

# ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ, ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՆԵՈՆԱՏԱԼՈԳԻԱ

գիտագործնական հանդես

ՀԱՏՈՐ 2, No. 2

## «Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա»

գիտագործնական հանդես

### Գլխավոր խմբագիր

Ռազմիկ Արշալույսի Աբրահամյան

### Խմբագրական խորհուրդ

Վալերի Վ.Աբրահամյան, Կարեն Ռ.Բաբայան, Արա Ս.Բաբայան,  
Գագիկ Ա.Բեգլարյան, Բեռնար Բլան, Ալեքսանդր Ս.Գասպարյան,  
Դերենիկ Յ.Դումանյան, Արչիլ Գ.Խոնասուրիձե, Նելլի Գ.Խոստիկյան,  
Վիլեն Պ.Յակոբյան, Արմեն Ռ.Մելիքյան, Արա Մ.Մինասյան,  
Չիգուրու Միսազո, Ռուֆինա Պ.Միրիանովա, Գագիկ Գ.Մխչյան,  
Գագիկ Ա.Ջիլավյան, Թամարա Ֆ.Սարգսյան, Մեդեա Մ.Վարդանյան,  
Գոհար Պ.Քյալյան, Հարություն Մ.Քուչկյան, Գեորգի Գ.Օկոն

### Պատասխանատու քարտուղար

Գոհար Գ.Ջրբաշյան

### Տեխնիկական խմբագիրներ

Գ.Ս.Ավագյան, Գ.Վ.Փանաջյան, Կ.Է.Աղամյան,  
Մ.Ս.Յակոբյան, Ս.Ս.Մաթևոսյան, Լ.Հ.Բաբայանյան

### Հիմնադիրներ՝

«Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ» ԲԲԸ և  
«Մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների ասոցիացիա» ՀԿ

### Հրատարակիչ՝

«Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ» ԲԲԸ  
գրանցման վկայականի համարը՝ 01 Ա No. 004011  
Հասցե՝ ք. Երևան, Մարգարյան 6/2, հեռ.՝ 34-18-83, 39-89-39  
Հանձնված է հրատարակության՝ 10.12.08  
Ստորագրված է տպագրության՝ 23.12.08  
Տպաքանակը՝ 500, ծավալ՝ 52 էջ  
Համարի պատասխանատու՝ Ռ.Ա.Աբրահամյան  
Ձևավորում՝ «Ավտոգրաֆ» հրատարակչության  
Տպագրված է «Վարդ Հրատ» տպագրատանը

Հղումներն ամսագրին պարտադիր են:

Ամսագրում հրատարակված նյութերը կարող են  
չարտադրվել խմբագրական խորհրդի տեսակետները:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ

Ր.Ա.Աբրամյան, Գ.Տ.Աვაգյան, Լ.Ր.Աբրամյան, **Современные подходы к диагностике и лечению трубного бесплодия при урогенитальной хламидийной инфекции и генитальном туберкулезе**.....4

Ր.Ր.Աբրամյան, **Алгоритм профилактики и лечения послеродовых и послеоперационных осложнений**.....10

Ր.Ր.Աբրամյան, **Факторы риска субинволюции матки**.....14

Յ.Յ.Գարիբյան, Գ.Գ.Օкоев, Մ.Ի.Աгаджанов, **Изменение показателей мембранной функции при физиологически протекающей беременности и беременности, осложненной инфицированием цитомегалией**.....21

Ր.Ա.Աբրամյան, Լ.Գ.Խачатրյան, Տ.Գ.Խачатրյան, Լ.Ր.Աբրամյան, Ա.Տ.Կանայան, Ն.Վ.Արությունյան, **Морфофункциональные особенности плаценты при сахарном диабете у матери**.....30

Ր.Ա.Աբրամյան, Գր.Գ.Օкоев, Լ.Ր.Աբրամյան, **Особенности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин пременопаузального возраста**.....32

Ր.Ա.Աբրամյան, Թ.Լ.Տулганян, Վ.Լ.Մанвелян, Ր.Լ.Մанвелян, Լ.Ր.Աբրամյան, **Ближайшие результаты одновременно проведенных акушерско-гинекологических и флебологических операций**.....37

Ի.Գ.Բегларյան, **Лечение полипов эндометрия в репродуктивном возрасте с применением гистерорезектоскопии**.....40

Գր.Գ.Օкоев, **Электродеструкция эндометрия: эффективный метод лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе**.....43

ՎԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՓՈՐՁԻ ՓՈՒՍԱՆԱԿՈՒՄ

Գ.Ա.Բեգլարյան, Ա.Է.Խոնդկարյան, Ա.Գ.Հարությունյան, Ռ.Ս.Գրիգորյան, Ջվարանի հսկա կիստոմա. **հազվադեպ հանդիպող կլինիկական դեպքի նկարագրություն**.....47

ԱՊԱՅՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ԷՋԵՐ

Ս.Ս.Հակոբյան, Թոքերի խրոնիկական հիվանդության դեպքում պոստնատալ կորտիկոստերոիդների կիրառումն անհասների մոտ.....50

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ

Ր.Ա.Աբրամյան, Գ.Տ.Աვაգյան, Լ.Ր.Աբրամյան

**Современные подходы к диагностике и лечению трубного бесплодия при урогенитальной хламидийной инфекции и генитальном туберкулезе**

Кафедра акушерства и гинекологии N 2  
Ереванского гос. медицинского университета им. М.Герацини,  
Институт перинатологии, акушерства и гинекологии

*Цель исследования:* Выяснить роль урогенитальной хламидийной инфекции (УГХИ) и генитального туберкулеза (ГТ) в бесплодии трубного генеза.

*Материал и методы исследования:* Нами проведено комплексное обследование 156 женщин с трубным бесплодием (ТБ) воспалительного генеза и для сравнительной оценки полученных результатов – 53 здоровых женщин. Выявление хламидийного антигена и микобактерии Коха проводили в соскобах эпителиальных клеток цервикального канала у женщины и уретры у мужчин, в участках тканей удаленных маточных труб, а титр антихламидийных антител (АХА) – определяли иммунофлюоресцентные антитела (ИФА).

*Результаты исследования:* Chlamydia trachomatis является этиологическим инфекционным агентом у 80% больных при трубном бесплодии и ГТ у 10,9% больных. У каждой третьей больной с трубной беременностью и отрицательной полимеразной цепной реакцией (ПЦР) на антиген из соскоба цервикального канала, в тканях маточных труб выделялись Chlamydia trachomatis как в монокультуре, так и в ассоциации с другими микроорганизмами, преимущественно с микоплазмами. Установлено также, что ассоциация инфекционных агентов с Chlamydia trachomatis способствует повышению ее агрессивности и частоты восходящей инфекции.

*Заключение:* Несмотря на субклиническое течение сальпингитов хламидийной и туберкулезной этиологии, в большинстве случаев (79%) при трубном бесплодии наблюдались значительные специфические морфофункциональные изменения, характеризующиеся преобладанием фиброзной деформации ворсин со склеротическими изменениями маточных труб, приводящие к обструкции дистальных ее отделов, образованию сактосальпинксов и латентных хронических эндометритов. У 73,5% женщин с УГХИ установлена непроходимость маточных труб, а при ГТ – у 98% пациенток.

*Ключевые слова:* Урогенитальный хламидиоз, генитальный туберкулез, трубное бесплодие, полимеразная цепная реакция, титр антихламидийных антител

Урогенитальный хламидиоз (УГХ) является одним из самых распространенных в мире заболеваний, передающихся половым путем [2]. Он рассматривается как “болезнь нового поколения” не в силу того, что только появился, а по той причине, что качественный скачок лабораторной диагностики в последнее десятилетие позволил уяснить роль данной инфекции в патологии человека [2, 3, 7]. Последние годы наблюдается распространение генитального туберкулеза (ГТ). Однако репродуктивные аспекты и вопросы диагностики при УГХ и ГТ недостаточно отражены в отечественной и мировой литературе [1, 4].

Широкая распространенность УГХ инфекции и ГТ в популяции, а также серьезные патологии при УГХ инфекциях определяют значительный интерес исследователей к уточнению их роли как факторов риска неблагоприятных исходов беременности, перинатальной патологии и на-

рушений генеративной функции, в частности в генезе бесплодного брака [3, 5, 6].

**Цель исследования**

Целью данной работы явилась выяснение роли урогенитальной хламидийной инфекции (УГХИ) и ГТ в бесплодии трубного генеза.

**Материал и методы исследования**

Нами проведено комплексное обследование 156 женщин с трубным бесплодием (ТБ) воспалительного генеза и для сравнительной оценки полученных результатов – 53 здоровых женщин. Выявление хламидийного антигена и микобактерии Коха проводили в соскобах эпителиальных клеток цервикального канала у женщин и уретры у мужчин, в участках тканей удаленных маточных труб, а титр антихламидийных антител (АХА) определяли иммунофлюоресцентным анализом (ИФА). С помощью

метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) и ИФА случаи *Chlamydia trachomatis* были документированы у 94 (60,3%) женщин основной и у 4 (7,5%) контрольной групп, а ГТ обнаружен только у 17 (10,9%) женщин основной группы.

### Результаты исследования и обсуждение

При непосредственном выявлении хламидий в соскобных препаратах методом прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), положительные результаты получены у 77 (49,4%) обследованных женщин основной и у 6,1% контрольной групп. Обследованные женщины были в возрасте от 25-и до 41 года.

Несмотря на молодой возраст (до 35 лет), у 64 (68,1%) обследованных женщин наблюдалась большая продолжительность бесплодия от 2-15 лет, в среднем  $9,1 \pm 2,7$  лет. У каждой второй обследованной – 55 (58,5%) – длительность бесплодия превышала 7 лет. Важно отметить, что у 83 мужей пациенток с документированной УГХИ в эпителиальных соскобах гениталий хламидии были выявлены в 71 (85,5%) случае. Представленные данные подтверждают половой путь распространения УГХИ.

Кроме общего клинико-лабораторного обследования в динамике наблюдения проводилось изучение некоторых микробиологических, иммунологических, гормональных показателей, функционального состояния яичников, использовались рентгенологические и эндоскопические методы исследования.

Для послеоперационного гистологического исследования (ПГИ) кусочки тканей маточных труб обрабатывали общепринятым методом (Меркулов Г.А., 1961) и окрашивали гематоксин-эозином, а при необходимости, по Ван-Гизону и по методу Хочкис-Мак-Мануса с применением Шиффидной настойки.

Основной причиной первичного бесплодия, которое имело место у 31 (32,7%) обследованной больной, явился спаечный процесс

– 24 (25,3%) – после перенесенных в прошлом полостных операций, а также воспалительные заболевания гениталий – 12 (12,8%), детские инфекционные, экстрагенитальные заболевания (соответственно 6 (6,4%) и 8 (8,1%)), диагностическое выскабливание слизистой стенок полости матки 9 (9,6%). Ведущей причиной вторичного бесплодия являлись воспалительные заболевания после перенесенных ранее искусственных и самопроизвольных аборт (соответственно 20 (21,3%) и 18 (19,4%)).

В основной группе больных обращает на себя внимание значительный удельный вес – 11 (11,7%) – внематочной беременности.

Используемые диагностические методы исследований показали, что у всех женщин наблюдался хронический сальпингит, причем, изолированно он встречался редко, лишь в 9 (9,6%) случаях, чаще воспаление маточных труб сочеталось: со склерокистозом яичников 28 (29,8%), эндометриозом и склерокистозом яичников 15 (15,5%); гидросальпинксом, эндометриозом и склерокистозом яичников 48 (51,1%); кистами яичников 6 (6,4%), аномалиями развития матки (субтотальная перегородка 3 (3,2%)).

Менструальная функция была регулярной и нормальной у 40 (42,6%) больных. У остальных женщин длительно текущий воспалительный процесс гениталий обусловил нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи у 16 (17,0%), альгоменореи – 22 (23,4%), нерегулярных месячных – 4 (4,3%), межменструальных кровотечений – 5 (5,3%), олигоменореи – у 7 (7,4%) больных. Альгоменорея наблюдалась почти у всех женщин основной группы с ГТ.

Сравнительная оценка тестов функциональной диагностики и гормональных исследований позволила установить нарушения функционального состояния яичников у 29 (30,9%) больных. При этом у 14 (48,3%) из них наблюдались недостаточность и укорочение лютеиновой фазы цикла, у 7 (24,2%) – недостаточность

обеих фаз цикла. Монофазный (ановуляторный) цикл был выявлен у 8 (27,6%) больных.

При объективном исследовании у 82 (87,2%) женщин обнаружены рубцово-спаечные изменения в малом тазу, которые проявлялись в виде уплотнения, некоторого увеличения придатков с одной или с обеих сторон, укорочения сводов влагалища, изменения положения матки в виде смещения ее влево, вправо или кзади. С целью установления степени выраженности анатомических изменений половых органов, у всех женщин основной группы изучались данные гистеросальпингографии (ГСГ), а, при необходимости, дополнительно производили лапароскопию. В результате седловидная матка выявлена у 4 (4,3%) больных, двурогая или с наличием субтотальной перегородки – у 2 (2,1%), деформированная за счет аденомиоза – у 2 (2,2%), внутриматочные синехии обнаружены у одной, полипы в полости или шейки матки – у 10 (10,6%) больных.

Непроходимость маточных труб в различных отделах диагностирована у 78 (83,0%) женщин, в том числе в интрамуральном отделе у 8 (8,5%), в истмико-ампулярном – у 12 (12,8%). При этом у 14 (14,9%) женщин выявлены односторонние и у 11 (11,7%) – двухсторонние сактосальпинксы. У остальных больных – 16 (17,0%) – проходимость труб была затруднена вследствие множественных изгибов, перитубарных сокращений. У 25 (26,7%) женщин рентгеноконтрастные методы исследования не позволяли уточнить причину бесплодия.

Всем больным была произведена лапароскопия с хромосальпингоскопией. При визуальном осмотре у всех больных был выявлен хронический сальпингит, причем у 50 (53,3%) из них воспалительный процесс был двусторонним, у остальных – 44 (46,7%) – односторонним. При ГТ характерна двухсторонняя непроходимость труб. Из 25 больных, у которых при ГСГ не удалось поставить диагноз, при лапароскопии выявлены непроходимость маточных труб, фимоз, склеивание фимбриальной бахромы.

Эндоскопическая картина характеризовалась умеренной гиперемией серозного покрова маточных труб, наличием гидатид, “перетяжек”, расширений и утолщений ампулярного отдела маточных труб, утолщений или сокращений фимбрий. У всех обследованных женщин (основной и контрольной групп) изучалась частота инфицирования гениталий хламидиями, микобактериями и микоплазмами. Параллельно, с помощью “рутинных” микробиологических исследований, мы определяли бактериальный спектр содержимого цервикального канала.

При изучении частоты инфицирования гениталий микоплазмами данный этиологический агент был обнаружен в 25 (26,6%) случаях, в сочетании с хламидиями и микобактериями. Одновременно проведенное микробиологическое исследование из содержимого цервикального канала позволило обнаружить присутствие кишечной палочки – 12 (12,8%), стафилококков – 17 (18,1%), стрептококков – 19 (20,2%) и грибов 25 (26,6%).

Таким образом, изучение видового спектра бактериальных возбудителей сальпингитов показало, что наиболее часто в содержимом цервикального канала обнаруживались хламидии – 56 (59,6%), микобактерии – 8 (8,5%) и микоплазмы – 26 (17,0%).

При хронически протекающей УГХИ, хламидии и микобактерии могут присутствовать в маточных трубах, эндометрии и отсутствовать в цервикальном канале. В зарубежной литературе идет дискуссия в отношении возможного обнаружения хламидий непосредственно в биоптатах маточных труб. Многие авторы (Гомберг М.А. с соавт., 1996; Анкирская А.С., 1999; Marbet U.A., Stalde G.A., 1996; Henry-Suchet J. et al., 2001; Smith J.S. et al., 2004) считают, что выявление хламидий в материале из маточных труб позволяет с большей уверенностью судить о патогенетической роли данного микроорганизма в развитии воспалительного процесса.

При микробиологическом исследовании участков тканей сактосальпинксов, полученных во время операции хламидии, в качестве единственного инфекционного агента, были выделены в 38 (70,4%) из 54 биоптатов маточных труб, в 7 (13,0%) случаях в сочетании с *Mycoplasma hominis*, а микобактерии в 7 (12,9%) случаях. Микоплазмы в монокультуре документированы в 3 (5,6%) случаях.

Таким образом, общий процент выявления хламидий в тканях измененных маточных труб составил 70,4%, микобактерии – 12,9%, а микоплазм – 18,5%, в то время как бактериальные культуры (кишечная и синегнойная палочки, протей) были выявлены из 5 (9,3%) образцов. Обнаружение стерильных посевов – 3 (5,6%) – можно объяснить реверсией микроорганизмов в L формы бактерий под влиянием антибиотикотерапии, а также за счет развития аутоиммунного процесса.

Максимальные титры АХА (1:128 и выше) обнаружены у половины больных с двусторонними сактосальпинксами и у 28 (35,9%) пациенток с непроходимостью маточных труб, что является косвенным свидетельством выраженной патогенности хламидий.

Анализ проведенных исследований показал, что радиоиммунологический метод можно использовать как вспомогательный при диагностике УГХ, и по сравнению с данными метода ПЦР, он недостаточно надежен.

Изучение особенностей клинического развития хламидийных и туберкулезных сальпингитов у наблюдаемых нами больных показало, что торпидное течение заболевания встречалось чаще (81 – 86,2%) чем острое (13 – 13,2%) ( $P > 0,001$ ).

При целенаправленном изучении особенностей клинического течения УГХ и ГТ систематизированы микросимптомы, с учетом которых нужно выделить следующие опорные признаки: общая слабость, повышенная утомляемость, ноющие непостоянные боли внизу жи-

вота, иррадирующие в нижние конечности, межменструальные кровянистые выделения, болезненные месячные, умеренный зуд вульвы, обильные жидкие бели, частое сочетание воспалительных поражений гениталий с экстрагенитальной патологией (частые конъюнктивиты, холецисто-гепатиты, колиты, артриты, бронхиты).

Несмотря на отсутствие выраженных клинических симптомов, с помощью рентгенологических методов исследования у большинства женщин – 69 (73,4%) – диагностированы выраженные анатомические изменения.

Полная непроходимость маточных труб в различных отделах наблюдалась у 78 (82,2%) обследованных женщин с УГХ. Причем у 25 (32,1%) из них были выявлены сактосальпинксы. При ГТ наблюдалась непроходимость маточных труб почти у всех (16 из 17) и трубы имели “счеотообразный” вид.

При лапароскопическом исследовании у больных с сактосальпинксами хламидийной этиологии наблюдалась характерная эндоскопическая картина: преобладали плоскостные спайки, окутывающие в виде “муфт” яичники и трубы, распространяющиеся на стенки таза; в дугласовом углублении скапливалась, как правило, студенистая жидкость соломенного цвета. При ГТ наблюдались грубые спайки напояющие хрящевую ткань.

### Заключение

Представленные результаты обследования подтверждают несоответствие субклинического течения хламидийного и туберкулезного сальпингитов с теми значительными, часто необратимыми изменениями со стороны внутренних половых органов, которые обусловлены сальпингоофоритом и прогрессирующим спаечным процессом.

Анализ доступной нам литературы показал, что в ней отсутствуют сведения о характере морфологических изменений в тканях маточ-

ных труб при выделении в них хламидий и микобактерий. Этот вопрос требовал углубленного изучения, т.к. описано множество примеров “абактериальных” сальпингитов, несмотря на выраженные морфологические изменения.

Произведенное сопоставление микробиологических и морфологических исследований показало, что в ряде случаев (у 8 больных), несмотря на отсутствие возбудителя, маточные трубы были макроскопически изменены (в диаметре до 5 см, с наличием перитубарных сращений и заполнены серозным содержимым). При ПГИ на первый план выступали явления пролиферации клеточных элементов эпителия ворсин маточных труб. Воспалительные изменения в подслизистом слое, как правило, отсутствовали. Мышечный и серозный слои стенок труб были без особых изменений.

При обнаружении в тканях маточных труб (у 6 больных) хламидий в сочетании с кишечной и синегнойной палочками, протеем установлены характерные макроскопические изменения: просвет маточных труб неравномерно расширен в диаметре до 6 см, заполнен некротическим содержимым. При ПГИ обнаружена выраженная лейкоцитарная инфильтрация стромы органа на фоне резкого нарушения внутриорганного кровообращения. С характерной закономерностью наблюдалось расширение сосудистого русла.

В группе больных с обнаруженными ассоциациями хламидий и микоплазм (7 больных) в тканях удаленных маточных труб, последние были умеренно извиты с наличием перитубарных сращений в диаметре до 4 см и заполнены серозным содержимым. При ГТ наблюдалось фиброзно-хрящевая ткань. Микроскопически слизистая оболочка характеризовалась сглаженностью ворсин и склерозом подслизистого слоя. Обращало на себя внимание нарушение внутриорганного кровообращения за счет рас-

ширения и полнокровия сосудов. Воспалительная лимфоидноклеточная инфильтрация подслизистого слоя носила диффузный характер и состояла преимущественно из лимфоидноклеточных элементов. Очаговая, лимфоидноклеточная периваскулярная инфильтрация была обнаружена как в мышечном, так и в серозном слоях трубы.

В группе больных (9 человек) с документированными хламидиями в оперативном материале стенки маточных труб были плотной консистенции, в диаметре до 3,5 см, заполнены серозным содержимым. При ПГИ отмечалось резкое утолщение подслизистого слоя за счет развития соединительной ткани на фоне атрофии ворсинчатого аппарата. В строме ворсин, а также в подслизистом слое с характерной закономерностью определялись мелкие лимфоидноклеточные, преимущественно периваскулярные, фиброзные инфильтраты. Стенки артериол и артерий мелкого и среднего калибра были значительно утолщены за счет гипертрофии мышечной оболочки, что явилось следствием сужения просвета сосудов.

