 1) выбор места, правильный захват и фиксация яичника, 2) иссечение биоптата яичника до нормальных размеров последнего; 3) адекватный гемостаз и тщательное промывание брюшной полости.

При соблюдении этих рекомендаций риск данной операции минимален, продолжительность ее составляет 20-30 мин. Осложнений во время операции ни в одном случае не наблюдалось. Пациенты переносили лечение удовлетворительно, через 6-8 ч вставали. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписка из стационара производилась на 3-4-е сутки.

При ЛС были обнаружены характерные признаки ПКЯ: жемчужно-серый цвет, гладкая, блестящая, натянутая поверх-

ность с характерным сосудистым рисунком либо петлистыми сосудами, наличие подкапсулярных просвечивающих кист диаметром от 0,3 до 2 см, плотная или равномерно утолщенная оболочка. На разрезе в яичниках находили мелкие кисты диаметром 0,3-2 см с прозрачным или желтоватым содержимым (количество таких кист в каждом яичнике обычно было равно от 10 до 15).

Во всех 108 наблюдениях отмечались 5 и более характерных признака ПКЯ, среди которых увеличение яичника, гладкая, блестящая, натянутая поверхность с сосудистым рисунком на оболочке и наличие подкапсулярных кист, мелкие кисты на разрезе в яичниках. У 96 (88,9%) пациентов свободная перитонеальная жидкость в позадиматочном пространстве отсутствовала. Подобная лапароскопическая картина свидетельствует об отсутствии овуляции. Следует отметить, что различия в эндоскопической картине яичников у женщин с СПКЯ в зависимости от характера нарушения ритма менструаций не выявлено.

Сопутствующая патология малого таза при лапароскопическом исследовании выявлена у 34 (31,5%) пациентов с СПКЯ. Спаечный процесс отмечался в 13,9% случаев. Патологические изменения маточных труб выявлены в 17,6% случаев. Эндометриоидные очаги величиной 0,5-0,8 см, расположенные на поверхности яичников, обнаружены у 10 (9,3%) женщин. Эти пациенты отмечали боли перед менструацией, сопровождавшиеся симптомами раздражения брюшины. Эндометриоидные очаги в виде синюшных «глазков» размером до 1 см в позадиматочном пространстве и на крестцово-маточных связках выявлены у 18,5% женщин.

Интраоперационно яичники были различных размеров: от несколько увеличенных (4,5x2,5x4,5 см) до значительных (7,4x4,7x4,6 см). У 86,7% женщин яичники были увеличены, у 13,3% - в пределах нормы. Одностороннее увеличение яичников наблюдалось лишь у 8 пациентов, у остальных – двустороннее. У 70 (64,8%) пациентов яичники имели шаровидную форму, у 38 (35,2%) - овоидную.

У пациентов с СПКЯ обнаружена широкая вариабельность морфологической картины биопсированных яичников. Наиболее характерными признаками ПКЯ являются: утолщенная белочная оболочка, наличие фолликулов в разных стадиях развития, преимущественно премордиальных, первичных, вторичных и боль-

шого числа кистозно-атрезизирующихся фолликулов с лютеинизацией и/или гиперплазией theca interna, дистрофические изменения гранулезоклеточной ткани.

Эффект ЛС мы проследили у 76 пациентов с СПКЯ в течение 12 мес. Восстановление ритма менструаций отмечено у 53 (69,7%), овуляторных циклов – у 43 (56,5%), наступление беременности – у 28 (36,8%) женщин.

Выводы. На основании проведенного исследования показано, что окончательный диагноз СПКЯ устанавливается с помощью ЛС и морфологического исследования биоптатов яичников. Лапароскопическое хирургическое вмешательство у женщин с СПКЯ способствовало наступлению беременности в 36,8% случаев.

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЖЕНЩИН С ОБВИТИЕМ ПУПОВИНЫ У ПЛОДА

Ганчар Е.П.¹, Кузьмич И.И.², Дембовская С.В.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет,

² Гродненский областной клинический перинатальный центр

Актуальность. Патология пуповины в 21-65% случаев является непосредственной причиной мертворождаемости, ранней детской смертности и заболеваемости новорожденных. Наиболее частой патологией является обвитие пуповиной шеи плода. По данным разных авторов, частота обвития пуповины колеблется от 15 до 38% и в 7,7-21,4% случаев является причиной асфиксии новорожденного, в 1,7-4,3% - причиной мертворождаемости и в 1,5-1,6% - постнатальной смертности. Высокоинформативные диагностические технологии имеют важное значение в диагностике обвития пуповины. Однако вопрос об особенностях ведения пациентов с обвитием пуповины, выборе метода родоразрешения окончательно не решен.

Частота рождения детей с обвитием пуповины в Гродненском областном клиническом перинатальном центре составляет 48-52%.

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов, перинатальные исходы у женщин с обвитием