

ности после геморроидэктомии составила 20 дней, что более чем в 3 раза больше, чем в основной группе ($p=0,0000397$, Mann Whitney U-test).

Выводы. Подкожно-подслизистая лазерная фотокоагуляция геморроидальных узлов в сочетании с шовным лигированием артерий и мукопексией является менее инвазивным и травматичным способом лечения хронического геморроя III стадии в сравнении с традиционно применяемой закрытой геморроидэктомией.

Литература:

1. Благодарный, Л. А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л. А. Благодарный, Ю. А. Шельгин // Хирургия. – 2006. – № 1. – С. 49-52.
2. Воробей, А. В. Геморрой. Малоинвазивная колопроктология: лекция для слушателей курсов повышения квалификации / А. В. Воробей. – Минск: БелМАПО, 2006. – 24 с.
3. Гейниц, А. В. Лазеры в хирургическом лечении геморроя / А. В. Гейниц, Т. Г. Елисова // Лазер. медицина. – 2009. – № 2. – С. 31-35.
4. A new method for hemorrhoid surgery: intrahemorrhoidal diode laser, does it work? / H. Plapler [et al.] // Photomed. Laser Surg. – 2009. – Vol. 27, № 5. – P. 819-823.
5. Jahanshahi, A. Diode laser for treatment of symptomatic hemorrhoid: a short term clinical result of a mini invasive treatment, and one year follow up / A. Jahanshahi, E. Mashhadizadeh, M. H. Sarmast // Pol. Przegl. Chir. – 2012. – Vol. 84, № 7. – P. 329-332.
6. Jonger, J. The hemorrhoid laser procedure technique vs rubber band ligation: a randomized trial comparing 2 mini-invasive treatments for second- and third-degree hemorrhoids / J. Jonger, V. Kahlke // Dis. Colon Rectum. – 2012. – Vol. 55, № 4. – P. 45.
7. Schuurman, J. P. Hemorrhoidal artery ligation procedure with or without Doppler transducer in grade II and III hemorrhoidal disease: a blinded randomized clinical trial / J. P. Schuurman, J. H. Borel Rinkes, P. M. Go // Ann. Surg. – 2012. – Vol. 255, № 5. – P. 840-845.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

¹ Ганчар Е. П., ¹ Гурин А. Л., ² Костяхин А. Е.,
² Ярмошук С. И., ² Мокрая М. А.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Гродно, Беларусь

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 клиническую значимость ЛС при бесплодии у пациентов с СПКЯ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 156 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 86 (55,1%) пациентов была олигоменорея, у 48 (30,8%) – аменорея, у 12 (7,7,2%) – дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК), у 10 (6,4%) – 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 116 (74,4%), вторичное – у 40 (25,6%) женщин. У 40 пациентов с вторичным бесплодием было 49 беременностей, из которых 8 закончились своевременными родами, у 12 – самопроизвольное прерывание беременности в 6-7 недель, у 10 – от 8 до 11-12 недель беременности, у 12 – медицинским абортom, у 7 – было 2-3 самопроизвольных выкидыша на ранних сроках беременности. Все беременности 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 составил $26,3 \pm 0,4$ кг/м². Наличие угревой сыпи отмечено у 36 (23%) женщин. Ожирение выявлено у 98 (62,8%) пациентов: I ст. ожирения – у 60 (38,5%), II ст. – у 36 (23,1%), III ст. – у 2 (1,3%). ИМТ у них составил в среднем $29,7 \pm 0,6$ кг/м². 48 (30,8%) из 98 женщин отмечали начало повышения массы тела в 11-16 лет. У 33 (21,2%) 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 26 (16,7%) 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 48 (30,8%) женщин, через 3-4 года после менархе – у 18 (11,5%), через 5-6 лет после менархе – у 8 (5,1%), через 7 лет после менархе – у 6 (3,8%). У 48 (30,8%) 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 минут. 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 поверхность 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 156 наблюдениях отмечались 5 и более характерных признаков 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 136 (87,2%) пациентов свободная перитонеальная жидкость в позадиматочном пространстве отсутствовала. Подобная лапароскопическая картина свидетельствует об отсутствии овуляции. Следует отметить, что различий 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 54 (34,6%) пациентов с СПКЯ. Спаечный процесс отмечался в 25,6% случаев. Патологические изменения маточных труб выявлены в 19,2% случаев. Эндометриoidные очаги величиной 0,5-0,8 см, расположенные на поверхности яичников, обнаружены у 18 (11,5%) женщин. Эти пациенты отмечали боли перед менструацией, сопровождавшиеся симптомами раздражения брюшины. Эндометриoidные очаги в виде синюшных «глазков» размером до 1 см в позадиматочном пространстве и на крестцово-маточных связках выявлены у 16,7% женщин.

Интраоперационно яичники были разных размеров: от несколько увеличенных (4,5×2,5×4,5 см) до значительных (7,4×4,7×4,6 см). У 89,7% женщин яичники были увеличены, у 10,3% – в пределах нормы. Одностороннее увеличение яичников наблюдалось лишь у 12 пациентов, у остальных – двустороннее. У 101 (64,7%) пациента яичники имели овоидную форму, у 55 (35,2%) – шаровидную.

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

Эффект ЛС нами прослежен у 96 пациентов с СПКЯ в течение 12 месяцев. Восстановление ритма менструаций отмечено у 53 (55,2%), овуляторных циклов – у 43 (44,8%), наступление беременности – у 36 (37,5%) 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 37,5% случаев.