Таким образом, у больных с документированной УГХИ, особенно при ГТ, в полученных биоптатах морфологические изменения маточных труб были особенно выражены. На первый план необходимо вынести преобладание хронического воспаления без выраженной лейкоцитарной инфильтрации с явлениями фиброзной деформации ворсин маточной трубы с последующим склеротическим поражением всего организма в целом.

Наши исследования позволили установить причинно-следственные взаимоотношения микроорганизма и макроорганизма, результатом чего является развитие патологического процесса со свойственным ему патоморфозом. В зависимости от этиологического фактора установлена причина развития различной степени выраженности патологических изменений в тканях маточных труб.

Լիտերատուրա

1. Айламазян Э.К. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия ЦПБ, 1998. - С.237.
2. Башмакова М.А., Бочкарев Е.Г., Говорун В.М. Хламидиоз. Современные подходы к диагностике и лечению (пособие для врачей).-3-е изд., 2003.- 48с.
3. Гранитов В.М. Хламидиозы. - Н. Новгород, 2000 –192с.
4. Савичева А.М., Иванова Р.Д. Башмакова М.А., Шаткин М.А. Хламидиоз гениталий и трубное бесплодие // Актуальные микробиологические и клинические проблемы хламидийной ин-фекции.– Москва, 1990.–С..55-57.
5. Askienazy – Elbar M. Immune consequences of Chlamydia infections in pregnancy and in vitro fertilization outcome // Infection Diseases in obstet and gynec. - 1996. – N4. – P.143-148
6. Darougar S., Forsey T., Wood J.J. Chlamydia and Curtis-Fits-Hugh syndrome// Amer. J.Obstet. Gynecol.- 2001.- v51.- P.391-394.
7. Hekkila A.M. Antibiotics in pregnancy a prospective cohort study on the policy of antibiotic prescription// Ann. Med.- 1993.- vol25.- N5.- P.457-
8. Henry-Suchet J. Chlamydia tracomatis infection and infertility in women// Fertil A. Steril.- 2000.- v4.- N6.- P.314-318

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Կանաչի անպտղության այստորոշման և բուժման ժամանակակից մոտեցումները միզասեռական խլամիդիոզի և գենիտալ տուբերկուլոզի դեպքում

Ռ.Ա.Աբրահամյան, Գ.Ս.Ավագյան, Լ.Ռ.Աբրահամյան (Երևանի Ս. Զերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մանկաբարձուբյուրի և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոն, Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ)

**Չետազոտության նպատակը.** Չետազոտության նպատակն է պարզել միզասեռական խլամիդիոզի և գենիտալ տուբերկուլոզի դերը փողային անպտղության դեպքում:

**Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Համալիր հետազոտվել է փողային անպտղությամբ տառապող 156 և առողջ 53 կին: Պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) մեթոդով խլամիդային անտիգենի (հակագեն) և Կոխի միկոբակտերիաների հայտնաբերման նպատակով հետազոտվել են վզիկային խողովակի և տղամարդու միզուկի էպիթելային բջիջների թերուկները, հետազոտված փողերի հյուսվածքները: Իրականացվել է իմունաֆերմենտային մեթոդով անտիխլամիդային հակամարմինների տիտրի որոշում:

**Չետազոտության արդյունքները.** Հաստատվել է, որ Chlamydia trachomatis-ը ինֆեկցիոն գործոն է փողային անպտղությամբ տառապող 80,0% հիվանդների համար, իսկ գենիտալ տուբերկուլոզը՝ 10,9% հիվանդների համար: Փողային հղիության դեպքում յուրաքանչյուր երրորդ հիվանդի մոտ արգասանքի վզիկի թերուկի ՊՇՌ բացասական արդյունքի դեպքում փողի հյուսվածքներում հայտնաբերվել է Chlamydia trachomatis-ը՝ ինչպես առանձին, այնպես էլ այլ միկրոօրգանիզմների, հատկապես միկոպլազմաների հետ: Հաստատվել է, որ տարբեր համադրությունների դեպքում բարձրանում է խլամիդիայի ազդեցիվությունը և վերելակ ինֆեկցիայի հաճախականությունը:

**Եզրակացություն.** Չնայած խլամիդիային և տրեբերկուլոզային ծագման սալպինգիտների սուբլինիկական ընթացքին, մեծամասնության մոտ (79,0%) հայտնաբերվել են փողերի մորֆոֆունկցիոնալ նշանակալի առանձնահատուկ փոխարկումներ, որոնք բնութագրվում են որպես արգանդափողերի ծոփքերի սկլերոտիկ փոփոխություններ, ինչը հանգեցնում է դրանց դիստալ հատվածների օբստրուկցիայի և լատենտ էնդոմետրիտների առաջացմանը: Միզասեռական խլամիդիոզով տառապող 73,5% կանանց մոտ հաստատվել է փողերի անանցանելիություն, իսկ գենիտալ տուբերկուլոզի դեպքում՝ պացիենտների 98%-ի մոտ:

**Հիմնական բառեր.** միզասեռական խլամիդիոզ, գենիտալ տուբերկուլոզ, փողային անպտղություն, պոլիմերազային շղթայական ռեակցիա, անտիխլամիդային հակամարմինների տիտր:

SUMMARY

Current approaches of diagnosis and treatment of tubal infertility due to urogenital chlamydial infection and genital tuberculosis

R.A.Abrahamyan, G.S.Avagyan, L.R.Abrahamyan (Chair of Obstetrics and Gynecology N2, YSMU after M.Heratsi, Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology)

**Objectives:** To clarify the role of urogenital chlamydial infection (UGCI) and genital tuberculosis (GT) in tubal infertility.

**Material and methodology:** In total 156 women with tubal infertility (TI) of inflammatory genesis were thoroughly examined and the results were compared with the examination results of 53 healthy women. Chlamydial antigens and Coch mycobacteria were detected in the scrape of epithelial cells of cervical canal in women and urethra in men, in the tissue of removed fallopian tube. The titer of anti-chlamydial antibodies (ACA) was determined through immune-enzyme analysis.

**Results:** The etiological cause of tubal infertility in 80.0% of patients is inflammation with Chlamydia trachomatis and genital tuberculosis - in 10.9% of patients. Chlamydia trachomatis was detected in each third patient with tubal pregnancy and negative polymerase chain reaction (PCR) on antigens from the scrape of cervical canal and the tissues of fallopian tubes in monoculture and in association with other microorganisms, mainly with micoplasmas. The association of infectious agents with Chlamydia trachomatis increases the aggressiveness of Chlamydia and the frequency of ascending infection.

**Conclusion:** Despite the subclinical course of chlamydial and tubercular salpingitis, significant specific morphofunctional changes were observed in the majority of cases (79.0%) with tubal infertility. These changes are mainly characterized by fibrous deformation of fimbria with sclerotic changes in the fallopian tubes, resulting in obstruction of the distal parts of the tubes, formation of sactosalpings, and latent chronic endometri-tis. Obstruction of fallopian tubes was observed in 73.5% of women with UGCI, and in 98% of women with GT.

**Key words:** urogenital chlamydial infection, genital tuberculosis, tubal infertility, polymerase chain reaction, titer of anti-chlamydial antibodies.

Ր.Ր.Աբրամյան

Алгоритм профилактики и лечения послеродовых и послеоперационных осложнений

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии

**Цель исследования:** Оценить эффективность алгоритма рациональной профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний с учетом факторов, предрасполагающих к развитию послеродовых осложнений (эндометрит, субинволюция матки, раневая инфекция).

**Материал и методы исследования:** У 221 родильниц в основной группе с субинволюцией матки и у 308 родильниц в группе сравнения проведено комплексное клинко-лабораторное и аппаратное исследование, включающее бактериологические, микроскопические, ультразвуковые методы исследования, а также гистоморфологическое исследование последа. После чего проведен анализ частоты послеоперационных осложнений после операции кесарева сечения при применении рутинных методов лечения (67 женщин) и у 429 женщин после разработки и внедрения алгоритма профилактики и лечения послеоперационных осложнений.

**Результаты исследования:** Для своевременной диагностики осложненного течения пуэрперия на 4-й день послеродового периода целесообразно проводить УЗИ и бактериологическое исследование влагалищного мазка. При применении алгоритма, разработанного для профилактики и лечения послеродовых осложнений, субинволюция матки диагностирована у 0,7% родильниц, а в контрольной группе у 43,3%; послеродовый эндометрит у 0,7% и 20,9% соответственно.

**Заключение:** Таким образом, применение алгоритма профилактики и лечения основных осложнений в послеродовом периоде позволяет существенно уменьшить частоту гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения.

**Ключевые слова:** послеродовые гнойно-воспалительные заболевания, профилактика, алгоритм лечения.

Гнойно-воспалительные заболевания в акушерской, гинекологической практике и неонатологии продолжают оставаться актуальной проблемой. Применение новых диагностических и лечебных технологий позволило существенно снизить количество тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний и летальность от них, что привело к уменьшению удельного веса инфекции в структуре перинатальной и гинекологической заболеваемости. При этом, в комплексной терапии гнойно-воспалительных заболеваний ведущая роль принадлежит антибактериальным препаратам. Динамическое изменение видовой структуры возбудителей заболеваний, формирование устойчивых к антибиотикам штаммов, увеличение иммунокомпетентных лиц среди беременных и родильниц и гинекологических больных, диктует необходимость периодического пересмотра стратегии и тактики [1].

Как известно, послеродовой период, или пуэрперий, имеет большое значение как для матери, так и для новорожденного, однако этому периоду уделяется меньше внимания, чем беременности и родам. В послеродовом периоде

могут возникнуть тяжелые, иногда смертельные заболевания. Наиболее серьезными осложнениями являются тромбоэмболия, инфекция и кровотечение, но причиной заболеваемости в этот период могут быть также осложнения со стороны мочевого тракта, психозы и инфекция молочных желез [2]. Послеродовая инфекция, в частности, повышение температуры тела в пуэрпериальный период может иметь различные причины, но этот симптом всегда заслуживает внимания. Инфекцию органов малого таза следует диагностировать и лечить как можно скорее.

Инфекционные воспалительные заболевания в послеродовом периоде возникают достаточно часто и иногда заканчиваются даже смертельным исходом [3].

Вероятность развития послеродовой инфекции в значительной мере зависит от способа родоразрешения. При родах через естественные родовые пути риск инфекционных осложнений значительно ниже, чем при кесаревом сечении. В целом, частота инфекционных осложнений колеблется от 10 до 50% в различных популяциях и зависит от способа родоразрешения и предрасполагающих факторов. Вероятность

развития раневой инфекции после кесарева сечения составляет от 3 до 8%; профилактическое применение антибиотиков снижает ее на 50% [4].

Профилактическое назначение антибиотиков значительно снижает вероятность развития таких серьезных послеоперационных осложнений, как тазовый абсцесс, септический шок, септический тромбоз вен таза и эндометрит. Менее выражено, но клинически значимо уменьшение риска развития раневой инфекции. Существует большое количество доказательств в пользу профилактического использования антибиотиков.

Профилактическое назначение антибиотиков уменьшает риск развития эндометрита и раневой инфекции как при плановом, так и при экстренном кесаревом сечении. Абсолютное количество тяжелых инфекционных осложнений, которые можно предотвратить при профилактическом назначении антибиотиков, выше при экстренном кесаревом сечении, поскольку экстренное кесарево сечение само по себе сопряжено с большим количеством инфекционных осложнений. Повышение температуры после операции имеет меньшую зависимость от назначения антибиотиков по сравнению с более серьезными инфекционными осложнениями, но также важно в связи с большой распространенностью этого осложнения. Кроме того, должны приниматься во внимание такие вторичные факторы, как экономические затраты при увеличении продолжительности пребывания в стационаре и ограничение контакта матери и ребенка [5].

На практике, если даже в первые 24 часа после родов отмечается значительное повышение температуры тела роженицы и имеются другие признаки инфекции, можно обоснованно предполагать наличие истинного инфекционного воспаления, требующего лечения. Однако, не всякое повышение температуры тела говорит об инфекционном осложнении и при неясных пограничных состояниях следует избирать выжидательную наблюдательную так-

тику ведения пациентки [4].

Большое значение имеет выбор препарата для антибиотикотерапии. Риск повышения температуры после операции снижается при применении пенициллинов широкого спектра действия, например, ампициллина, а также антибиотиков группы цефалоспоринов и метронидазола [5, 6].

В клинических контролируемых исследованиях, посвященных сравнению эффективности пенициллинов широкого спектра действия и цефалоспоринов, показано, что они в одинаковой степени способствуют уменьшению риска повышения температуры после операции. Нет данных, свидетельствующих о большей эффективности цефалоспоринов второго и третьего поколения по сравнению с цефалоспоридами первого поколения. Контролируемые клинические испытания по сравнению эффективности применения различных комбинаций антибиотиков и использования одного антибиотика показали, что при введении нескольких антибиотиков каких-либо преимуществ не наблюдается. Введение трех или пяти доз по сравнению с однократным введением антибиотиков в целях профилактики инфекционных осложнений при операции кесарева сечения также не сопровождается какими-либо дополнительными преимуществами [3, 6, 5].

Показано, что интраоперационное орошение раны антибиотиками достоверно более эффективно уменьшает риск повышения температуры тела в послеоперационном периоде по сравнению с орошением раны плацебо. Однако, по данным контролируемых клинических исследований, нет каких-либо значимых различий в эффективности орошения ран антибиотиками по сравнению с их системным введением. Таким образом, профилактическое назначение антибиотиков может уменьшить риск развития тяжелых инфекционных осложнений. Антибиотики пенициллинового ряда широкого спектра действия и цефалоспорины обладают одинаковой эффективностью [3, 5].

**Цель исследования**

Разработать алгоритм рациональной профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний с учетом факторов, предрасполагающих к развитию послеродовых осложнений (эндометрит, субинволюция матки, раневая инфекция).

**Материал и методы исследования**

У 221 родильниц в основной группе с субинволюцией матки и у 308 родильниц в группе сравнения проведено комплексное клинико-лабораторное и аппаратное исследование, включающее бактериологические, микроскопические, ультразвуковые методы исследования, а также гистоморфологическое исследование последа. После чего проведен анализ частоты послеоперационных осложнений после операции кесарева сечения при применении рутинных методов лечения (67 женщин) и у 429 женщин после разработки и внедрения алгоритма профилактики и лечения послеоперационных осложнений.

**Результаты исследования и обсуждение**

Результаты проведения ультразвукового исследования у 109 родильниц группы сравнения (здоровые роженицы) и у 99 с субинволюцией матки (всего 208 УЗИ) показали, что для своевременной диагностики осложненного течения пуэрперия (субинволюция матки, послеродовый эндометрит) УЗИ целесообразно проводить на 4-й день послеродового периода, когда практически у 2/3 родильниц диагноз субинволюции

матки устанавливался только на основании ультразвукового исследования. При этом никаких других клинико-лабораторных симптомов этого заболевания не было. Одновременно, по данным бактериологического исследования показано, что 4-й день послеродового периода является наиболее опасным по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний, так как частота выделения патогенных микроорганизмов (стафилококков, стрептококков, грамотрицательных бактерий семейства энтеробактерий) увеличивалась на 4-й день послеродового периода. Поэтому наряду с определением размеров матки необходимо на 4-й день определять микрофлору влагалища. Установлено, что скорость инволюции матки у больных рожениц была замедлена в два раза по сравнению со здоровыми роженицами (-0,6).

Таким образом, разработанный алгоритм ведения рожениц после операции кесарева сечения кроме профилактического применения антибиотиков широкого спектра действия, включает также проведение на 4-й день послеродового периода ультразвукового исследования и бактериологического исследования влагалищного мазка.

Нами проведен анализ частоты послеоперационных осложнений после операции кесарева сечения при применении рутинных методов лечения (67 женщин) и у 429 женщин после разработки и внедрения алгоритма профилактики и лечения послеоперационных осложнений. Эти данные приведены в таблице 1.

**Таблица 1. Частота послеоперационных осложнений после операции кесарева сечения до и после разработанного алгоритма лечения.**

Послеродовые осложнения	n	Частота до (n=67) M±m%	n	и после разработанного алгоритма лечения (n=429) ±m%
Эндометрит	14	20,90±4,967	3	0,70±0,40
Расхождение швов передней брюшной стенки	5	7,46±3,210	0	0,00±0,23*
Серома в области рубца брюшной стенки	4	5,97±2,895	0	0,00±0,23*
Гематома параметрия и предпузырной клетчатки	6	8,96±3,488	1	0,23±0,23*
Субинволюция матки	29	43,28±6,053	3	0,70±0,40*

\* p<0,001.

По другим осложнениям в послеродовом периоде достоверных различий в частоте не получено. К этим осложнениям, в частности, относятся: метротромбофлебит, метроэндометрит, инфильтрат рубца передней брюшной стенки, гематома в области швов передней брюшной стенки, позднее послеродовое кровотечение, остатки плацентарной ткани, инфильтрат параметрия, бактериально-токсический шок, аспирационная пневмония, серозный мастит, лактостаз, перитонит, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии, кишечная непроходимость, перевязка мочеоточника, перикюльтевой инфильтрат, тромбофлебит поверхностных и глубоких вен, эвентрация.

При дальнейшем анализе большего количества родильниц с осложненным послеродовым периодом, в частности до (274 пациентки) и после разработанного алгоритма лечения (1200 пациенток) достоверные различия получены лишь соответственно в отношении субинволюции матки, которая отмечена у 169 (61,68±2,937%) до лечения и 57 (4,75±0,614%) после лечения, а также в отношении послеродовых анемий: 18 (6,57±1,497%) и 11 (0,92±0,275) (p<0,001), а также гематомы параметрия и предпузырной клетчатки – 6 (2,19±0,884) и 0 (0,00±0,083) (p<0,001), эндометрита – 16 (5,84±1,417) против 0,70±0,40.

В отношении других послеродовых заболеваний: гематометры, расхождения лонного сочленения, позднего послеродового кровотечения, послеродового психоза, постинъекционного инфильтрата в области ягодиц, инфильтрата параметрия, прикультевого инфильтрата, эвентрации, бактериально-токсического шока,

разрыва связок крестцово-подвздошного сочленения, аспирационной пневмонии и перидурита, метрозэндометрита, метротромбофлебита, а также тромбоза глубоких вен верхних и нижних конечностей, тромбоза варикозно расширенных вен, гнойного и серозного мастита, лактостаза, полного расхождения швов промежности, гематомы в области рубца промежности, гематом стенок влагалища, гематом швов передней брюшной стенки, сером рубца передней брюшной стенки, частичного расхождения швов передней брюшной стенки, свищей, достоверных различий не получено.

**Заключение**

Таким образом, применение алгоритма профилактики и лечения основных осложнений в послеродовом периоде (эндометрита, субинволюции матки и др.) позволяет существенно уменьшить частоту гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения.

**Литература**

1. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. Издание второе, дополненное и исправленное// М.:Триада-Х,2004.-176 с.
2. Руководство Дьюхерста по акушерству и гинекологии для последипломного обучения: Пер. с англ. / Под ред. Ч.Р. Уитфилда и В.И.Краснопольского. - М.: Медицина, 2003.-808 с.
3. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д., Шашгалова М.А. Инфицированный аборт. Сепсис и перитонит в акушерстве и гинекологии. Руководство для врачей. "Север", 2002- 520 с.
4. Бекманн Ч.Р. Акушерство и гинекология /Ч. Бекманн.,Ф. Линг, Б. Баржански и др.. М.:Мед.лит.,2004.-548 с.
5. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Дж., Краутер К. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ /Под ред. А.В. Михайлова, СПб:Изд-во "Петрополис", 2003 г.-480 с.
6. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Дорхов В.В. Антибиотики в акушер. и гинекологии. Руководство для врачей. - СпецЛит, 2000.-219 с.

**ՄՈՓՈՓՈՒՄ**

**Հետծննդյան և հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելման և բուժման ալգորիթմ**

Ռ.Ր. Աբրահամյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ)

**Հետազոտության նպատակը.** Գնահատել հետծննդյան բարախասեպտիկ բարդությունների ռազմոնալ կանխարգելման և բուժման ալգորիթմի արդյունավետությունը:

**Հետազոտության նյութը և մեթոդաբանությունը.** Արգանդի սուբինվոլյուցիայով 221 ծննդկանի և ստուգիչ խմբի 308 ծննդկանի մոտ կատարվել է կոմպլեքսային կլինիկալաբորատոր հետազոտություն, որը ներառել է մանրէաբանական, մանրադիտակային (միկրոսկոպիկ), գերծայնային հետազոտություններ և ընկերքի մորֆոլոգիական հետազոտություն: Այնուհետև վերլուծվել է կեսարյան հատումից հետո բարդությունների հաճախականությունը բուժման ռուտին ծների գործածման (67 կին) ու հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելման և բուժման ալգորիթմի կիրառման դեպքերում (429 կին):

**Հետազոտության արդյունքները.** Հետծննդյան շրջանի բարդացած ընթացքի ժամանակին ախտորոշման համար նպատակահարմար է հետծննդյան շրջանի 4-րդ օրը կատարել ուլտրաձայնային քննություն և հեշտոցային բուլբի մանրէաբանական հետազոտություն: Հետծննդյան բարդությունների կանխարգելման ու բուժման համար մշակված ալգորիթմի կիրառման դեպքում կեսարյան հատումից հետո արգանդի սուբինվոլյուցիա է ախտորոշվել 0,7% ծննդաբերի մոտ, իսկ ստուգիչ խմբում 43,3% մոտ՝ հետծննդյան էնդոմետրիտ, համապատասխանաբար 0,7% և 20,9% կանանց մոտ:

**Եզրակացություն.** Հետծննդյան շրջանում բարդությունների կանխարգելման և բուժման համար մշակված ալգորիթմի կիրառումը թույլ է տալիս էականորեն նվազեցնել հետծննդյան թարախասեպտիկ բարդությունների հաճախականությունը կեսարյան հատումից հետո:

**Հիմնական բաներ.** հետծննդյան թարախասեպտիկ հիվանդություններ, կանխարգելում, բուժման ալգորիթմ:

**SUMMARY**

**Algorithm of prevention and treatment of postpartum and postoperative complications**

R.R.Abrahamyan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology)

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of the algorithm of prevention and treatment of postpartum and postoperative pyoinflammatory complications.

**Material and methodology:** We conducted the complex clinical-and-laboratory examination included bacteriological, microscopic, ultrasound imaging and hystomorphological examination of placenta of 221 women with uterus subinvolution and 308 postpartum women of control group without any complications. Then we analyze and compare the rates of postoperative complications after cesarean section (CS) in cases of routine care (67 women) and when the algorithm of prevention and treatment of postoperative complications is applied (429 women).

**Results:** It is worthwhile to analyze vaginal smear and perform ultrasound investigation of uterus on the 4th postpartum day to prevent and treat postpartum complications in time. When we apply the algorithm of prevention and treatment of postoperative complications the rate of uterus subinvolution was 0. 7% vs. 43.3% in control group, the rate of endometritis 0.7% and 20.9% respectively.

**Conclusion:** Thus, application of the algorithm of prevention and treatment of postpartum complications significantly decrease the rate of pyoinflammatory complications after CS.

**Key words:** postpartum pyoinflammatory diseases, prevention, algorithm of treatment.

Ր.Ր.Աբրահամյան

**Факторы риска субинволюции матки**

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии

**Цель исследования:** Изучить частоту послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний и разработать клинические критерии факторов риска их развития.

**Материал и методы исследования:** Клиническому анализу подвергнуто 660 родильниц, что составляет 40,3% от общего количества родильниц второго акушерского отделения Института перинатологии, акушерства и гинекологии за 2006 год. Методы исследования включали клиническое исследование, ультразвуковое исследование послеродовой матки, морфологическое исследование плаценты.

**Результаты исследования:** 83,8% родильниц, находящихся во втором акушерском отделении, страдали различными экстрагенитальными заболеваниями, что достоверно сказывалось на течении послеродового периода. количество эндометритов и субинволюций матки у пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути снизилось и составило соответственно 0,5% и 4,9% против 1,7% и 6,3% в 2005 году. Общций процент осложнений после абдоминального родоразрешения снизился с 6,6% до 4,6%. В 2006 году наблюдался самый низкий за последние 6 лет процент гнойно-септических осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения.

**Заклучение:** За счет активного ведения родильниц отмечено снижение общего количества родильниц с послеродовыми осложнениями как в группе родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути, так и родоразрешенных операцией кесарева сечения. В то же время сохраняется высокий процент осложнений у родильниц со ивами на промежности.

**Ключевые слова:** послеродовые гнойно-септические заболевания, факторы риска.

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний после родов остается актуальной в акушерстве, ввиду высокой частоты этих заболеваний, трудности прогнозирования, ранней диагностики, профилактики и лечения [1, 3, 4].

В прогнозировании гнойно-воспалительных заболеваний после родов существенное значение имеет выявление беременных, рожениц и

родильниц, угрожаемых по развитию послеродовых инфекционных осложнений, и проведение у них своевременных профилактических и лечебных мероприятий [2].

Чрезвычайно важным является обязательное гистологическое исследование последов для определения степени инфицированности. Однако, имеются лишь единичные работы по изучению

взаимосвязи между акушерскими факторами риска и воспалительными изменениями в последе [5]. Поэтому важной является проблема выявления факторов, влияющих на инфицирование последа, и своевременное проведение профилактических мероприятий. Однако, как указывает А.П.Милованов (1999), гистологические заключения по последам поступают в родильные дома на 5-8 сутки, что делает их практически бесполезными для микропедиатров и акушеров.

В.Н.Серов и соавт. (2002) при обсуждении проблемы отраслевых стандартов и объемов в исследовании последа в практике патологоанатомов указывают, что такая важная функция патологоанатомической службы как контроль над качеством клинической диагностики и ходом лечебного процесса в последнее время, к сожалению, во многом потеряла свое значение.

**Таблица 1. Характеристика больных по основным формам сопутствующей экстрагенитальной патологии (2005-2006гг.)**

Нозологическая форма	2005 г.		2006 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
Сахарный диабет 1 типа	18	3,3	23	3,5
Сахарный диабет 2 типа	6	1,1	12	1,8
Заболевания щитовидной железы	70	11,8	83	12,6
Заболевания сердечно-сосудистой системы	25	3,5	49	7,4
Гипертоническая болезнь	13	2,4	16	2,4
ВСД по гипертоническому типу	50	9,1	64	9,7
Бронхиальная астма	8	1,5	24	3,6
Заболевания легких	не оценивалось		13	2,0
Заболевания почек	25	4,5	111	16,8
Заболевания печени	не оценивалось		15	2,3
Заболевания костной системы	не оценивалось		6	0,9
Варикозная болезнь	36	6,6	57	8,6
Заболевания крови	2	0,4	18	2,7
Ожирение	51	9,4	46	6,9
Дефицит веса	2	0,4	6	0,9
Хр. героиновая зависимость	-	-	1	0,2
Эпилепсия	2	0,4	9	1,4
<b>ИТОГО:</b>	<b>306</b>	<b>58,9</b>	<b>553</b>	<b>83,8</b>

\* процент от общего количества родильниц в отделении

Как видно из данных представленных в таблице 1 – 83,8% родильниц страдали различными экстрагенитальными заболеваниями, что достоверно сказывалось на течении послеродового периода. Наиболее высокий уровень составляют родильницы с эндокринными и обменными заболеваниями (сахарный диабет, ожирение, заболевания щитовидной железы), заболеваниями сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем.

Большой интерес представляет характеристика больных родильниц по основным формам сопутствующей акушерско-гинекологической патологии во время беременности и в родах. Как видно из данных, представленных в таблице 2, обращает на себя внимание сохраняющийся высокий суммарный процент осложнений беременности и родов – 173,8% за 2006 год против 199,1% в 2005 году.

**Таблица 2. Характеристика больных по основным формам сопутствующей акушерско-гинекологической патологии во время беременности и в родах (2005-2006гг.)**

Нозологическая форма	2005 г.		2006 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
Анемия беременных	112	20,6	72	10,9
Сахарный диабет беременных	21	3,8	28	4,2
Отеки беременных	164	30,2	169	25,6
Нефропатия I-II	123	22,6	197	29,8
Нефропатия III	8	1,5	10	1,5
Преэклампсия	-	-	13	2,0
Эклампсия	-	-	-	-
Гепатоз беременных	13	2,4	11	1,7
Наличие микоплазменной, уреоплазменной, хламидийной, трихомонадной инфекции при беременности	46	8,5	169	25,6
Стафилококконосителство во время беременности	34	6,3	35	5,3
Лихорадящее состояние в родах	13	2,4	8	1,2
Хориоамнионит	5	0,9	10	1,5
Кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде	21	3,9	20	3,0
Ручное обследование полости матки	56	10,3	71	10,7
Слабость родовой деятельности	23	4,2	31	4,7
Миома матки	26	4,7	44	6,7
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	241	44,3	не оценивалось	
Кольпит	65	11,9	40	6,1
Генитальный герпес	не оценивалось		8	1,2
Длительный безводный период	6	1,1	9	1,4
Разрывы шейки матки II степени	12	2,2	20	3,0
Разрывы влагалища	8	1,5	7	1,2
Выворот матки	1	0,2	-	-
Несвоевременное излитие вод	не оценивалось		154	23,3
Спаечный процесс брюшной полости	не оценивалось		21	3,2
<b>ИТОГО:</b>	<b>998</b>	<b>199,1</b>	<b>1147</b>	<b>173,8</b>

\* процент рассчитан от общего количества родильниц в отделении



Практически у каждой пациентки имело место две и более самостоятельных причины, осложняющих течение послеродового периода и способствующих развитию гнойно-воспалительного заболевания в пуэрперии. Наиболее часто встречающейся патологией является гестоз –

58,9%, анемия беременных – 10,9%. У 4,1% женщин роды осложнились травмами мягких родовых путей, у 3,0% – кровотечением в родах и раннем послеродовом периодах, 10,7% женщин проводилось ручное обследование полости матки. Существенно отметить, что контингент ро-

**Таблица 3. Характеристика основных форм послеродовых заболеваний у родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути (2005-2006гг.)**

Нозологическая форма	2005 г.		2006 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
Эндометрит	12	1,7	6	0,5
Метроэндометрит	-	-	2	0,2
Метротромбофлебит	-	-	-	-
Перитонит	-	-	-	-
Гематометра	-	-	1	0,08
Субинволюция матки	70	6,3	57	4,9
Позднее послеродовое кровотечение	1	0,06	-	-
Бактериально-токсический шок	-	-	-	-
Тромбофлебит поверхностных вен бедра и голени	3	0,2	2	0,2
Тромбофлебит глубоких вен нижних и верхних конечностей	1	0,06	-	-
Серозный мастит	-	-	-	-
Полное расхождение швов промежности	6	0,4	11	0,9
Частичное расхождение швов промежности	15	0,9	17	1,5
Инфильтрат в швах промежности	16	1,0	10	0,7
Гематома влагалища	7	0,4	5	0,4
Гематома наружных половых органов	2	0,12	3	0,3
Свищи	-	-	-	-
Пуэрперальная язва	3	0,2	2	0,2
Послеродовые анемии	16	1,0	11	0,9
Постинъекционный инфильтрат ягодиц	-	-	-	-
Гематома параметрия, предпузырной клетчатки	-	-	-	-
Инфильтрат параметрия	-	-	-	-
Расхождение лонного сочленения	2	0,12	1	0,09
Разрыв лонного сочленения	-	-	1	0,09
Симфизит	3	0,2	1	0,09
Острый пиелонефрит	6	0,4	-	-
Листериоз	-	-	1	0,09
ОРВИ	-	-	5	0,5
<b>ИТОГО:</b>	<b>162</b>	<b>13,0</b>	<b>136</b>	<b>11,7</b>

*процент осложнений от количества родов, проведенных через естественные родовые пути*

дильниц, которые были переведены во второе акушерское отделение Института перинатологии, акушерства и гинекологии, значительно инфицирован. Обращает на себя внимание сохраняющийся высокий процент женщин с урогенитальной инфекцией – 25,6% в 2006 году против 18,5% в 2005 году; стафилококконосительство во время беременности встретилось у 5,3% против 6,3% в 2005 году.

Анализируя показатели основных форм послеродовых заболеваний, следует отметить, что за последние годы за счет активного ведения родильниц общее количество родильниц с осложненным течением послеродового периода снизилось по сравнению с 2005 годом как в группе родильниц, родоразрешенных через естественные родовые

пути, так и родоразрешенных операцией кесарева сечения (таблицы 3 и 4).

Крайне важно отметить, что количество эндометритов и субинволюций матки у пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути снизилось и составило соответственно 0,5% и 4,9% против 1,7% и 6,3% в 2005 году. Эндометритов было 6 (0,5%), метроэндометритов – 2 (0,2%), а метротромбофлебитов и перитонита не было. В то же время сохраняется высокий процент осложнений у родильниц со швами на промежности – 3,1% против 2,3% в 2005 году. При этом у 11 родильниц произошло полное расхождение швов промежности с наложением отсроченных вторичных швов.

**Таблица 4. Осложнения после кесарева сечения (2005-2006гг.)**

Виды осложнений	2005 г.		2006 г.	
	абс. число	%	абс. число	%
Эндометрит	2	0,5	3	0,7
Метроэндометрит	2	0,5	-	-
Метротромбофлебит	1	0,3	-	-
Перитонит	-	-	-	-
Субинволюция матки	11	2,9	3	0,7
Позднее послеродовое кровотечение	-	-	-	-
Бактериально-токсический шок	-	-	-	-
ТЭЛА мелких ветвей	-	-	1	0,2
Кишечная непроходимость	-	-	-	-
Аспирационная пневмония	-	-	-	-
Серома швов передней брюшной стенки	-	-	-	-
Гематома швов передней брюшной стенки	4	0,9	8	1,8
Инфильтрат швов передней брюшной стенки	2	0,5	3	0,7
Прикультевой инфильтрат	1	0,3	-	-
Расхождение швов передней брюшной стенки	1	0,3	-	-
Гематома параметрия и предпузырной клетчатки	-	-	1	0,2
Тромбофлебит поверхностных вен бедра и голени	-	-	-	-
Тромбофлебит глубоких вен бедра и голени	1	0,3	-	-
Перевязка мочеочочника	-	-	1	0,2
<b>ИТОГО:</b>	<b>25</b>	<b>6,6</b>	<b>20</b>	<b>4,6</b>

Существенно отметить, что за последние 5 лет не наблюдалось осложнений со стороны молочных желез.

Из 454 операций кесарева сечения произведенных в Институте перинатологии, акушерства и гинекологии в 2006г., 244 (53,7%) родильницы находились во втором акушерском отделении. При этом общий процент осложнений после абдоминального родоразрешения снизился с 6,6% до 4,6%. В 2006 году наблюдался самый низкий за последние 6 лет процент гнойно-септических осложнений у родильниц после абдоминального родоразрешения. В частности, в три раза уменьшилось количество родильниц с воспалительными осложнениями матки в послеоперационном периоде. Однако, в 2 раза возросло количество родильниц, у которых осложнения в послеоперационном периоде были связаны с погрешностями в хирургической технике. При этом в 1 случае потребовалась релапаротомия, и 3 родильницы были переведены в другие стационары города (подапоневротическая инфицированная гематома, нагноившаяся гематома передней брюшной стенки и др.).

Снижение гнойно-воспалительных заболеваний у родильниц, родоразрешенных операцией кесарева сечения, связано с активным внедре-

нием в клиническую практику лаважа, вакуум-аспирации, выскабливания полости матки и диагностической гистероскопии. В комплексном лечении субинволюции матки широко применяется промывное дренирование полости матки охлажденными антисептическими растворами – лаваж. С целью предотвращения генерализации инфекции 49 родильницам на 6-10 сутки послеродового периода произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки с последующим гистологическим исследованием аспирата. Во всех случаях обнаружена некротизированная децидуальная ткань с признаками гнойно-некротического воспаления. 4 родильницам производилась диагностическая гистероскопия, выскабливание полости матки. Частота гнойно-септической заболеваемости за 1997-2006 годы представлена в таблице 5.

**Заклучение**

За счет активного ведения родильниц отмечено снижение общего количества родильниц с послеродовыми осложнениями как в группе родильниц, родоразрешенных через естественные родовые пути, так и родоразрешенных операцией кесарева сечения. В то же время сохраняется высокий процент осложнений у родильниц со швами на промежности.

**Таблица 5. Частота гнойно-септической заболеваемости (1997-2006гг.)**

Год	Количество родильниц с осложненным течением послеродового периода (%)	
	Спонтанные роды	Абдоминальное родоразрешение
1997	11,4	7,8
1998	12,9	13,7
1999	16,5	20,7
2000	16,8	21,8
2001	14,2	14,5
2002	13,5	5,7
2003	8,5	5,1
2004	8,7	5,8
2005	13,0	6,6
2006	11,7	4,4

**Литература**

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. - СПб., 2006. - 516 с.
2. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д. Значение исследования последа в послеродовом периоде // Мать и дитя: Мат.Ш Российского форума: Тез.док. - М., 2001. - С.13.
3. Жаров Е.В. Комплексная профилактика и лечение гнойно-септических осложнений кесарева сечения: Автореф.дис. д-ра мед.наук. М., 1990. 31с.
4. Костючек Д.Ф. Особенности гнойно-септической инфекции после аборта: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук. - Л., 1988. - 39 с.
5. Мельникова С.Е., Прогностическая значимость результатов

гистологического исследования последа в развитии послеродовых инфекционных заболеваний. Применение лучей лазера в профилактике и лечении этих осложнений: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. -СПб., 1998.-26 с.

6. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод: Руководство для врачей. Медицина, 1999. 448 с.
7. Никонов А.П. Послеродовой эндометрит как проявление раневой инфекции: Автореф. диссер. д-ра мед.наук. - М., 1993.-47 с.
8. Серов В.Н., Музыкантова В.С., Кузьмин В.Н. Плацентарная недостаточность при вирусных инфекциях // Российский форум "Мать и дитя". - М., 2002. - С.3-6.
9. Шарапова О.В. Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи // Российский форум "Мать и дитя". - М., 2002. - С.3-6.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Արգանդի սուբինվոլյուցիայի ռիսկի գործոնները**

Ռ.Ռ.Աբրահամյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ)

**Չետազոտության նպատակը.** Գնահատել հետծննդյան բորբոքային թարախասեպտիկ հիվանդությունների հաճախականությունը և մշակել վերջիններիս զարգացման ռիսկի գործոնների կլինիկական չափանիշները:

**Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Կլինիկական վերլուծության է ենթարկվել 660 ծննդաբեր, որոնք Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտի երկրորդ ծննդաբերական բաժանմունքում 2006թ. ծննդաբերած կանանց 40,3 % են կազմում: Ուսումնասիրության մեթոդները ներառել են կլինիկական, հետծննդյան արգանդի ուլտրաձայնային, ընկերքի մորֆոլոգիական (ձևաբանական) հետազոտությունները:

**Չետազոտության արդյունքները.** Երկրորդ մանկաբարձական բաժանմունքում գտնվող ծննդաբերների 83,8% մոտ դիտվել են տարբեր էքստրագենիտալ հիվանդություններ: Չետծննդյան էնդոմետրիտի և արգանդի սուբինվոլյուցիայի ընդհանուր թիվը բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդալուծումից հետո իջել է՝ կազմելով համապատասխանաբար 0,5% և 4,9%, ի տարբերություն 2005 թվականի 1,7% և 6,3%: Որովայնային ծննդալուծումից հետո բարդությունների ընդհանուր տոկոսը 6,6-ից իջել է մինչև 4,6%: 2006 թվականին դիտվել է բարդությունների ամենացածր տոկոսը կեսարյան հատումից հետո: Վերջինս պայմանավորված է կլինիկական պրակտիկայում արգանդի խոռոչի վազուլների, կյուրետաժի, վակուում-ասպիրացիայի և ախտորոշիչ հիստերոսկոպիայի լայն կիրառման հետ:

**Եզրակացություն.** Ծննդաբերների ակտիվ վարման արդյունքում հետծննդյան շրջանում դիտվում է բարդությունների ընդհանուր թվի իջեցում՝ ինչպես բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդաբերած կանանց խմբում, այնպես էլ կեսարյան հատումից հետո: Սակայն պահպանվում է բարդությունների բարձր տոկոս շեքի պատռվածքներով ծննդաբերների խմբում:

**Հիմնական բառեր.** հետծննդյան թարախասեպտիկ հիվանդություններ, ռիսկի գործոններ:

**SUMMARY**

**Risk factors of uterus subinvolution**

R.R.Abrahamyan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology – IPOG)

**Objectives:** To evaluate the frequency of postpartum pyoinflammatory diseases and develop clinical criteria for risk factors.

**Material and methodology:** We examined 660 postpartum women which is the 40,3% of all parturient women of the Second Obstetrical Division at IPOG, in 2006. Examination includes: clinical investigation, ultrasound imaging of uterus postpartum, morphological analysis of placenta.

**Results:** Among women in childbirth in the II obstetrical department 83,3% suffers from various extragenital pathology which deteriorate the course of postpartum period. There is a significant decrease in frequency of endometritis and uterus subinvolutions after vaginal delivery in 2006 in comparison with 2005: 0,5% and 4,9% vs. 1,7% and 6,3%. The percentage of complications after cesarean section (CS) reduced from 6,6% to 4,6%. The lowest rate of postpartum pyoinflammatory diseases after CS in last 6 years was recorded in 2006.

**Conclusion:** Active management of labor leads to decrease in numbers of postpartum complications both after vaginal delivery and CS, but in women with sutures on perineum the complications remain high.

**Key words:** postpartum pyoinflammatory diseases, risk factors.

Յ.Յ.Գարիբյան\*, Գ.Գ.Օկոբեյ\*\*, Մ.Ի.Ագաջանով\*\*\*

### Изменение показателей мембранной функции при физиологически протекающей беременности и беременности, осложненной инфицированием цитомегалией

\*Медицинский центр Эребуни

\*\*Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка

\*\*\*Кафедра биохимии ЕрГМУ им. М.Гераци

**Цель исследования:** Изучение состояния мембранной функции при беременности, осложненной инфицированием цитомегалией.

**Материал и методы исследования:** Обследовано 163 беременных женщины, которые были разделены на следующие группы: контрольную группу, которую составили женщины с физиологически протекающей беременностью и группу беременных с наличием цитомегаловирусного инфицирования. О структурно-функциональном состоянии биомембран судили по уровню средних молекул, суммарной пероксидазной активности, активности гистидазы и урокиназы в плазме крови.

**Результаты исследования:** Изучение мембранной функции при беременности с цитомегаловирусом (ЦМВ) показало значительное повышение их проницаемости при высоких титрах антител на всем протяжении беременности и, особенно, в третьем триместре. Отмеченная особенность свидетельствует о возрастании нагрузки на печень как при физиологической беременности, так и в большей степени на фоне цитомегаловирусного инфицирования.

**Заключение:** Окислительный стресс, развивающийся при беременности с цитомегаловирусным инфицированием, приводит к нарушению структуры и функции различных клеточных мембран с резким повышением мембранной проницаемости.

**Ключевые слова:** цитомегаловирусная инфекция у беременных, суммарная пероксидазная активность, гистидаза, урокиназа

Цитомегаловирус (ЦМВ) является наиболее распространенным вирусом, передающимся плоду во внутриутробном периоде [10, 12, 15, 16].

Так, каждый год в Соединенных Штатах регистрируется приблизительно 40000 детей с врожденной цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ), из которых в 400 случаев отмечены смертельные исходы, а 8000 детей страдают нарушениями слуховой и зрительной функции, задержкой умственного развития [13].

Механизм повреждающего действия вирусов на клетки связывают с развитием тканевой гипоксии [7, 9, 11] и, как следствие, нарушениями окислительного фосфорилирования в митохондриях [3].

Превращение молекул в химических и биохимических процессах организма часто происходят в несколько стадий через образование лабильных молекулярных продуктов – свободных радикалов. Многие реакции с их участием протекают с энергией активации. Реакции такого типа – реакции окисления.

Особую роль в окислительном повреждении

клеток играют свободные радикалы, которые индуцируют реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) – физиологический многоступенчатый процесс, протекающий в липидном бислое клеточных мембран и регулирующий их структуру и функции, активность мембраносвязанных ферментов и направленность метаболизма [4, 5].

Продукты ПОЛ в малых концентрациях необходимы для регуляции клеточных мембран [1].

Как показали исследования Л.М. Агаджановой (1999) как физиологическая беременность, так и беременность на фоне урогенитальной инфекции сопровождаются ростом ПОЛ, что оказывает влияние на проницаемость клеточных мембран [2].

Однако, характер изменений проницаемости клеточных мембран при беременности на фоне инфицирования вирусом цитомегалии не изучен до настоящего времени.

#### Цель исследования

Целью нашего исследования явилась изучение

состояния мембранной функции при беременности, осложненной инфицированием цитомегалией

#### Материал и методы исследования

Обследовано 163 беременных женщин, которые были разделены на следующие группы: контрольную группу, которую составили женщины с физиологически протекающей беременностью и группу беременных с наличием цитомегаловирусного инфицирования. Последняя в зависимости от титра антител к вирусу цитомегалии была разделена на подгруппы: с титром 1:8, 1:16, 1:32 и выше. Структурно-функциональное состояние биомембран оценивалось в первом, втором и третьем триместрах.

Предполагаемый срок гестации рассчитывали с помощью формулы Негле. Для определения ранних сроков беременности использовали количественный и качественный способы. Количественная методика заключалась в планметрической обработке эхокартины с пересчетом линейных (мм) и объемных (мл) единиц в срок беременности.

Диагностику цитомегаловируса проводили с использованием: иммуноферментного анализа, метода прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), метода непрямой микроиммунофлюоресценции, реакции непрямой гемагглютинации.

Для исследования использовалась кровь из локтевой вены беременных женщин. Кровь стабилизировалась 1,5% раствором оксалата натрия (9:1). О структурно-функциональном состоянии биомембран судили по уровню средних молекул, суммарной пероксидазной активности, активности гистидазы и урокиназы в плазме крови.

Мембраны эритроцитов выделяли по методу Limber. Принцип метода определения суммарной пероксидазной активности (СПА) в плазме крови заключается в способности гемопропротеинов в присутствии перекиси водорода катализировать окисление бензидина с

образованием окрашенных продуктов (Покровский А.А., 1969). Величину оптической плотности определяли при 600 нм в течение 3-4 минут до стабилизации голубой окраски, результаты выражали в единицах оптической плотности на 1 мл плазмы крови.

Определение средних молекул в плазме крови проводили по Владыка А.С. и соавт. (1986). Количество средних молекул выражали в условных единицах, численно равных показателям экстиниции.

Определение активности гистидазы и урокиназы в плазме крови проводилась по Таболину В.А. и соавт. (1977). Измерение проводили при 280 нм против контроля. Активность гистидазы выражали в мкМ уроканиновой кислоты на 1 литр плазмы в минуту. Экстиницию супернатанта определяли при 267 нм, каждый контроль против своего опыта. Активность урокиназы выражали в мкМ уроканиновой кислоты в минуту на литр плазмы.

Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в плазме крови и эритроцитах определялась спектрофотометрически по увеличению интенсивности поглощения при 340 нм (максимум поглощения для НАДФН) за первые 5 минут инкубации при комнатной температуре (Glock, McLean, 1963). Активность фермента выражали в нМ НАДФН на 1 мл плазмы (или мг белка гемолизата) в 1 минуту.

#### Результаты исследования и обсуждение

Мембранная проницаемость, являющаяся интегральной функцией клеток, изучена нами на основании определения активности маркерных мембранных ферментов в крови. Данные о характере изменений показателей мембранной функции при физиологически протекающей беременности и беременности, осложненной инфицированием цитомегалией, приведены в таблице 1. Как видно, при физиологически протекающей беременности активность СМ (средние молекулы) во всех триместрах значи-

тельных изменений не претерпевает. Аналогичная картина отмечена и при беременности, осложненной инфицированием ЦМВ независимо от титра антител.

Активность СПА (суммарная пероксидазная активность) на протяжении физиологической беременности и беременности с ЦМВ имела тенденцию к возрастанию, однако достоверных изменений нами не установлено ( $p > 0,05$ ). Иная картина наблюдается при сравнении показателей в зависимости от титра антител. Так, уже при титре антител 1:16 СПА более чем в 3 раза превышала таковую при физиологической протекающей беременности на соответст-

вующих сроках гестации. Более выраженный характер отмеченная особенность приобретает при титре антител 1:32. СПА на фоне цитомегаловирусного инфицирования возрастает в 8 раз, а в III триместре повышается с  $1,42 \pm 0,14$  ед/мл до  $13,60 \pm 1,27$  ед/мл, т.е. в 9 раз. Активность гистидазы как при нормальной беременности, так и при наличии цитомегаловирусного инфицирования, сохранялась практически на одном уровне и не зависела от срока гестации и титра антител. Что касается урокиназы, то ее активность при физиологической беременности возрастает во II и III триместрах практически в 2 раза по сравнению с таковой в I триместре.

**Таблица 1. Показатели мембранной функции при физиологической беременности и беременности с ЦМВ**

Показатели				I тр.	II тр.	III тр.
СМ	Физ-кая берем-сть	ед		$0,124 \pm 0,02$	$0,128 \pm 0,02$	$0,142 \pm 0,02$
	ЦМВ	1:8	ед	$0,127 \pm 0,03$	$0,128 \pm 0,03$	$0,122 \pm 0,03$
		1:16	ед	$0,136 \pm 0,02$	$0,142 \pm 0,02$	$0,135 \pm 0,03$
		1:32	ед	$0,130 \pm 0,03$	$0,138 \pm 0,02$	$0,141 \pm 0,02$
СПА	Физ-кая берем-сть	ед/мл		$1,11 \pm 0,19$	$1,27 \pm 0,16$	$1,32 \pm 0,16$
	ЦМВ	1:8	ед/мл	$1,29 \pm 0,11$	$1,31 \pm 0,16$	$1,42 \pm 0,14$
		1:16	ед/мл	$3,54 \pm 0,86$	$4,29 \pm 0,38$	$4,52 \pm 0,40$
		1:32	ед/мл	$9,09 \pm 0,92$	$12,39 \pm 1,30$	$13,60 \pm 1,27$
Гист.	Физ-кая берем-сть	мкМ/л		$3,79 \pm 0,59$	$3,79 \pm 0,52$	$4,18 \pm 0,53$
	ЦМВ	1:8	мкМ/л	$4,05 \pm 0,61$	$4,26 \pm 0,50$	$4,08 \pm 0,32$
		1:16	мкМ/л	$4,03 \pm 0,46$	$4,25 \pm 0,49$	$4,38 \pm 0,65$
		1:32	мкМ/л	$4,58 \pm 0,65$	$4,84 \pm 0,96$	$5,49 \pm 0,98$
Урок	Физ-кая берем-сть	мкМ/л		$0,040 \pm 0,005$	$0,08 \pm 0,008$	$0,08 \pm 0,01$
	ЦМВ	1:8	мкМ/л	$0,041 \pm 0,005$	$0,08 \pm 0,007$	$0,09 \pm 0,008$
		1:16	мкМ/л	$0,042 \pm 0,005$	$0,08 \pm 0,006$	$0,09 \pm 0,01$
		1:32	мкМ/л	$0,07 \pm 0,008$	$0,165 \pm 0,009$	$0,173 \pm 0,01$
ГДГ пл.	Физ-кая берем-сть	нМ/мл		$0,20 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,03$	$0,20 \pm 0,03$
	ЦМВ	1:8	нМ/мл	$0,22 \pm 0,05$	$0,24 \pm 0,04$	$0,24 \pm 0,05$
		1:16	нМ/мл	$0,20 \pm 0,02$	$0,21 \pm 0,04$	$0,21 \pm 0,03$
		1:32	нМ/мл	$0,27 \pm 0,07$	$0,26 \pm 0,06$	$0,27 \pm 0,06$

СМ — средние молекулы,  
СПА — суммарная пероксидазная активность,  
гист. — гистидаза; урок. — урокиназа,  
ГДГ пл. — глюкозо-6-дегидрогеназа плазмы,  
n=50 — для всех исследованных групп беременных

Данная особенность сохраняется и при наличии цитомегаловирусного инфицирования, причем при титре антител 1:32 возрастание активности фермента наиболее выражено:  $0,173 \pm 0,01$  мкМ/л в III триместре против  $0,07 \pm 0,008$  мкМ/л в I триместре, т.е. в 2,47 раз. Следует подчеркнуть, что при высоких титрах антител активность урокиназы достоверно превышает таковую при физиологически протекающей беременности на протяжении всех триместров ( $p < 0,05$ ).

Активность ГДГ (глюкозо-6-дегидрогеназа плазмы) как при физиологической беременности, так и на фоне цитомегаловирусного инфицирования, с возрастанием гестационного срока достоверных изменений не претерпевает, не зависит она также и от титра антител.

Пероксидазной активностью обладает комплекс гемоглобина с  $\alpha$ -гликопротеином плазмы крови гаптоглобином. Комплекс образуется в результате внутрисосудистого гемолиза эритроцитов или повышения проницаемости эритроцитарных мембран и выхода гемоглобина в плазму. Повышение уровня СПА в плазме крови указывает на изменение проницаемости эритроцитарных мембран. Повышение урокиназной активности указывает на нарушение мембранной функции гепатоцитов.

Изучение ПОЛ при физиологически протекающей беременности позволило нам установить его повышение. В указанных условиях состояние клеточных мембран характеризуется значительным ростом активности урокиназы. Уровень урокиназы, являющейся гепатоспецифическим ферментом, резко возрастает.

Как известно, урокиназа является маркером структурно-функционального состояния мембран гепатоцитов. Полученные данные подтверждают аналогичность этиопатогенеза нарушений мембранной функции у всех исследуемых групп.

Изучение мембранной функции при беремен-

ности с ЦМВ показало значительное повышение их проницаемости при высоких титрах антител на всем протяжении беременности и, особенно, в третьем триместре. Отмеченная особенность свидетельствует о возрастании нагрузки на печень как при физиологической беременности, так и в большей степени на фоне цитомегаловирусного инфицирования.

**Заключение**

Таким образом, при физиологически протекающей беременности проницаемость клеточных мембран претерпевает определенные изменения, а при наличии цитомегаловирусного инфицирования изменения носят более выраженный характер. Окислительный стресс, развивающийся при беременности с цитомегаловирусным инфицированием, приводит к нарушению структуры и функции различных клеточных мембран, выражающемуся в резком повышении мембранной проницаемости.

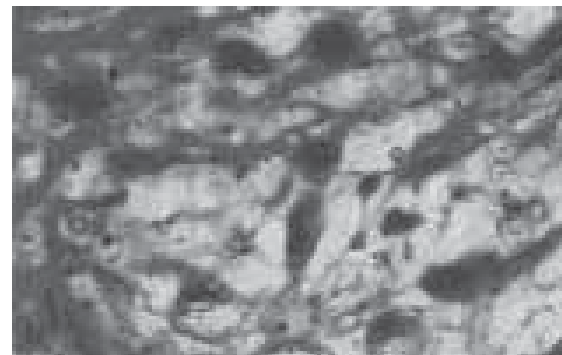
**Литература**

1. Абрамченко В.В., Костюшов Е.В., Щербина Л.А. Антиоксиданты и антигипоксанты в акушерстве. - С.-Петербург: Логос, 1995. - 120 с.
2. Агаджанова Л.М. Перекисное окисление липидов, антиоксидантный статус в системе мать-новорожденный при физиологической беременности и беременности с урогенитальной инфекцией в анамнезе: Автореф. дис. ... к-та мед. наук. - Ереван, 1999. - 20 с.
3. Блюгер А.Ф., Майоре А.Я. Биологическая мембрана - основная структура организации жизнедеятельности клетки // Биологические мембраны и патология клетки. - Рига, 1986. - С. 5-10.
4. Болдырев А.А., Куклей М.Л. Свободные радикалы в нормальном и ишемизированном мозге // Нейрохимия. - 1996. - Т. 13, N 4. - С. 271-278.
5. Бурлакова Е.Б., Храпова Н.Г. Перекисное окисление мембран и природные антиоксиданты. // Успехи химии. - 1985. - Т. 4. - N 9. - с. 1540-1558.
6. Бурлакова Е.Б., Крашаков С.А., Храпова Н.Г. Роль токоферола в перекисном окислении липидов мембран. // Биол. Мембраны. - 1998. - Т. 15. - N 2. - с. 137-167.
7. Войтенко И.И., Гранитов В.М., Бобровский Е.А. Интоксикационный синдром и изменение некоторых свойств эритроцитов у больных вирусными гепатитами // Третий Всероссийский съезд инфекционистов. - М.-Смоленск, 1989. - С. 153-155.
8. Денисов Е.Т. Константы скорости гомологических жидкофазных реакций // М.- Наука. - 1971. - 711 с.
9. Мартынов В.А., Козловцев М.И., Колобаева О.В. Метаболизм эритроцитов и состояние иммунитета у больных вирусными гепатитами // Актуальные вопросы инфекционной патологии. - Иркутск, 1993. - Ч.1. - С. 92-93.

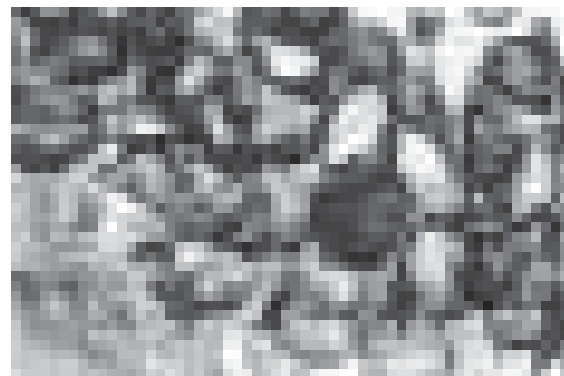




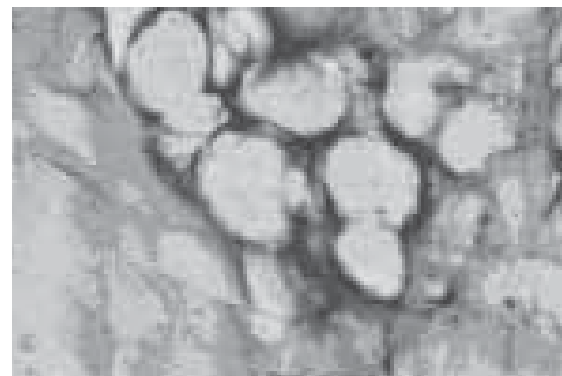
**Րիս. 10-ա.** Содержание гликогена в цитоплазме децидуальных клеток при сахарном диабете типа I; Увеличение: x 1000



**Րիս. 10-б.** Содержание гликогена в цитоплазме децидуальных клеток; контроль ШИК – реакция. Увеличение: x 1000



**Րիս. 11-ա.** Наличие альдегид-фуксин позитивного материала в цитоплазме децидуальных клеток при сахарном диабете типа I; Окраска: альдегид-фуксином. Увеличение: x 1000



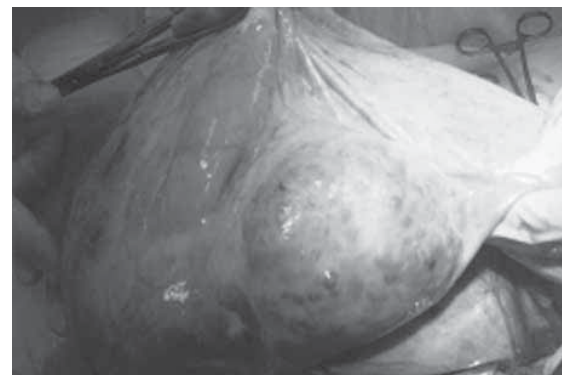
**Րիս. 11-б.** Наличие альдегид-фуксин позитивного материала в цитоплазме децидуальных клеток; Контроль Окраска: альдегид-фуксином. Увеличение: x 1000

Գ.Ա.Բեգլարյան, Ա.Է.Խոնդկարյան, Ա.Գ.Չարուբյունյան, Ռ.Մ.Գրիգորյան

**Չվարանի հսկա կիստոնա  
հազվադեպ հանդիպող կլինիկական դեպքի նկարագրություն**



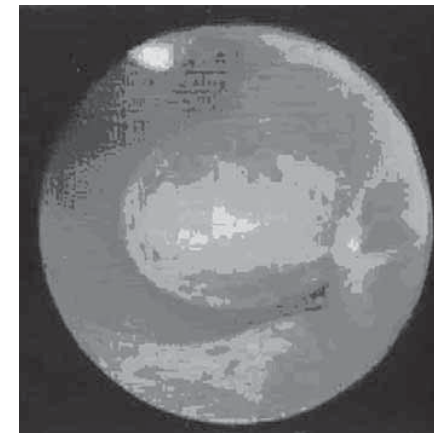
**Նկար 1.** Չվարանի գիգանտ կիստոնա



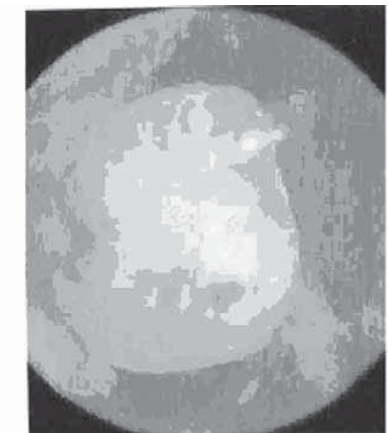
**Նկար 2.** Չվարանի գիգանտ կիստոնա.

И.Г.Бегларян

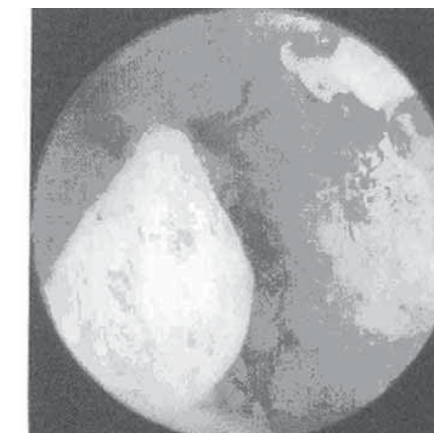
**Лечение полипов эндометрия в репродуктивном возрасте с применением гистерорезектоскопии**



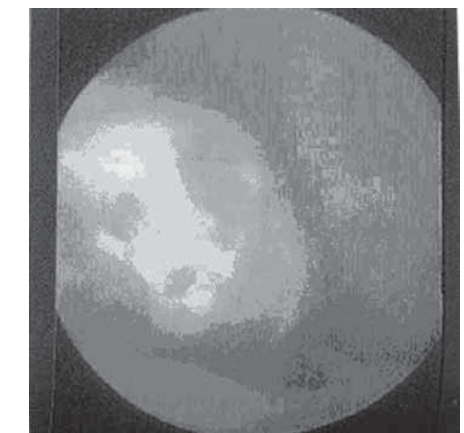
**Րիս. 1.** Гистероскопическая картина железисто-кистозного полипа по боковой стенке матки



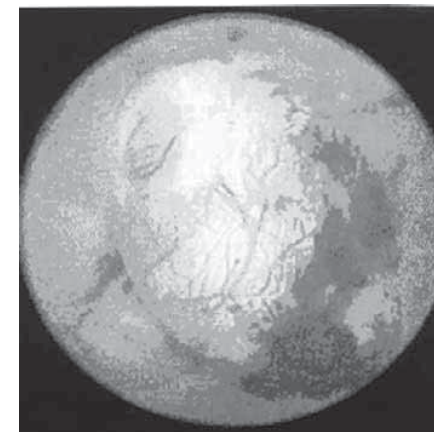
**Րիս. 2.** Гистероскопическая картина железисто-кистозного полипа по передней стенке матки



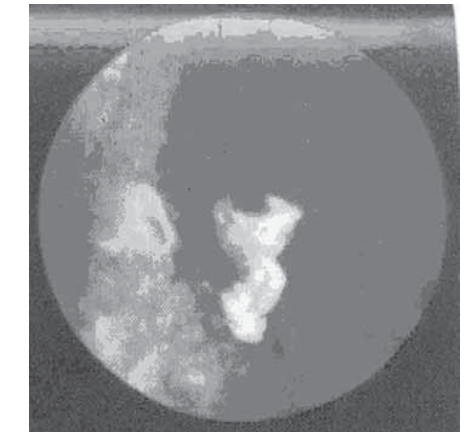
**Րիս. 3.** Гистероскопическая картина аденоматозного полипа



**Րիս. 4.** Гистероскопическая картина аденоматозного полипа эндометрия в устье трубы



**Րիս. 5.** Гистероскопическая картина полипа эндометрия в позднем репродуктивном возрасте



**Րիս. 6.** Гистероскопическая картина рака эндометрия

10.Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. М.: ООО "Медицинское информационное агенство" 2006. - 2006.  
 11.Ambrosio G., Weisfeldt M.L., Jacobus W.E., Flaherty J.T. Evidence for a reversible oxygen radical mediated component of reperfusion injury: reduction by recombinant human superoxide dismutase administered at the time of reflow // Circulation. - 1987. - V. 75. - P. 282-291.  
 12.Arav-Boger R., Battaglia C.A., Lazzarotto T. et al. Cytomegalovirus (CMV)-encoded UL144 (truncated tumor necrosis factor receptor) and outcome of congenital CMV infection. // J. Infect. Dis. - 2006. - Vol.194, N4. - P. 464-473.

13.Cannon M.J., Davis K.F. Washing our hands of the congenital cytomegalovirus disease epidemic. // BMC Public. Health. - 2005. - N5. - P.70.  
 14.Esterbauer H. Citotoxidation and genotoxication of lipid oxidation products // Amer.J/ Clin. Nutr. - 1993. - Vol. 57. Suppl. - p. 7795-7865.  
 15.Halwachs-Baumann G. The congenital cytomegalovirus infection: virus-host interaction for defense and transmission. Curr. Pharm. Biotechnol. - 2006. - Vol.7, N4. - P.303-312.  
 16.Staras S.A., Dollard S.C., Radford K.W. et al. Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988-1994. // Clin. Infect. Dis. - 2006. - Vol.43, N9. - P. 1143-1151.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Մեմբրանային ֆունկցիայի ցուցանիշների փոփոխությունը ֆիզիոլոգիական և ցիտոմեգալովիրուսով ինֆեկցված հղիությունների ընթացքում**

Է.Է.Ղարիբյան, Գ.Գ.Օկոև, Մ.Ի.Աղաջանով («Էրեբունի» բժշկական կենտրոն, ՄՄԱՊԿ, ԵՐՊԲՀ բիրքիմիայի ամբիոն)

**Չետազոտության նպատակը.** Մեմբրանային ֆունկցիայի ուսումնասիրություն ցիտոմեգալովիրուսային վարակով բարդացած հղիության ժամանակ:

**Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Չետազոտվել է 163 հղի կին, որոնք բաժանվել են երկու խմբի: Հսկիչ խմբում ընդգրկվել են հղիության ֆիզիոլոգիական ընթացքով կանայք, մյուսում՝ ցիտոմեգալովիրուսով ինֆեկցված հղիները: Կենսաբանական թաղանթների (մեմբրան) կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ վիճակը գնահատվել է, հաշվի առնելով միջին մոլեկուլների մակարդակը, գունարային պերօքսիդազ ակտիվությունը, հիստիդազի և ուրոկանինազի ակտիվությունն արյան մեջ:

**Չետազոտության արդյունքները.** Ցիտոմեգալովիրուսով ինֆեկցված հղիների մոտ հակամարմինների բարձր տիտրերի դեպքում հղիության ամբողջ ընթացքում և հատկապես III եռամսյակում զգալի բարձրանում է կենսաբանական թաղանթների թափանցելիությունը: Վերջինս վկայում է հղիության ընթացքում լյարդի ծանրաբեռնվածության մեծացման մասին, առավելապես ցիտոմեգալովիրուսային վարակի դեպքում:

**Եզրակացություն.** Ցիտոմեգալովիրուսով ինֆեկցված հղիության ընթացքում տեղի է ունենում բջջային մեմբրանների կառուցվածքի և ֆունկցիայի խանգարում, ինչը բերում է մեմբրանների թափանցելիության կտրուկ բարձրացման:

**Չիմնական բաներ.** ցիտոմեգալովիրուսային վարակ և հղիություն, գունարային պերօքսիդազ ակտիվություն, հիստիդազ, ուրոկանինազ:

**SUMMARY**

**Variations in the index of membrane function during physiological pregnancy and pregnancy infected with cytomegalovirus**

E.E.Gharibyan, G.G.Okoev, M.I.Aghajanyan (Erebuni Medical Center, Research Center of Maternal and Child health Protection)

**Objective:** To investigate membrane function during cytomegalovirus complicated pregnancy.

**Material and methodology:** We examined 163 pregnant women, who were divided into case and control groups. The structural and functional statuses of biological membranes were evaluated in terms of the levels of medium-sized molecules, cumulative peroxidase activity, and the activities of histidase and urokinase in the blood.

**Results:** The increased permeability of biological membranes was detected in pregnant women with high titers of cytomegalovirus antibodies especially at the III trimester. It is an evidence of the additional burden on the liver during pregnancy, moreover when complicated with cytomegalovirus.

**Conclusion:** Cytomegalovirus during pregnancy leads to the damage of the structures and functions of biological membranes with consecutive acute increase of permeability of membranes.

**Key words:** cytomegalovirus and pregnancy, cumulative peroxidase activity, histidase, urokinase.

Ք.Ա.Աբրամյան, Լ.Գ.Պապուսյան, Ս.Գ.Պապուսյան, Լ.Ք.Աբրամյան, Ա.Տ.Կանայան, Ն.Վ. Արտյոնյան

**Морфофункциональные особенности плаценты при сахарном диабете у матери**

Институт Перинатологии, акушерства и гинекологии  
 Университетская клиника клинической патологии ЕрГМУ

**Цель исследования:** Изучение структуры плаценты женщин с сахарным диабетом (СД) типа 1 и гестационным диабетом.

**Материал и методы исследования:** Морфофункциональный анализ плацент проведен у 22 женщин, страдающих сахарным диабетом типа 1 и у 10 с гестационным диабетом. Контрольную группу составили 7 соматически здоровых женщин с физиологическим течением беременности, родов.

**Результаты исследования:** При изучении плацент у женщин с сахарным диабетом типа 1 отмечаются изменения, характерные для всех структурных уровней, в основе которых лежат явления нарушения кровообращения, альтерации, отека.

**Заключение:** Приведенные факты обосновывают необходимость досрочного родоразрешения для предотвращения антенатальной гибели плода при СД типа 1 у матери.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, гликозаминогликаны, гликопротеиды, альдегид-фуксин позитивные клетки.

Проблема своевременной диагностики состояния системы мать-плацента-плод при сахарном диабете (СД) продолжает оставаться актуальной. СД относится к числу заболеваний, при которых велик риск плацентарной недостаточности [1, 2, 5]. Сахарный диабет большой продолжительности может привести к сосудистым осложнениям, понижению плацентарной перфузии, в результате чего развивается внутриутробная гипоксия и задержка развития плода [3, 4].

**Цель исследования**

Целью исследования явилась изучение структуры плаценты женщин с сахарным диабетом типа 1 и гестационным диабетом.

**Материал и методы исследования**

Морфофункциональный анализ плацент проведен у 22 женщин, страдающих сахарным диабетом типа 1 и у 10 с гестационным диабетом. Контрольную группу составили 7 соматически здоровых женщин с физиологическим течением беременности, родов. Плаценты от больных соответствующих групп фиксировали в жидкости Буэна и заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином по Маллори. Для выявления кислых гликозамино-гликанов использовали окраску альциановым синим по Моури и толуидиновым синим рН 4,8. Гликопротеиды и гликоген выявляли при помощи ШИК-реакции после предварительной обра-

ботки срезов амилазой. Использовали также метод с альдегидфуксином, предназначенный для выявления β-клеток поджелудочной железы с целью возможного выявления инсулинпродуцирующих клеток в плаценте.

**Результаты исследования и обсуждение**

Микроскопически в плаценте женщин с СД типа 1 ворсины преимущественно мелкие, относительно тесно расположенные, в межворсинчатом пространстве преимущественно выявляется плазма. Сосуды ворсин расширены и полнокровны, с явлениями эритроцитарного стаза в капиллярах (рис. 1\*).

В отличие от контроля, в стромах средних и крупных ворсин выявляются отек и накопление кислых гликозаминогликанов (рис. 2-а, 2-б).

Кислые гликозаминогликаны выявляются исключительно в децидуальной оболочке в виде мелкоочаговой умеренной альцианофилии между децидуальными клетками, а также по ходу отдельных мелких сосудов капиллярного типа. В отличие от контроля, ворсины со склерозированной стромой не обнаруживаются. На ворсинах в большом количестве выявляются трофобластические подушечки.

При СД типа 1 определяются также повышенная цитогенность и отложения фибрина в стромах части ворсин (рис. 3-а, 3-б).

В крупных ворсинах замечается пролиферация

\* Рисунки во вкладыше.

клеточных элементов интимы крупных артерий с полной облитерацией ее просвета (рис. 4).

Обнаруживаются поля с отложениями молодого фибрина в межворсинчатом пространстве и склеиванием ворсин хориона (рис. 5).

В межворсинчатом пространстве, а также в строме ворсин отмечаются очаговые отложения гликопротеидов (рис. 6).

В базальной мембране капилляров ворсин, а также в базальной мембране собственных ворсин выявляются отложения гликопротеидов, вследствие чего мембраны выглядят утолщенными и грубыми (рис. 7).

В строме мелких, средних и крупных ворсин выявляются множественные зерна и глыбки гликогена, создающие впечатление "запыленности".

В децидуальной оболочке обнаруживаются очаговые скопления многоядерных трофобластических элементов, и распространенная мелкоочаговая мононуклеарная инфильтрация (лимфоциты) (рис. 8). В децидуальной оболочке отмечаются также диффузные отложения кислых гликозамино-гликанов и крупноочаговые отложения молодого фибрина (рис. 9).

Цитоплазма децидуальных клеток насыщена зернами и глыбками гликогена (рис.10-а, 10-б).

Среди децидуальных клеток выявляются элементы, цитоплазма которых богата содержанием альдегид-фуксин позитивного материала (рис. 11).

В плаценте женщин с гестационным диабетом микроскопические изменения преимуществен-

но аналогичны вышеописанному. Утолщение базальных мембран, отложение гликопротеидов и "запыленность" ворсин зернами и глыбками менее выражены. В децидуальной оболочке изменения сходны с таковыми при СД типа 1. Альдегид-фуксин позитивный материал в виде мелкой, нежной зернистости выявляется в цитоплазме единичных децидуальных клеток. Кислые гликозаминогликаны определяются исключительно в децидуальной оболочке (как в контроле). Обнаруживаются немногочисленные кальцификаты. Таким образом, при изучении плацент у женщин с сахарным диабетом типа 1 отмечаются изменения, характерные для всех структурных уровней, в основе которых лежат явления нарушения кровообращения, альтерации, отека.

**Заключение**

Приведенные факты обосновывают необходимость досрочного родоразрешения для предотвращения антенатальной гибели плода при СД типа 1 у матери.

**Литература**

1. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. М.1999.  
2. Павлова Т.В., Петрухин В.А., Терехова Н.В., Завалишина Л.Э., Павлова П.А. Клинико-морфологические исследования при СД у матери. //Вестник Росс.ассоц. акушер-гинекологов, № 1, 1998.  
3. Foidart I.M., Seak-San S, Emonts P., Schaaps I.P. Vascular placental pathology in high-risk groups:definition and synopsis. //Ann. Med Interne. 2003; 154 (5-6): 332-9.  
4. Neiger R. Fetal macrosomia in the diabetic patient. Clin. Obstet. Gynecol. 1992; (35) 138-150.  
5. Pietryga M., Biczysko W., Wender-Ozegowska E., Brazert I., Bieganska E., Biczysko R. Ultra-structural examination of the placenta in pregnancy complic. by diabetes mellitus. //Gyn. Pol., 2004; 75 (2): 111-8.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Պլացենտայի մորֆոֆունկցիոնալ առանձնահատկությունները դիաբետով տառապող մայրերի մոտ**

Ռ.Ա.Աբրահամյան, Լ.Գ.Խաչատրյան, Ս.Գ.Խաչատրյան, Լ.Ռ.Աբրահամյան, Ա.Ս.Կանայան, Ն.Վ.Հարությունյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ, Կլինիկական պարոլոգիայի համալսարանական կլինիկա - ԵրԴԲՀ)

**Դետազոտության նպատակը.** Պլացենտայի մորֆոֆունկցիոնալ վիճակի ուսումնասիրություն տիպ մեկ շաքարային դիաբետով և գեստացիոն դիաբետով հիվանդ հղիների մոտ:

**Դետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Պլացենտայի մորֆոֆունկցիոնալ վիճակն ուսումնասիրվել է տիպ մեկ շաքարային դիաբետով 22 և գեստացիոն դիաբետով 10 հղիների մոտ:

**Դետազոտության արդյունքները.** Տիպ մեկ շաքարային դիաբետով հղիների պլացենտայի հետազոտման արդյունքում հայտնաբերվել են փոփոխություններ կառուցվածքային բոլոր մակարդակներում՝ արյան շրջանառության խախտում, հյուսվածքների վնասվածք և այտուցներ: Գեստացիոն դիաբետով հղիների մոտ պլացենտայի մորֆոֆունկցիոնալ փոփոխություններն ավելի թույլ են արտահայտված:

**Եզրակացություն.** Ներկայացված տվյալները հիմնավորում են տիպ 1 շաքարային դիաբետով հղիներին վաղաժամ ծննդալուծելու անհրաժեշտությունը՝ պտղի ներարգանդային մահը կանխելու նպատակով:

**Հիմնական բառեր.** շաքարային դիաբետ, գլիկոզամինոգլիկաններ, գլիկոպրոտեիդներ, ալդեհիդ-ֆուքսին դրական նյութ:

**SUMMARY**

**Morphofunctional peculiarities of the placenta of mothers suffering from diabetes**

R.A.Abramyan, L.G.Khachatryan, S.G.Khachatryan, L.R.Abramyan, A.S.Kanayan, N.V.Harutunyan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Pathohistological Laboratory of Yerevan State Medical University Clinical Center)

**Objectives:** To study morphofunctional status in placentas of pregnant women with type 1 diabetes mellitus and gestational diabetes.

**Materials and methods:** We studied morphofunctional status in placentas of 22 mothers-to-be with type 1 diabetes mellitus and 10 mothers with gestational diabetes.

**Results:** In all structural levels of the placenta of women with type 1 diabetes mellitus were detected significant changes: distortions in blood circulation, alterations and oedema. Placentas in women with gestational diabetes show subtle morphofunctional changes.

**Conclusion:** To prevent antenatal deaths of fetuses, the presented facts substantiate the early confinement of pregnant women with type 1 diabetes mellitus.

**Key words:** diabetes mellitus, glycosaminoglycans, glycoproteids, aldehyde-fuchsin positive cells.

Ր.Ա.Աբրամյան\*, Գր.Գ.Օկոբյան\*\*, Լ.Ր.Աբրամյան\*

**Особенности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин пременопаузального возраста**

\*Институт перинатологии, акушерства и гинекологии

\*\*Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка

**Цель исследования:** Определение эффективности лечения и профилактики гиперпластических процессов эндометрия гестагенами

**Материал и методы исследования:** Под наблюдением находились 65 пациенток перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Все пациентки были разделены на 3 группы: I группа – 26 (40%) пациенток получали лечение норколутом, II группа – 21 (32,3%) женщины получали лечение дюфастоном, III группа – 18 (27,7%) - получали лечение 17-оксипрогестерон капронатом (17-ОПК).

**Результаты исследования:** Непосредственные результаты гормонального лечения оказались благоприятными у женщин во всех возрастных группах (45 больных – 69,1%) и особенно в возрастной группе 40-45 лет (16 больных – 94,1%). Анализ эффективности гормонального лечения в зависимости от морфологической формы гиперпластического процесса выявил, что наиболее результативным было лечение железистой гиперплазии с воспалением и полипов на фоне железистой гиперплазии. Наилучшие результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия были получены при лечении норколутом. До лечения гестагенами выявлена гиперактивность гонадотропной функции гипофиза и яичников. Через 6 месяцев от начала лечения уровни фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), лютеинизирующий гормон (ЛГ) и эстрадиола снижаются, однако через 12 мес. наблюдается тенденция к повышению содержания ФСГ, ЛГ, эстрадиола.

**Заключение:** Гормональное лечение гиперпластических процессов эндометрия не приводит к нормализации нарушенных функций регуляторных систем, что объясняет высокий процент рецидивов гиперпластических процессов эндометрия и относительно низкую эффективность при лечении гестагенами.

**Ключевые слова:** гестагены, гиперплазия эндометрия.

Среди гинекологических заболеваний гиперпластические процессы эндометрия занимают особое место. Высокая распространенность этой патологии, связь с различными функциональными нарушениями менструального цикла и эндокринопатиями, риск предрака и рака эндометрия – все это определяет актуальность проблемы лечения данного заболевания. Кроме того, самый частый симптом гиперплазии эндометрия – маточные кровотечения – является частой причиной обращения больной к гинекологу [1, 4].

Известно, что в большинстве случаев в периме-

нопаузальном возрасте диффузные гиперпластические процессы эндометрия развиваются на фоне гиперэстрогении, обусловленной ановуляцией. Гиперпластические процессы эндометрия возникают как следствие повышения абсолютных концентраций эстрадиола (персистенция фолликула), так и в результате длительных "неприкрытых" эстрогенных влияний [3, 5].

Основа лечебной стратегии при гиперплазии эндометрия – минимизация эстрогенного воздействия на эндометрий. Классической терапией при гиперплазии эндометрия в пери-



менопаузальном возрасте является введение гестагенов, оказывающих антипролиферативное действие на эндометриальные клетки [2].

**Цель исследования**

Целью настоящего исследования явилась определение эффективности лечения и профилактики гиперпластических процессов эндометрия гестагенами.

**Материал и методы исследования**

Под наблюдением находились 65 пациенток перименопаузального возраста с гиперпластическими процессами эндометрия. Возраст пациенток колебался от 40 до 55 лет, составляя в среднем 47,5±0,4 года.

Критерием включения в исследование являлись наличие морфологически подтвержденного гиперпластического процесса эндометрия и отсутствие гормональной терапии в течение 6 мес. и более до проведения исследования. Критерием исключения из исследования была атипическая гиперплазия эндометрия.

Диагноз гиперплазии эндометрия ставился на основании клинических симптомов, абдоминального и вагинального УЗИ, гистероскопии, а также гистологического исследования эндометрия. УЗИ исследование органов малого таза проводили с помощью ультразвукового аппарата "Toshiba SAL-77A и аппарата Sonoline Adara с трансвагинальным датчиком с частотой 3,5-5 и 7,5 МГц. Гистероскопия производилась с помощью жесткого 4-миллиметрового гистероскопа фирмы "Karl Storz" (Германия). Гистологическое исследование проводили общепринятыми методами при окрашивании гематоксилином и эозином.

Забор крови для гормональных исследований (фолликулостимулирующий гормон – ФСГ, лютеинизирующий гормон – ЛГ, эстрадиол) проводился в день выскабливания полости матки и через 6 и 12 мес. после лечения. Все па-

циентки были разделены на 3 группы: I группа – 26 (40%) пациенток получали лечение норколутом, II группа – 21 (32,3%) женщина получали лечение дюфастоном, III группа – 18 (27,7%) – получали лечение 17-оксипрогестерон капронатом (17-ОПК).

Курс лечения составил 6 месяцев. Норколут применялся по 5-10 мг в сутки в непрерывном или контрацептивном режиме (с 5 по 25 день менструального цикла). Дюфастон назначался по 20 мг в сутки в циклическом режиме с 11 по 25 день менструального цикла или с 5 по 25 день цикла. 17-ОПК назначали по 250-500 мг 2-3 раза в неделю. Эффективным считалось лечение, после проведения которого гиперпластические процессы эндометрия и маточные кровотечения отсутствовали. Неэффективным считалось лечение, при котором наблюдается сохранение жалоб и наличие гиперплазии эндометрия при контрольном эхографическом или гистологическом исследовании соскоба эндометрия. Рецидив заболевания оценивался при выявлении в течении 12 месяцев после отмены гормонального лечения кровотечений и гиперпластических процессов эндометрия.

**Результаты исследования и обсуждение**

На момент включения в исследование у всех пациенток были нарушения менструального цикла: длительные менструации в сочетании с межменструальными кровянистыми выделениями различной интенсивности (43,1%), обильные длительные менструации (35,4%), ациклические кровотечения (21,5%). У 10,8% пациенток по поводу рецидивирующих маточных кровотечений было произведено от 1 до 3 выскабливаний матки, остальные 89,2% первично обратились за медицинской помощью. При объективном осмотре у женщин был определен индекс массы тела, который колебался от 20,5 кг/м<sup>2</sup> до 40,0 кг/м<sup>2</sup> и составлял в среднем 28,5±0,8 кг/м<sup>2</sup>. Избыточная масса тела определялась у 23 (35,4%), ожирение – у 29 (44,6%). Гистологические формы гиперплазии эндометрия представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Морфологическая структура гиперплазии эндометрия в зависимости от возраста пациенток**

Морфологические формы гиперплазии	Возраст пациенток		
	40-45 n=17	46-50 n=37	51-55 n=11
Железистая гиперплазия (очаговая, диффузная)	7 (41,2%)	9 (24,3%)	2 (18,2%)
Железистая гиперплазия с воспалением (очаговая, диффузная)	7 (41,2%)	12 (32,5%)	1 (9,1%)
Железисто-фиброзный полип на фоне железисто-кистозной гиперплазии с воспалением и без нее	2 (11,7%)	5 (13,5%)	3 (27,3%)
Железисто-кистозный полип на фоне железисто-кистозной гиперплазии с воспалением и без нее	1 (5,9%)	11 (29,7%)	5 (45,4%)

Обращает на себя внимание то, что с увеличением возраста уменьшается частота различных вариантов гиперплазии эндометрия и возрастает частота полипов эндометрия на фоне гиперплазии. Оценка результатов гормонального лечения проводилась в зависимости от возраста, морфологической формы гиперплазии и вида гормонального лечения. Непосредственные результаты гормонального лечения оказались благоприятными у женщин во всех возрастных группах (45 больных – 69,1%) и особенно в возрастной группе 40-45 лет (16 больных – 94,1%). Однако в конечном результате (через 6-12 месяцев после отмены лечения) выздоровле-

ние отмечено у 64,7% больных в возрасте 40-45 лет, у 43,2% больных в возрасте 46-50 лет и у 27,3% в возрасте 51-55 лет (таб. 2).

Как видно из таблицы 2 наиболее эффективным оказалось лечение в возрастной группе 40-45 лет и худшие результаты оказались в возрастной группе 51-55 лет, так как у каждой 2-ой женщины наступил рецидив заболевания. Анализ эффективности гормонального лечения в зависимости от морфологической формы гиперпластического процесса выявил, что наиболее результативным было лечение железистой гиперплазии с воспалением и полипов на фоне железистой гиперплазии (таб. 3).

**Таблица 2. Результаты гормонального лечения в зависимости от возраста**

Исходы лечения		Возрастные группы		
		40-45 лет n=17	46-50 лет n=37	51-55 лет n=11
Эффективное лечение	стойкое	11 (64,7%)	16 (43,2%)	3 (27,3%)
	рецидив	5 (29,4%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)
Неэффективное лечение		1 (5,9%)	14 (37,8%)	5 (45,5%)

**Таблица 3. Оценка эффективности гормонального лечения гиперпластических процессов эндометрия в зависимости от ее морфологической формы**

Вид морфологических изменений	Эффективное лечение		Неэффективное лечение
	стойкое	рецидив	
Железистая гиперплазия n=18	4 (22,2%)	5 (27,8%)	9 (50%)
Железистая гиперплазия с воспалением n=20	14 (70%)	-	6 (30%)
Железисто-фиброзный полип на фоне железисто-кистозной гиперплазии с воспалением эндометрия и без нее n=10	6 (60%)	4 (40%)	-
Железисто-кистозный полип на фоне железисто-кистозной гиперплазии с воспалением эндометрия и без нее n=17	6 (35,3%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)

**Таблица 4. Результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия в зависимости от вида препарата**

Исходы лечения		Возрастные группы		
		Норколут n=26	Дюфастон n=21	17- ОПК, n=18
Эффективное лечение	стойкое	11 (61,5%)	10 (47,6%)	4 (22,2%)
	рецидив	4 (15,4%)	5 (23,8%)	6 (33,4%)
Неэффективное лечение		6 (23,1%)	6 (28,6%)	8 (44,4%)

**Таблица 5. Уровни гормонов в крови у женщин с гиперплазией эндометрия**

Показатели	До лечения	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
ФСГ МЕ/л	23,0 (19,9-26,1)*	16,7 (13,1-19,9)	19,2 (16,1-23,3)*	13,3 (9,7-16,9)
ЛГ МЕ/л	13,5 (11,1-16,2)	11,6 (8,4-13,7)	12,9 (9,1-15,8)	11,2 (6-8-15,6)
Эстрадиол пмоль/л	584,4 (512,1-653,7)*	489,4 (445,1-530,7)*	511,8 (477,3-584,4)*	359,2 (293,5-354,2)

\* достоверность различий с контрольной группой

Наилучшие результаты лечения гиперпластических процессов эндометрия были получены при лечении норколутом. Наибольшее число рецидивов наблюдалось при лечении 17-ОПК (таб. 4). Как видно из таблицы 4, эффект в процессе лечения норколутом и дюфастоном был приблизительно одинаков. Сразу после окончания лечения норколутом благоприятные результаты были получены у 20 (76,9%) женщин; после лечения дюфастоном – у 15 (71,4%) пациенток. При лечении 17-ОПК в 55,6% наблюдений отмечалось отсутствие обильных маточных кровотечений, однако больные жаловались во время приема 17-ОПК на побочные эффекты: повышение АД, отеки и межменструальные кровянистые выделения. В конечном итоге, через 12 мес. наблюдения эффективное лечение выявлено у 16 (61,5%) больных, принимавших норколут, у 10 (47,6%) принимавших дюфастон и у 4 (22,2%), принимавших 17-ОПК. Лечение гестагенами проводилось под контролем уровней гормонов в плазме крови. Полученные результаты сравнивались с соответствующими показателями здоровых женщин перименопаузального возраста (Фролова Н.Г., 2002) (таб.5).

Как видно из таблицы 5, до лечения гестагенами у больных с гиперпластическими процессами эндометрия выявлена гиперактивность гонадотропной функции гипофиза и яичников (повышенная секреция ФСГ (p < 0,05), ЛГ и эстрадио-

ла (p < 0,05). Через 6 месяцев от начала лечения уровни ФСГ, ЛГ и эстрадиола снижаются, однако полного восстановления показателей ФСГ и эстрадиола по сравнению с нормативными данными не происходит. Через 12 мес. наблюдения после лечения наблюдается тенденция к повышению содержания ФСГ, ЛГ, эстрадиола, однако эти значения не доходят до исходных.

**Закключение**

Таким образом, гормональное лечение гиперпластических процессов эндометрия не приводит к нормализации нарушенных функций регуляторных систем, в частности, системы гипоталамус-гипофиз-яичники, что объясняет высокий процент рецидивов гиперпластических процессов эндометрия и относительно низкую эффективность при лечении гестагенами.

**Литература**

1. Акулинина И.Н. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода лечения больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Автореф. дисс.... к.м.н. - 2002 - 21с.
2. Капшусева Л.М., Комарова С.В., Ибрагимова З.А., Коган О.М. Выбор метода терапии гиперплазии эндометрия в перименопаузе. // Акушерство и гинекология. - 2005. - № 6. - с. 37-42.
3. Савицкий Г.А. Локальная гиперэстроидемия матки в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия. //Вопросы онкологии. - 1991. - 37 - № 2. - с. 179-184.
4. Турлак Е.В. Комплексный подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе. // Материалы тезисов Международного конгресса "Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии". - М. - 2006. - с. 188.
5. Fraser J.S. Overviews of treatment options for dysfunctional uterine bleeding in 2006. FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. - Nov 5-10 2006. - Kuala Lumpur., Malaysia. - Book of Abstracts № 4. - p. 5.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ փոփոխությունների հորմոնային բուժման առանձնահատկությունները նախադաշտանադադարային տարիքի կանանց մոտ**

Ռ.Ա.Աբրահամյան, Գր.Գ.Օկոև, Լ.Ր.Աբրահամյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ, Սոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոն)

**Հետազոտության նպատակը.** Որոշել գեստագեններով բուժման արդյունավետությունը արգանդի լորձաթաղանթի հիպերպլաստիկ փոփոխությունների դեպքում:

**Հետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Հետազոտվել են շուրջդաշտանադադարային տարիքի էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ փոփոխություններ ունեցող 65 կին: Վերջիններս բաժանվել են 3 խմբի. I խումբ՝ 26 կին, որոնք ստացել են մորկոլուտ, II խումբ՝ 21 կին, որոնք ստացել են դուֆաստոն, III խումբ՝ 18 կին, որոնք ստացել են 17-ՕՊԿ:

**Հետազոտության արդյունքները.** Հորմոնալ բուժման անմիջական արդյունքները բոլոր տարիքային խմբերում (69,1%) դրական են, հատկապես 40-45 տարիքային խմբում (94,1%): Կախված հիպերպլազիայի մորֆոլոգիական ձևից, հորմոնալ բուժման արդյունավետության վերլուծությամբ պարզվեց, որ գեղձային հիպերպլազիայի բուժումը և գեղձային հիպերպլազիայի ֆոնի վրա պոլիպների բուժումն առավել արդյունավետ են: Լավագույն ցուցանիշները ստացվել են մորկոլուտի կիրառման դեպքում: Մինչև բուժումը հայտնաբերվել էր հիպոֆիզի հոնադոտրոպ ֆունկցիայի և ձվարանների հիպերակտիվություն: Բուժումը սկսելու պահից 6 ամիս անց ֆոլիկուլալիթաանող, լուտեինիզացնող հորմոնների և էստրադիոլի մակարդակը համեմատաբար իջել է, սակայն 12 ամիս անց այն դրսևորում է բարձրանալու միտում:

**Եզրակացություն.** Էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ փոփոխությունների հորմոնալ բուժումը չի բերում հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-ձվարաններ համակարգի խանգարված ֆունկցիայի կանոնավորման, ինչով բացատրվում է արգանդի լորձաթաղանթի կրկնվող հիպերպլազիաների բարձր տոկոսը և գեստագեններով բուժման համեմատաբար ցածր արդյունավետությունը:

**Հիմնական բառեր.** գեստագեններ, էնդոմետրիումի հիպերպլազիա:

**SUMMARY**

**The peculiarities of hormonal treatment of the hyperplastic processes of the endometrium among women in perimenopause**

R.A.Abrahamyan, Gr.G. Okoev, L.R.Abrahamyan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology; Research Center of Mother and Child Health Protection)

**Objectives:** To determine the effectiveness of the endometrial hyperplastic processes prevention though the application of gestagens.

**Material and methodology:** 65 patients of perimenopausal age with hyperplastic processes of the endometrium had been under observation. All patients were divided into 3 groups: the I group encompassed 26 (40%) patients who received treatment with norcolute, patients of the II group – 21 women (32.3%) – received treatment with dufastone, and women of the III group – 18 (27.7%) – received treatment with 17-oxyprogesterone-kapronate (17- OPK).

**Results:** The short-term results of the hormonal therapy was successive among women at all age categories (45 patients – 69.1%) and particularly, in the age group of 40-45 (16 patients – 94.1%). The analysis of the effectiveness of the hormonal therapy adjusted to the morphological characteristics of the hyperplastic process, revealed a more effective treatment outcome in cases of glandular hyperplasia with inflammation and polyposis with a background of glandular hyperplasia. The best treatment outcome was observed during the treatment with norcolute. Before treatment with gestagens, hyperactivity of the honadotropic activity of the hypophysis and ovaries was detected. After 6 months of treatment initiation, the levels of folliculostimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and estradiol decreased; however, after 12 months the concentration of FSH, LH and estradiol showed an increasing trend.

**Conclusion:** The hormonal treatment of the hyperplastic processes of the endometrium does not lead to the improvement of the impaired functions of the regulatory system which determines the high percentage of recurrence of the hyperplastic processes of the endometrium and relatively low effectiveness of treatment with gestagens.

**Key words:** gestagens, endometrial hyperplasia.

Ր.Ա.Աբրամյան, Թ.Լ.Սուլտանյան, Վ.Լ.Մանվելյան, Ք.Լ.Մանվելյան, Լ.Ք.Աբրամյան

### Ближайшие результаты одновременно проведенных акушерско-гинекологических и флебологических операций

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии,  
Медицинский центр "Шенгавит"

**Цель исследования:** Разработка современных подходов в лечении варикозной болезни и ее осложнений у больных акушерско-гинекологического контингента.

**Материал и методы исследования:** Анализу были подвергнуты 22 больные акушерско-гинекологического профиля, которые страдали варикозной болезнью нижних конечностей (СЕАР\* 2-4).

**Результаты исследования:** Проанализированы данные одновременно произведенных акушерско-гинекологических и флебологических операций (кроссэктомия или сочетанная традиционная и эндоскопическая трансиллюминационная флебэктомия). Операции явились малотравматичными для больных и не привели к удлинению течения операции. Ни в одном случае не отмечалась тромбоэмболия легочной артерии.

**Заключение:** Одновременное проведение акушерско-гинекологических и флебологических операций у женщин с сочетанными патологиями представляет собой полноценную хирургическую тактику лечения, обуславливающую снижение вероятности тромбозов и тромбоэмболии, а также экономичность.

**Ключевые слова:** больные акушерско-гинекологического контингента, варикозная болезнь нижних конечностей.

Варикозная болезнь нижних конечностей и, как следствие, хроническая венозная недостаточность (ХВН) в настоящее время являются весьма распространенной патологией сосудистой системы человека. Различные формы ХВН можно обнаружить более чем у половины населения, причем их частота у женщин составляет 62,3%, у мужчин - 21,8% с ежегодным приростом заболеваемости на 2,6% для женщин и на 2,0% у мужчин [1, 2]. По данным ряда авторов венозная недостаточность выявляется в 35,0% случаев у беременных, при чем у 96,0% из них она впервые появляется во время беременности [3].

Несмотря на возросшее за последние два десятилетия количество гинекологических операций, тромбоз вен нижних конечностей и порождаемая им тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) примерно в 40,0% случаев приводит к летальным исходам [4]. Актуальность обуславливает решение вопросов диагностики, современных методов лечения и профилактики венозных патологий, в частности, варикозной болезни в акушерско-гинекологической практике.

#### Цель исследования

Целью данного исследования является разра-

\* СЕАР - clinical, etiologic, anatomic, and pathologic

ботка современных подходов в лечении варикозной болезни и ее осложнений у акушерско-гинекологических больных.

#### Материал и методы исследования

Лечебная работа была осуществлена у 22-х больных акушерско-гинекологического профиля. Средний возраст гинекологических пациенток составлял 54,7 лет. В данный контингент были включены 16 (73,0%) больных гинекологического профиля, из них: больные с миомой матки 4 (25,0%), миомой матки и аденомиозом 5 (31,3%), пролапсом матки 3 (18,8%), гиперплазией эндометрия 4 (25,0%). Кесарево сечение было произведено 6 (27,0%) беременным, средний возраст которых составил 26,6 лет. Весь контингент больных страдал варикозной болезнью вен нижних конечностей. Обследование включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, цитологическое исследование шейки матки, исследование влагалищного мазка и аспирационного биоптата эндометрия. Женщинам старше 35-и лет проводилось маммографическое исследование. Во всех случаях было произведено дуплексное сканирование, рентгеноскопия грудной клетки, электрокардиогра-

фия, а также клинико-лабораторные анализы.

Гинекологические операции были произведены у всего контингента больных под общей анестезией в 2-х случаях (9,1%), и в 20-и (90,9%) – под спинно-мозговой.

Хирургические вмешательства по поводу акушерских и гинекологических патологий были следующими: вагинальная гистерэктомия с придатками – 6 (27,3%), вагинальная гистерэктомия с придатками с лапароскопической ассистенцией – 1 (4,6%), вагинальная гистерэктомия без придатков – 3 (13,6%), вагинальная гистерэктомия без придатков с лапароскопической ассистенцией – 1 (4,6%), абдоминальная гистерэктомия – 2 (9,1%), вагинальная гистерэктомия с пластикой влагалища – 3 (13,6%), кесарево сечение – 6 (27,0%).

Одновременно произведенные флебологические операции включали: одностороннюю кроссэктомия в 7-и (31,8%) случаях, двухстороннюю кроссэктомия – в 11-и (50,0%) случаях, сочетанную традиционную и эндоскопическую флебэктомия – в 4-х (18,2%) случаях.

#### Результаты исследования и обсуждение

Выполнение акушерско-гинекологической операции в сочетании с кроссэктомией или эндоскопической трансиллюминационной флебэктомией (ЭТФ) у женщин с акушерско-гинекологической патологией и варикозной болезнью не привело к удлинению течения операции. Послеоперационный период протекал гладко, раны заживали первичным натяжением. Активация больных начиналась через 8-10 часов. Передняя брюшная стенка была спокойна. Кишечник функционировал через 24-28 часов самостоятельно. Отмечался нормальный диурез. Гипертермия отсутствовала. Выделения из половых путей слизистые. Пациентки выписывались на 2-3 день после операции.

Одновременно проведенные вышеуказанные

операции явились экономичными во времени и малотравматичными для больных. Хотелось бы подчеркнуть приоритетность осуществления малотравматических хирургических методик, что привело к короткому сроку пребывания больных в послеоперационном периоде. Известно, что сокращение длительности постельного режима после хирургических вмешательств – один из действенных способов предотвращения венозного застоя. С этих позиций анестезиологическое обеспечение операции и характер самого предложенного нами хирургического вмешательства предусматривает возможность активации пациенток спустя 8-10 часов после завершения операции. Мы согласны с данными Брайана Дж. Поллард [5], что эпидуральная или спинно-мозговая анестезия является более контролируемой и безопасной для пациентов, поскольку позволяет сохранить вербальный контакт с больными и рано активизировать пациенток в послеоперационном периоде. Вместе с тем, благодаря созданию симпатического блока данная анестезия снижает сосудистое сопротивление и понижает вязкость крови.

Точная оценка патофизиологических и патоморфологических процессов в каждом конкретном случае позволяет определить тактику лечения акушерско-гинекологических больных с новых позиций.

Необходимо подчеркнуть роль низкомолекулярного гепарина в комплексе лечебных мероприятий у описываемого в настоящей работе контингента больных как метод профилактики возможного венозного тромбоза и ТЭЛА. Данный подход, обсуждаемый многочисленными клиницистами в иностранной литературе успешно применяется и в Армении.

Мы согласны с автором [6], что низкомолекулярный фракционированный гепарин удобен в применении и его использование должно носить протокольный характер в пред- и послеоперационном периоде у пациенток с различными формами ХВН.

Заключение

Одновременное проведение акушерско-гинекологических и флебологических операций у женщин с сочетанными патологиями представляет собой полноценную хирургическую тактику лечения, обуславливающую снижение вероятности тромбозов и тромбоэмболии, а также финансовую экономичность. Ко всему вышеизложенному можно также добавить фактор удобства лечения для больной.

ԱՍՓՈՓՈՒՄ

Միաժամանակ կատարված մանկաբարձա-գինեկոլոգիական և անոթաբանական վիրահատությունների մոտակա արդյունքները

Ռ.Ա.Աբրահամյան, Տ.Լ.Սուլթանյան, Վ.Լ.Մանվելյան, Ռ.Լ.Մանվելյան, Լ.Ռ.Աբրահամյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ, "Շենգավիթ" բժշկական կենտրոն)

Չետազոտության նպատակը. Օպտիմալ ախտորոշման ընտրությունը, ինչպես նաև վարիկոզ հիվանդության ժամանակակից բուժման և դրա բարդությունների լուծումը մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդների մոտ:

Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Չետազոտվել է մանկաբարձագինեկոլոգիական պրոֆիլի 22 հիվանդ, որոնք տառապում են ստորին վերջույթների վարիկոզ հիվանդությամբ (CEAP 2-4):

Չետազոտության արդյունքները. Միաժամանակ կատարված մանկաբարձագինեկոլոգիական և անոթաբանական վիրահատությունները (կրոսսեկտոմիա կամ զուգակցված ավանդական և էնդոսկոպիկ տրանսիլուսինալ ֆլեբեկտոմիա) քիչ տրավմատիկ էին հիվանդների համար և չնպաստեցին վիրահատության ընթացքի երկարացմանը: Դեպքերից ոչ մեկում չի նշվել թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիա:

Եզրակացություն. Մանկաբարձագինեկոլոգիական և անոթաբանական վիրահատությունների միաժամանակյա կատարումը՝ զուգակցված պաթոլոգիայով կանանց մոտ, վիրաբուժական բուժման լիարժեք եղանակ է, որը պայմանավորում է տրոմբոզների և տրոմբոէմբոլիաների հավանականության նվազում, ինչպես նաև ֆինանսական խնայողականություն:

Դիմական բաներ. մանկաբարձագինեկոլոգիական հիվանդներ, ստորին վերջույթների վարիկոզ հիվանդություն:

SUMMARY

The short-term outcomes of simultaneously conducted obstetrical-gynecological and phlebological surgeries

R.A.Abrahamyan, T.L.Sultanyan, V.L.Manvelyan, R.L.Manvelyan, L.R.Abrahamyan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Medical Center "Shengavit")

Objectives: To evaluate modern approaches in the treatment of varicous vein disease and its complications among obstetrics-gynecological patients.

Material and methodology: We observed 22 obstetric-gynecologic patients with varicous vein disease (CEAP 2-4) of lower extremities.

Results: Data on the simultaneously conducted surgeries both obstetric-gynecologic and phlebologic (crossotomy or combined traditional and endoscopic transillumination phlebectomy) were analyzed. Both surgeries turned to be less invasive for the patients and did not lead to the extension of the operative time. There was no recorded case of pulmonary thromboembolia.

Conclusion: The simultaneous obstetrical-gynecological and phlebological operations among women with combined pathologies represent a comprehensive approach to a surgical treatment for similar cases, which stipulates a decreased probability of thrombosis and thromboembolism development as well as proves to be more cost-effective.

Key words: obstetrics-gynecological patients, varicose vein disease of lower extremities.

Литература

- 1. Каралкин А.В., Альбицкий А.В., Кузнецов А.Н. Патогенез и диагностика хронической венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему. Тер.арх. 2004; 76(10): 63-8.
2. Орджоникидзе Н.В., Гуртовой Б.Л. Ангиопротектор гинкор форт в профилактике осложненной варикозной болезни у беременных и родильниц. Акуш. и гинек. 2001; 6:445.
3. Мурашко А.В. Проф. применение Лиотон-1000 у родильниц с хрон. вен. недостаточностью. Проблема беременности. 2000, 1:62-4.
4. Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилио Новаку, Москва, Практика, 2002, 896 с.
5. Брайан Дж. Поллард. Руков. по анестезии. Москва, 2006, 912 с.
6. Lerperca J., Conard J., et al. Venous thromboembolism during pregnancy: a retrospective study of enoxaparin safety in 624 pregnancies, Br. J. Obstet Gynaecol., 2001, 108, 1134-40.

И.Г.Бегларян

Лечение полипов эндометрия в репродуктивном возрасте с применением гистерорезектоскопии

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии, Центр планирования семьи и сексуального здоровья

Цель исследования: Целью настоящего исследования являлась повышение эффективности диагностики и лечения больных с полипами эндометрия при применении гистерорезектоскопии.

Материал и методы исследования: Нами были обследованы и подверглись оперативным методам лечения с применением гистерорезектоскопии 71 больная с маточными кровотечениями на фоне полипов эндометрия.

Результаты исследования: У 63 (88,7%) больных с полипами эндометрия, в анамнезе отмечались от 2 до 7 диагностических выскабливаний полости матки, причём, при гистологическом исследовании материала, полученного при выскабливании, находили полипы или обрывки атрофического эндометрия. Эти данные свидетельствуют о том, что при выскабливаниях, производимых без гистероскопии, полипы не были удалены полностью, гормональная терапия оказалась неэффективной.

Заключение: Применение современной гистероскопической технологии является оптимальным методом для диагностики и лечения при внутриматочной патологии. Адекватное использование гистерорезектоскопии позволяет не только приблизить точность диагностики к 100%, но и обеспечивает проведение органосохраняющих операций, восстановление фертильности и улучшение качества жизни.

Ключевые слова: полип эндометрия, маточные кровотечения, гистерорезектоскопия, полипэктомия.

Маточные рецидивирующие кровотечения (меноррагии и метроррагии) на фоне полипов эндометрия приводящие к анемии, часто являются показанием к удалению матки [1, 3].

Гормональная терапия не всегда дает положительный эффект, а некоторым женщинам она противопоказана [2]. На сегодняшний день перспективным является эндохирургическое направление лечения полипов эндометрия [4].

В течение многих лет мы искали различные методы лечения маточных кровотечений, чтобы избежать гистерэктомии и остановились на эндохирургических вмешательствах при полипах эндометрия.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась повышение эффективности диагностики и лечения больных с полипами эндометрия при применении гистерорезектоскопии.

Материал и методы исследования

Нами были обследованы и подверглись оперативным методам лечения с применением гистерорезектоскопии 71 больная с маточными

\* Рисунки во вкладыше.

кровотечениями на фоне полипов эндометрия.

Результаты исследования и обсуждение

У 63 (88,7%) из обследованных больных в анамнезе отмечались от 2 до 7 диагностических выскабливаний полости матки, причём, при гистологическом исследовании материала, полученного при выскабливании, находили полипы или обрывки атрофического эндометрия. Эти данные свидетельствуют о том, что при выскабливаниях, производимых без гистероскопии, полипы не были удалены полностью, гормональная терапия оказалась неэффективной.

При диагностической гистероскопии полипы эндометрия визуализировались как единичные округлые или овальные образования бледного цвета различных размеров, легко смещаемые током жидкости (рис. 1, 2\*).

По гистологическому строению выявляемые полипы эндометрия были: фиброзные, железисто-кистозные, железисто-фиброзные и аденоматозные.

Фиброзные полипы эндометрия при гисторо-

скопии определялись в виде единичных образований бледного цвета, округлой или овальной формы, чаще небольших размеров (от 0,5x1 до 0,5x1,5см). Эти полипы обычно имели ножку, плотную структуру, гладкую поверхность, васкуляризованы незначительно. В 4 случаях при фиброзных полипах эндометрия больших размеров во время обзорной гистероскопии нами была допущена диагностическая ошибка: поверхность полипа, плотно прилегающего к стенке матки, была принята за атрофичную слизистую оболочку полости матки. Учитывая это, мы прибегали к панорамному обзору полости матки. Мы заново последовательно осматривали все стенки полости и устья маточных труб с постепенным извлечением телескопа до внутреннего зева и только после этого окончательно извлекали гистероскоп.

При обнаружении полипа мы осматривали его со всех сторон, оценивали величину, локализацию, место прикрепления, длину ножки. В 5 случаях возникали трудности при их дифференциации: фиброзные полипы напоминали подслизистые миомадозные узлы.

Железисто-кистозные полипы эндометрия, в отличие от фиброзных, чаще были больших размеров (от 1x2 до 5x6см), определялись в виде единичных образований, но в 3 случаях выявлено одновременно несколько полипов. Полипы были различной формы – продолговатой, конусовидной, неправильной (с перемычками). Поверхность гладкая, ровная, в 2 случаях над ней выступали кистозные образования с тонкой стенкой и прозрачным содержанием. Цвет – бледно-розовый, бледно-жёлтый, серовато-розовый. Нередко верхушка полипа была темно-багрового или синюшно-багрового цвета. На поверхности полипа были видны сосуды в виде сети капилляров.

Аденоматозные полипы эндометрия в 5 наблюдениях локализовались ближе к устьям маточных труб и были небольших размеров (от 0,5x1,5 до 1,5x3,0см), на вид – тусклые, серые,

рыхлые (рис. 3-4). Аденоматозные изменения могут определяться и в ткани железисто-кистозных полипов; в этом случае характер полипа при эндоскопическом исследовании определить не представляется возможным.

В репродуктивном возрасте и пременопаузе полипы эндометрия могут визуализироваться как на фоне гиперплазии эндометрия, так и при нормальной слизистой оболочке в различных фазах менструального цикла.

Расхождений данных гистероскопии с результатами гистологического диагноза у больных с полипами эндометрия нами практически не отмечено.

Результаты наших исследований показали, что полипы эндометрия в позднем репродуктивном возрасте чаще были одиночными, реже выявляли 2 и очень редко – 3. Полипы эндометрия в постменопаузе определяли всегда на фоне атрофичной слизистой оболочки. В одном случае было подозрение на рак эндометрия, что в последующем было подтверждено гистологическим исследованием (рис. 5, 6).

**Методика удаления полипов эндометрия**

При использовании механического метода удаления полипов эндометрия у всех больных (71) нами проведено дополнительное расширение цервикального канала расширителями Гегара до N 12-13. Затем абортцангом прицельно фиксировали полип и удаляли его методом открывания, контролируя процесс при помощи гистероскопии, нередко неоднократно (до полного удаления полипа). В трех случаях при удалении ножки фиброзного полипа возникли затруднения. В этих случаях приходилось дополнительно иссекать ножку полипа ножницами или щипцами, проведенными через операционный канал гистероскопа. Если при первом осмотре удавалось легко идентифицировать ножку полипа, то ее сразу же срезали петлей резектоскопа.

Механический метод удаления полипов эндо-

метрия прост, не требует сложной аппаратуры. Длительность операции, как правило, составляла 5-10 мин.

**Заключение**

На основе вышеприведенного мы можем заключить, что применение современной гистероскопической технологии является оптимальным методом для диагностики и лечения при внутриматочной патологии. Адекватное использование гистерорезектоскопии позволяет не только приблизить точность диагностики к 100%, но и обеспечивает проведение органо-

сохраняющих операций, восстановление фертильности и улучшение качества жизни.

**Литература**

1. Адамян Л.В., Аскольская С.И. // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии). Международный конгресс.-М.-2007.-С.401-405.
2. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. Диагностическая и хирургическая гистероскопия (метод, рекомендации). - М. - 1997. - С.36.
3. Багдасарян А.Р. Роль амбулаторной гистероскопии в диагностике внутриматочной патологии. Дис. ... канд. мед. наук//М. 2002. - 105с.
4. Brooks P.G. Treatment of the patient without intracavitary pathology. Comparison of traditional hysteroscopic techniques for endometrial ablation // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. - 2000. - Vol.27, N2. - P.339-345.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Վերարտադրողական տարիքում էնդոմետրիումի պոլիպների բուժումը հիստերոռեզեկտոսկոպիայի միջոցով**

Ի. Գ.Բեգլարյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ինստիտուտ, Ընտանիքի պլանավորման և սեռական առողջության կենտրոն)

**Չետազոտության նպատակը.** Չետազոտության նպատակն է վերարտադրողական տարիքում հիստերոռեզեկտոսկոպիայի կիրառման միջոցով արգանդային արյունահոսության ախտորոշման և բուժման արդյունավետության բարձրացումը:

**Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Չետազոտվել և հիստերոռեզեկտոսկոպի կիրառմամբ բուժվել է էնդոմետրիումի պոլիպների հետևանքով առաջացած արգանդային արյունահոսությամբ 71 հիվանդ:

**Չետազոտության արդյունքները.** Էնդոմետրիումի պոլիպներով տառապող 63 հիվանդ (88,7 %) անամնեզում նշել են արգանդի խոռոչի քերում 2-7 անգամ: Ընդ որում՝ քերուկների հիստոլոգիական քննության ժամանակ հայտնաբերվել են պոլիպներ կամ ատրոֆիկ էնդոմետրիումի մասեր, ինչը թույլ է տալիս եզրակացնելու, որ արգանդի խոռոչի քերումն առանց հիստերոսկոպիայի կիրառման, ինչպես նաև հորմոնային բուժումն անարդյունավետ են և թույլ չեն տալիս ամբողջությամբ հեռացնել պոլիպները:

**Եզրակացություն.** Ելնելով հետազոտության արդյունքներից, կարելի է ենթադրել, որ հիստերոռեզեկտոսկոպիական տեխնոլոգիան ներարգանդային ախտաբանության ախտորոշման և բուժման օպտիմալ մեթոդ է, այդ թվում էնդոմետրիումի պոլիպների դեպքում: Չիստերոռեզեկտոսկոպի օգտագործումը թույլ է տալիս ոչ միայն բարձրացնել ախտորոշման ճշգրտությունը մինչև 100%, այլև իրականացնել օրգանապահպան վիրահատություններ, վերականգնել կանանց պտղաբերությունը և բարձրացնել նրանց կյանքի որակը:

**Հիմնական բառեր.** էնդոմետրիումի պոլիպներ, արգանդային արյունահոսություն, հիստերոռեզեկտոսկոպիա, պոլիպէկտոմիա:

**SUMMARY**

**Treatment of endometrial polyps of women at childbearing age with hysteroresectoscopy**

I.G.Beglaryan (Institute of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Center of Family Planning and Sexual Health)

**Objectives:** To evaluate how effective the diagnosis and treatment of endometrial polyps with hysteroresectoscopy is in women at childbearing age.

**Material and methodology:** Altogether 71 patients with endometrial polyps and uterine bleeding were examined and treated with hysteroresectoscopy.

**Results:** Sixty-three patients (88,7%) with endometrial polyps had 2-7 curettages of uterine cavity in anamnesis and the histological examination scrape reveals new polyps and fragments of atrophic endometrium. These findings are evidence of incomplete polypectomy with curettage without using of hysteroscopy and inefficiency of hormonal therapy.

**Conclusion:** Application of modern hysteroscopic technology is optimal method for diagnosis and treatment of intrauterine pathology. Adequate usage of hysteroresectoscopy allows increasing the accuracy of diagnosis almost to 100%, performing organ-saving interventions, restoring fertility and improving the quality of life.

**Key words:** endometrial polyp, uterine bleeding, hysteroresectoscopy, polypectomy.

Գր.Գ.Օкоев

**Электродеструкция эндометрия: эффективный метод лечения гиперпластических процессов эндометрия у женщин в перименопаузе**

Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка

*Цель исследования:* Изучение эффективности электродеструкции эндометрия по данным клинического и трансвагинального ультразвукового исследования.

*Материал и методы исследования:* Электродеструкция эндометрия была выполнена у 53 пациенток с различными морфологическими формами гиперпластических процессов эндометрия.

*Результаты исследования:* Через 3 месяца после абляции эндометрия у 77,4% больных отмечалась аменорея, у 22,6% – гипоменорея. К 12 месяцам наблюдения аменорея отмечалась у 84,9% больных, гипоменорея у 15,1%.

У 3,8% пациенток при эхографическом исследовании были выявлены участки ткани эндометрия, типичной локализацией которых была область трубных углов. У остальных пациенток (96,2%) полость матки определялась в виде тонкой гиперэхогенной полоски. Гистерэктомия была проведена двум пациенткам (3,8%) по поводу регенерации эндометрия и рецидивирующих маточных кровотечений.

*Заключение:* Электродеструкция при гиперпластических процессах эндометрия у женщин перименопаузального возраста по своей эффективности сравнима с радикальным хирургическим лечением, является более экономичной и безопасной и может быть рекомендована для широкого практического применения в лечебных учреждениях гинекологического профиля.

*Ключевые слова:* электродеструкция эндометрия, гиперплазия эндометрия.

Меноррагия, являясь основным симптомом гиперпластических процессов эндометрия, нередко приводит к удалению матки у женщин перименопаузального возраста. Около 20-25% гистерэктомий в мире выполняется по поводу чрезвычайно обильных и длительных менструаций. Гистерэктомия – сложная и наиболее травматичная из гинекологических операций, она сопровождается значительным числом осложнений и высокой частотой функциональных расстройств в послеоперационном периоде [1].

Традиционное гормональное лечение гиперпластических процессов эндометрия в перименопаузе характеризуется высокой частотой рецидивов, а также затрудненным выбором гормонального препарата из-за большого числа сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у данного контингента больных [3].

С внедрением в гинекологическую практику гистероскопа при гиперпластических процессах слизистой оболочки тела матки стало возможным разрушать с помощью электрического тока только источник патологической пролиферации – эндометрий, сохранив при этом матку [4].

Электродеструкция или абляция эндометрия выполняется как альтернатива гистерэктомии

при неэффективности медикаментозных методов лечения гиперплазии слизистой оболочки матки у женщин перименопаузального возраста. Электродеструкция эндометрия может быть операцией выбора для пациенток с ожирением и отягощенным со матическим анамнезом (заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хронические заболевания почек и др.), у которых имеются противопоказания к гормональной терапии, а гистерэктомия сопряжена с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений [2, 5].

**Цель исследования**

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности электродеструкции эндометрия по данным клинического и трансвагинального ультразвукового исследования.

**Материал и методы исследования**

Электродеструкция эндометрия была выполнена у 53 пациенток с различными морфологическими формами гиперпластических процессов эндометрия.

Средний возраст составил 47±0,4 лет и колебался от 40 до 54 лет. Большинство пациенток – 62,3% вошли в возрастную группу от 46 до 50 лет. Анализ перенесенных инфекционных заболева-

ний показал, что наиболее распространенными являлись корь (88,7%), ветряная оспа (64,2%), паротит (22,6%), гепатит (22,6%). Из перенесенных оперативных вмешательств наиболее часто встречались аппендэктомии (39,6%), тонзилэктомии (26,4%) и холецистэктомии (7,6%).

Из сопутствующих экстрагенитальных заболеваний наиболее часто наблюдались гипертоническая болезнь (32,1%), варикозное расширение вен (30,2%), заболевания печени и желчевыводящих путей (17,0%).

В структуре нарушений менструального цикла доминировали длительные менструации с обильной кровопотерей (45,3%), ациклические кровотечения (34,0%), менструации, переходящие в кровотечение (20,7%).

В анамнезе всех больных были эпизоды маточных кровотечений и безуспешное гормональное лечение. У 20,8% пациенток по поводу рецидивирующих маточных кровотечений было произведено 2 и более выскабливаний полости матки. Гиперпластические процессы сочетались с другой гинекологической патологией: миома матки величиной до 7-8 недельной беременности (45,3%), хронический сальпингоофорит (34,0%), хронический эндометрит (26,4%). При объективном осмотре ожирение выявлено у 41,5% пациенток, а избыточная масса тела у 35,9%.

Предоперационная подготовка больных для абляции эндометрия проводилась двумя путями. В зависимости от этого пациентки были разделены на 2 подгруппы.

I подгруппа – 20 больных, подготовка проводилась с помощью гормональной супрессии эндометрия – 17-ОПК по 500 мг вводился внутримышечно 2 раза в неделю в течение 6-8 недель. Перед назначением 17-ОПК всем пациенткам проводили отдельное выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

II подгруппа – 33 пациентки, подготовка которых к абляции заключалась в механическом удалении функционального слоя эндометрия во время раздельного выскабливания полости матки и цервикального канала за 3-5 дней до электродеструкции эндометрия.

Полученный материал исследовался гистологически: железистая гиперплазия (43,4%), железистая гиперплазия с воспалением (13,2%), железисто-фиброзный полип (15,1%) и железисто-кистозный полип на фоне железисто-кистозной гиперплазии эндометрия (28,3%). Электродеструкция эндометрия выполнялась гистероскопом фирмы Karl Storz (Германия) с длительной циркуляцией жидкости и 12-градусной оптической системой. В качестве манипуляторов применяли 90-градусную проволочную петлю и шариковый электрод диаметром 3 мм. Источником тока служил генератор Autocon-200. Во всех случаях использовался режущий ток мощностью 80-100 Вт. Растяжение полости матки осуществляли раствором глицина или 5% раствором глюкозы с использованием гистеромата фирмы Karl Storz модель Namou endomat при давлении 100-150 мм рт. ст. Электродеструкция проводилась согласно стандартной методике: петлевым электродом при мощности тока 80-100 Вт в режиме резания удалялся эндометрий на глубине 3 мм в области дна, задней и передней стенок. Затем шариковым электродом при мощности тока 60-76 Вт в режиме коагуляции обрабатывались резецированные участки, а также маточные углы и боковые стенки. При коагуляции стенок матки не доходили до внутренне-го зева 1 см.

**Результаты исследования и обсуждение**

Оценка результатов абляции эндометрия проведена через 3,6 и 12 месяцев.

Эффективным считалось лечение, при котором получена стойкая аменорея или скудные кровянистые выделения – гипоменорея. При обычном течении послеоперационного периода после абляции эндометрия кровяные выделе-

ния разной степени интенсивности продолжались до 7-28 дней после операции. Кровянистые выделения на 17-28 день связаны с отторжением в эти сроки струпа, сформировавшегося на стенках полости матки в результате коагуляционного некроза тканей при воздействии электрического тока.

Анализ менструальной функции выявил, что к 3 месяцам после абляции эндометрия у 77,4% больных отмечалась аменорея, у 22,6% – гипоменорея. К 12 месяцам наблюдения аменорея отмечалась у 84,9% больных, гипоменорея у 15,1%.

Через 3 месяца наблюдения после абляции у 3,8% пациенток при эхографическом исследовании были выявлены участки ткани эндометрия, типичной локализацией которых была область трубных углов. У остальных пациенток (96,2%) полость матки определялась в виде тонкой гиперэхогенной полоски толщиной 1-3 мм. Поздние послеоперационные осложнения были выявлены у 7,6% больных: эндометрит (1,9%), кровотечение (5,7%).

Эндометрит был выявлен у одной больной на 21 сутки после абляции. Был проведен курс антибактериальной терапии с положительным эффектом. Маточное кровотечение наблюдалось на 21-28 сутки и совпадало по срокам со временем отторжения струпа со стенок матки. Кровотечение останавливалось гемостатическими препаратами.

В течении периода наблюдения радикальная операция – гистерэктомия была проведена двум пациенткам (3,8%) по поводу регенерации эндометрия и рецидивирующих маточных кровотечений.

Теоретической предпосылкой для внедрения в клиническую практику электродеструкции эндометрия является известный факт о возможном сохранении биологической жизнеспособности матки после некроза эндометрия, поскольку артерии диаметром более 2 мм на температурное воздействие не реагируют и обеспечивают интактность кровообращения в миометрии [4]. В таких случаях удаление слизистой оболочки

матки, являющейся безусловным субстратом для развития гиперплазии, а в последующем и рака эндометрия, позволяет с высокой степенью вероятности исключить возможное рецидивирование гиперпластических процессов эндометрия и обеспечить профилактику онкологических заболеваний.

Проведение электродеструкции эндометрия после гормональной или механической подготовки показало, что выбор одного из этих методов не оказывает решающее значение на результаты абляции.

Вместе с тем использование механической подготовки позволяет применять электродеструкцию эндометрия у женщин с противопоказанием к использованию гормональных средств, а также сократить время предоперационной подготовки на 3-5 дней, вместо 4-6 недель, требуемых для гормональной супрессии.

В послеоперационном периоде нами не было отмечено ухудшение общего состояния, вегетососудистых или нервно-психических расстройств ни у одной из пациенток. Все прооперированные больные находились в стационаре не более 4-5 дней, возвращались к бытовой деятельности через сутки.

Среди осложнений послеоперационного периода, частота которых составляла 7,6%, встречался эндомиометрит (1,9%) и отсроченные кровотечения (5,7%). Все осложнения были своевременно диагностированы и ликвидированы с помощью этиопатогенетической терапии. При этом, несмотря на малую частоту инфекционно-воспалительных осложнений после абляции эндометрия, мы рекомендуем профилактическое введение антибиотиков широкого спектра действия интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде.

Поздние послеоперационные кровотечения, возникающие на 3-4 неделе после абляции эндометрия, являются не столько осложнением, сколько проявлением закономерного процесса отторжения струпа, сформировавшегося на

стенках полости матки в результате коагуляционного некроза эндометрия под воздействием электрического тока. Во всех случаях кровотечение останавливалось после проведения консервативной гемостатической терапии. Повторная регенерация эндометрия после абляции наблюдалась редко и в основном в области трубных углов (3,8%), что, по-видимому, связано с техническими особенностями операции: из-за высокого риска перфорации в этой зоне использовался электрод с мощностью тока 60-75 Вт.

**Заключение**

Подводя итоги результатов собственного исследования и приведенных в литературе данных, можно заключить, что электродеструкция эндометрия при различных формах его гиперплазии у женщин перименопаузального возраста имеет преимущества перед гормональным лечением, не имеет противопоказаний и лишена побочных действий.

**ԱՄՓՈՓՈՒՄ**

**Էնդոմետրիումի էլեկտրադեստրուկցիան՝ որպես արգանդի լորձաթաղանթի հիպերպլաստիկ փոփոխությամբ շուրջըշաշտանադադարային տարիքի կանանց արդյունավետ բուժում**  
Գր. Գ. Օկոև (Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտական կենտրոն)

**Չետազոտության նպատակը.** Ուսումնասիրել էնդոմետրիումի էլեկտրադեստրուկցիայի արդյունավետությունը կլինիկական և գերծայնային հետազոտության տվյալներով:

**Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Էնդոմետրիումի էլեկտրադեստրուկցիա կատարվել է 53 կնոջ, որոնց մոտ առկա են եղել էնդոմետրիումի հիպերպլաստիկ փոփոխությունների ձևաբանական (մորֆոլոգիական) տարբեր ձևեր:

**Չետազոտության արդյունքները.** Միջամտությունից 3 ամիս անց կանանց 77,4% մոտ դիտվել է դաշտանի բացակայություն, 22,6%՝ հիպոմենորեա: Իսկ 12 ամիս անց ամենորեան առկա էր 84,9% կանանց մոտ, իսկ հիպոմենորեան՝ 15,1% մոտ: 3,8% դեպքում գերծայնային քննությամբ հայտնաբերվել են արգանդի լորձաթաղանթի հատվածներ, որոնք սովորաբար տեղակայված էին փոդային անկյունում: Մնացած 96,2%-ում արգանդի խոռոչը նկարագրվել է որպես շատ բարակ հիպերէխոգեն գիծ: Չիստերէկտոմիա կատարվել է միայն 2 (3,8%) դեպքում՝ կրկնվող արգանդային արյունահոսությունների կապակցությամբ:

**Եզրակացություն.** Արգանդի լորձաթաղանթի հիպերպլաստիկ փոփոխություններ ունեցող շուրջըշաշտանադադարային տարիքի կանանց համար էնդոմետրիումի էլեկտրադեստրուկցիան իր արդյունավետությամբ համեմատելի է ռադիկալ վիրահատությունների հետ, ինչպես նաև ավելի անվտանգ և տնտեսապես շահավետ միջամտություն է:

**Հիմնական բառեր.** Էնդոմետրիումի էլեկտրադեստրուկցիա, էնդոմետրիումի հիպերպլազիա:

**SUMMARY**

**Endometrial electrodestruction: an effective treatment of endometrial hyperplasia in perimenopausal women**

Gr. G. Okoev (Research Center of Maternal and Child Health Protection)

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of endometrial electrodestruction based on data from clinical and ultrasound investigations.

**Material and methodology:** Endometrial electrodestruction was performed in 53 women with different morphological types of endometrial hyperplasia.

**Results:** In the 3rd postoperative month amenorrhea was detected in 77.4%, and hypomenorrhea in 22.6% of women. In a year after operation amenorrhea was detected in 84.9%, and hypomenorrhea in 15.1% of women. In 3.8% cases ultrasound revealed endometrial fragments with typical localizations in tubal angles. In 96.2% of cases uterine cavity was visualized as a thin hyperechoic stria. Due to recidivating uterine hemorrhage 2 women (3.8%) underwent hysterectomy.

**Conclusion:** The effectiveness of endometrial electrodestruction in women at perimenopausal ages with endometrial hyperplasia is comparable with the same of radical surgery, but shows higher safety and cost effectiveness.

**Key words:** endometrial electrodestruction, endometrial hyperplasia.

Электродеструкция при гиперпластических процессах эндометрия у женщин перименопаузального возраста по своей эффективности сравнима с радикальным хирургическим лечением, является более экономичной и безопасной и может быть рекомендована для широкого практического применения в лечебных учреждениях гинекологического профиля.

**Литература**

1. Гинекология. Под ред. Савельевой Г.М., Брусенко М. ГЭО-ТАР-Медиа.2005.с.233-259.
2. Адамян Л.В. Минимальная инвазивная хирургия в гинекологической практике \ \ Акушерство и гинекология. 2006. Приложение. с.11-17.
3. Рубченко Т.И., Лукашенко С.Ю. Клинико-метаболические последствия гистерэктомии и возможность их гормональной коррекции \ \ Проблемы репродукции. 2003.3. с.66-72
4. Hieng M. Ovigsted E. Sendvik K. et al.Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps\ \ J. Minim Invasive Gynecol.2007 Mar-Apr; 19(2) p.189-194
5. Edris F.,Vilos G.A.,Al- Muborak A.et al. Resectopic surgery may be an alternative to hysterectomy in high-risk women which atypical endometrial hyperplasia.J Minim Invasive Gynecol. 2007 Jan-Feb 14(1) p.68-73

### ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՓՈՐՁԻ ՓՈԽԱՆԱԿՈՒՄ

Գ.Ա.Բեգլարյան, Ա.Է.Խոնդկարյան, Ա.Գ.Հարությունյան, Ռ.Մ.Գրիգորյան

#### Ձվարանի հսկա կիստոմա. հազվադեպ հանդիպող կլինիկական դեպքի նկարագրություն

Ընտանիքի պլանավորման և սեռական առողջության կենտրոն Մ.Հերացու անվան ԵրՊԲՀ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 1 ամբիոն

Ձվարանի ուռուցքները կանանց սեռական օրգաններում ամենահաճախ հանդիպող նորագոյացություններն են, որոնք գինեկոլոգիական հիվանդությունների 6-8%-ն են կազմում:

Առավել շատ հանդիպում են էպիթելային ծագման բարորակ ուռուցքները՝ կիստոմաները, որոնք բաժանվում են երկու խմբի՝ շճային ու լորձային (մուցինոզ), և աչքի են ընկնում արագ աճով:

Մուցինոզ ցիստադենոման (պսևդոմուցինոզ կիստոմա) համարվում է ձվարանի ամենախոշոր ուռուցքը, երբեմն գրավում է որովայնի ամբողջ խոռոչը, թմբիկավոր է, բազմախոռոչային, թանձր ժելատինանման, լորձանման պարունակությամբ, հաճախ միակողմանի: Խոռոչների մեջ կան միջնապատեր, ծածկված գլանաձև էպիթելով, որը հիշեցնում է արգանդի պարանոցային խողովակի էպիթելը:

Ցիստադենոմայի որոշ տարատեսակներ հակում ունեն չարորակացման: Ձվարանի քաղցկեղի 70%-ը հետևանք է պտկիկային ցիստադենոմայի չարորակացման, գերազանցապես հանդիպում է 50-60 տարեկան կանանց մոտ:

Սույն հոդվածում ներկայացնում ենք գիզանտ (հսկա) կիստոմայով հիվանդի: Հիվանդ Վ.-ն 53 տարեկան է, ընդունվել է Ընտանիքի պլանավորման և սեռական առողջության կենտրոն (ԸՊ և ՍԱԿ) օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունք՝ զանգատվելով հաճախամիզությունից, դեֆեկացիայի խանգարումից (մոտ 1,5-2 տարի), շնչահեղձությունից, ընդհանուր թուլությունից, ժամանակ առ ժամանակ աչք թուլակողում ցավերից, որովայնի շրջագծի մեծացումից (վերջին 1 տարվա ընթացքում):

Ձվարանի կիստան հայտնաբերվել է 2003թ.՝ կանխարգելիչ (պրոֆիլակտիկ) ստուգման ժամանակ, որի կապակցությամբ ստացել է բուսաբուժություն: Բուժման անարդյունավետության հետևանքով հիվանդին առաջարկվել է վիրահատություն, սակայն նա հրաժարվել է: Դինամիկայում մի քանի անգամ

կատարվել է ուլտրաձայնային հետազոտություն և ախտորոշվել է ձվարանի կիստոմա, լեղաքարային հիվանդություն: 2008թ. ԱՄՆ-ում կատարված մագնիսամիջուկային ռեզոնանս հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվել է ձվարանի հսկա կիստոմա՝ առանց չարորակացման կասկածի, որը զբաղեցնում է ամբողջ որովայնի խոռոչը, սակայն ոչ մի միջամտություն չի կատարվել: Վերը նշված գանգատները շարունակվել են, որի կապակցությամբ հիվանդը դիմել է ԸՊ և ՍԱԿ օպերատիվ գինեկոլոգիայի բաժանմունք:

Անամնեզում աճը և զարգացումը ընթացել է նորմալ. մենարխեան 12 տարեկանից, 3-4/30 կանոնավոր, չափավոր, անցավ, դաշտանադադարը 1,5 տարի առաջ: Սեռական կյանքով ապրում է 33 տարեկանից: Անամնեզում ունեցել է երեք հղիություն, որից երկուսն ավարտվել է ինքնաբեր վիժմամբ, մեկը՝ ժամկետային ծննդաբերությամբ (1990թ.), որը ավարտվել է կորպորալ կեսարյան հատումով՝ հսկա պտղի (5000գ քաշ) կապակցությամբ: Հիվանդը նշել է նաև վահանաձև գեղձի խպիպի վիրահատություն: Ընդունվելիս ընհանուր վիճակը բավարար է, մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները՝ նորմալ գունավորման: Ենթամաշկային ճարպաբջջանքն արտահայտված է, որովայնի առաջնային պատը կախված է գոգնոցի ձևով, դիտվում է III-IV<sup>o</sup>-ի ճարպակալում: Որովայնի առաջնային պատին առկա է երկայնական հետվիրահատական սպի միջև թրածն ելուն և արտահայտված պորտային ճողվածք:

Կատարվել է հեշտոցային քննություն. հեշտոցանուղու ազատ է, հեշտոցը՝ չծննդաբերած կնոջ, արգանդի պարանոցը կոնաձև է, լորձաթաղանթն առանց շեղումների:

Արգանդի մարմինն ու հավելումներն առանձին չեն շոշափվում մեծ չափերի գոյացության պատճառով, որը զբաղեցնում է փոքր կոնքի և որովայնի խոռոչները: Արտադրությունը սեռական ճեղքից լորձային է, չափավոր քանակությամբ:

Ախտորոշվել է՝ ձվարանի հսկա բազմախոռոչանի կիստոմա, - ձվարանի ադենոկարցինոմա (կասկած), - լեղաքարային հիվանդություն, - պորտային ճողվածք, - ճարպակալում՝ III –IV<sup>o</sup>:

Նկատի ունենալով մեծ չափերի գոյացության առկայությունը, որը հանգեցրել էր հարևան օրգան-համակարգերի ֆունկցիայի խանգարմանը, որոշվեց հիվանդին նախապատրաստել վիրահատություն: Կատարվել են բոլոր անհրաժեշտ կլինիկալաբորատոր հետազոտությունները (օմկոցիտոլոգիան և CA-125՝ առանց շեղումների):

Ըստ ուլտրաձայնային հետազոտության, լեղապարկի տեղակայումը և ձևը նորմալ է: Մարմնի և հատակի մասում երևում է խոշոր կոնկրեմենտ 3,5սմ չափի, լյարդը դիֆուզ (հիպերէխոգեն)՝ ի հաշիվ ճարպային լիպոդիստրոֆիայի: Լեղու հոսքը դժվարացած է: Փոքր կոնքի և որովայնի խոռոչներում երևում է խոշոր հեղուկային գոյացություն, որը դուրս է գալիս աչք ձվարանից՝ 30x30սմ: ոյացության ներսում առկա են բազմակի միջնապատեր՝ 3-6սմ հաստությամբ, դուստր կիստաների ձևավորմամբ:

Եզրակացություն՝ աչք ձվարանի պապիլյար պսևդոմուցինոզ ցիստադենոմա (կիստոմա):

Կլինիկալաբորատոր հետազոտություններից հետո կատարվեց վիրահատություն:

Որովայնահատում՝ աջակողմյան հսկա կիստոմայի հեռացում, արգանդի ամպուտացիա՝ հավելումներով և արգանդի պարանոցի լորձաթաղանթի հեռացումով, մեծ ճարպուրի ռեզեկցիա, պորտային ճողվածքի վերականգնում, խլեցիստէկտոմիա, որովայնի խոռոչի դրենավորում:

Կատարվեց հին սպիի հեռացումով երկայնական կտրվածք՝ ցայլքից մինչև թրածն ելուն: Որովայնի խոռոչը բացվեց շերտ առ շերտ և անմիջապես վերքի մեջ երևաց մեծ գոյացություն՝ կատաղույն երանգով, որը գրավել էր ամբողջ որովայնի խոռոչը՝ հասնելով մինչև թրածն ելուն: Վիրախժուժների (տամպոն) օգնությամբ ուռուցքի սահմաններն առանձնացվեցին շրջակա հյուսվածքներից: Կիստոմայի առաջնային պատի վրա կատարվեց փոքր կտրվածք՝ 1,5-2սմ, և կիստոմայի երկու խոռոչից դանդաղ արտածծվեց մոտավորապես 8,5լմուզ գույնի հեղուկ, որից հետո զգուշությամբ կիստոման դուրս բերվեց վերքի մեջ:

Կիստոմայի ոտիկն իրենից ներկայացնում էր կոնք-ծագարային կապանը, արգանդի կլոր և լայն կապանները, աչք արգանդափողը: Առկա էր ոտիկի մասնակի ոլորում, որը կալումներ ուներ շրջակա

հյուսվածքների հետ: Կիստոմայի ներքևի աչք հատվածը գտնվում էր ինտրալիգամենտար՝ անոթային խրձի և աչք միզածորանի վրա, կիստոմայի ոտիկն այտուցված էր, հաստացած, 5-6սմ հատվածում կապտագույն երանգով: Կալումներն անջատելուց հետո ուռուցքը զգուշությամբ հեռացվեց:

Հեռացման ժամանակ աչքից իմբիբիցիայի ենթարկված հյուսվածքներից սկսեց առատ արյունահոսել, որից ելնելով դրվեց սեղմող տամպոն (խժուժ), հետագայում թողնելով մեկ դրենաժ: Կատարվեց պարանետրիումի (շրջարգանդի) բջջանքի վերաքննում և ստուգվեց միզածորանի ուղղվածությունը՝ վերջինիս տոպոգրաֆիան (տեղագրությունը) հավանաբար ուռուցքի ճնշման հետևանքով խախտված էր: Որովայնի խոռոչում առկա էր 550-600մլ բաց դեղնագույն հեղուկ՝ թերևս բորբոքային բնույթի: Ստուգվեց որդանման ելունը, որը գտնվում էր նորմալ տեղակայման մեջ, ուռուցքի հետ առանց կալումների:

Կատարվեց արգանդի և ձախ հավելումների վերստուգում (ռեվիզիա), ըստ որի արգանդի մարմինը մեծացած էր 15 շաբաթական հղիության չափով՝ սուբսերոզ, ինտերստիցիալ երկու հանգույցով, որոնք գտնվում էին արգանդի հատակի շրջանում՝ աջից, համապատասխանաբար 6x6,5սմ և 5x5սմ չափերով: Արգանդի վրա առկա էր երկայնական, ոլորածև հետվիրահատական սպի, որը ներքին սեզմենտի վերին հատվածից հասնում էր մինչև արգանդի հատակ և կալումներ ուներ ձախ հավելումների հետ: Ձախ ձվարանը կիստոդեգեներացված էր՝ 6x5,5սմ չափով: Առկա էր միզապարկի սերտ կալում արգանդի առաջնային պատին: Չգուշությամբ, սուր և բուք կերպով միզապարկի հետին պատն անջատվեց կալումից:

Կատարվեց արգանդի ամպուտացիա՝ արգանդի պարանոցի լորձաթաղանթի հեռացումով և ձախ հավելումներով: Մեծ ճարպոնը հաստացած էր և որոշ մասը սեղմված պորտային օղի մեջ, վերջինս անջատվեց և հեռացվեց (մակրոսկոպիկ անփոփոխ): Այնուհետև, վիրաբույժ հրավիրվեց և կատարվեց լեղապարկի հեռացում, որից հետո վիրահատությունը շարունակվեց՝ կատարելով պորտային ճողվածքի վերականգնում: Որովայնի խոռոչի և բոլոր օրգանների վերստուգում իրականացվեց, ըստ որի՝ տեսանելի և պալպատոր ոչ մի ախտաբանական փոփոխություն չհայտնաբերվեց:

Դուզլասյան տարածությունում, փոքր կոնքի խոռոչի բջջանքում՝ աչքից, հեռացված լեղապարկի շրջանում՝ աչք զստափոսում դրենաժներ թողնվեցին: Կատարվեց որովայնի խոռոչի վնասում հակամեխիզ (ասեպտիկ) լուծույթով: Որովայնի խոռոչը փակվեց շերտ առ շերտ: Մաշկին դրվեցին վիկրիլա հանգուցակարեր՝ ըստ Դոնատիի, ասեպտիկ վիրակապ,



մեզը՝ պարզ, մաքուր, մշտական կատետրով, մոտ 250-300մլ: Արյան ընդհանուր կորուստը՝ մոտ 400մլ:

Մակրոպրեպարատ՝ աջ ձվարանի հսկա բազմախոռոչանի կիստոմա հասուն հղիության չափով: Բացի հեռացված 8,5լ մուգ գույնի հեղուկից, կիստոմայի խոռոչներում առկա էր 25լ ժելատինաման, մուգ գույնի հեղուկ: Կիստոման՝ ինվերտիվ աճով, հաստացած պատերով: Ծայրատի մասում առկա էր 5,5-6սմ տրամագծով անհամաչափ (պինդ և փափուկ) կոնսիստենցիայի գոյացություն՝ չարորակացման կասկածով: Հեռացված կիստոման կշռում էր 25,5կգ՝ առանց հեռացված հեղուկի (նկ. 1, 2\*):

Մակրոսկոպիկ արզանդը մեծացած էր 15 շաբաթական հղիության չափով՝ սուբսերոզ, ինտերստիցիալ երկու հանգույցով, համապատասխանաբար 6x6,5սմ և 5x5սմ չափերով: Արզանդի վրա առկա էր երկայնական, ուղրածն հետվիրահատական սպի: Արզանդի պարանոցի հեռացված լորձաթաղանթ: Կիստոդեգեներացված ձախ ձվարան 6x5,5սմ չափով: Ռեզեկցված մեծ ճարպոն: Կալկուլյոզ խլեցիստիտ:

Հետվիրահատական ախտորոշում՝ աջ ձվարանի հսկա բազմախոռոչանի կիստոմա՝ ոտիկի մասնակի ուղորումով, - ձվարանի ադենոկարցինոմա (կասկած), - արզանդի սուբսերոզ, ինտերստիցիալ միոմա 15 շաբաթական հղիության չափով,

- ձախ ձվարանի կիստոդեգեներացիա,
- պորտային ճողվածք,
- կալկուլյոզ խլեցիստիտ,
- ճարպակալում՝ III-IV<sup>o</sup>:

Վիրահատությունը տևել է 5 ժամ: Այն անցել է հարթ, առանց բարդությունների: Վերը նկարագրված մակրոպրեպարատն ուղարկվել է պաթոհիստոլոգիական հետազոտության:

Պաթոհիստոլոգիական հետազոտություն՝ մուցինոզ ցիստադենոկարցինոմայի օջախ միկրոհիվազիալով, աջ ձվարանի սահմանային բազմախոռոչանի մուցինոզ ցիստադենոմայում (առավելապես ինտեստինալ՝ տեղ-տեղ էնդոցերվիկալ տիպի): Երկրորդ ձվարանը սկլերոզացված է, պարունակում է փոքր սերոզ ադենոֆիբրոմա: Երկկողմանի խրոնիկական սալպինգոօֆորիտ, Վալտիսարդի բներ: Արզանդի դիֆուզ միոմատոզ, չափավոր արտահայտված ներքին էնդոմետրիոզ, էնդոմետրիտ: Արզանդի հաստության մեջ հայտնաբերվել են հիմ կարային մատերիալի բազմաթիվ խրձեր՝ հսկա, բջջային բորբոքային ռեակցիայով: Խրոնիկական կալկուլյոզ խլեցիստիտ, օմենտիտ:

Հետվիրահատական շրջանն ընթացել է հարթ՝ հակամանրէային (հակաբակտերիալ), հակաանեմիկ բուժման ֆոնի վրա: Հիվանդը դուրս է գրվել 12-րդ օրը բավարար վիճակում: Ուղարկվել է օնկոլոգի հսկողության տակ՝ հետագա քիմիաթերապիայի:

\*Նկարները տես ներդիրում

## ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ԷՋԵՐ

Մ.Ս.Հակոբյան

### Թոքերի խրոնիկական հիվանդության դեպքում պոստնատալ կորտիկոստերոիդների կիրառումն անհասների մոտ

(համակարգված վերլուծությունների հիման վրա)  
ԱՄՆ ՄՁ ՆՕՎԱ ծրագիր

**Հետազոտության նպատակը.** Գնահատել կորտիկոստերոիդների (ներերակային, օրալ կամ ներշնչական) օգտագործման առավելություններն ու կողմնակի ազդեցությունները թոքերի խրոնիկական հիվանդություն (ԹԽՅ) ունեցող կամ դրա զարգացման վտանգի տակ գտնվող անհաս նորածինների առողջական ցուցանիշների վրա:

**Հետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը.** Վերանայվել են Քոքրեյնի վերահսկվող ուսումնասիրությունների կենտրոնական գրանցման համակարգի, Օքսֆորդի պերինատալ հետազոտությունների տվյալների բազաները, Մեդլայնը (1966-2007), մանկաբուժության և պերինատալոգիայի ամսագրեր: Տվյալ վերլուծության համար ընտրվել են պատահականորեն վերահսկվող բոլոր այն հետազոտությունները, որոնցում համեմատվել է անհաս/ցածր քաշով նորածիններին ԹԽՅ-ի բուժման կամ կանխարգելման նպատակով կորտիկոստերոիդների նշանակումը պլացենտի կամ միջամտության բացակայության հետ:

**Հետազոտության արդյունքները.** Համակարգված վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ կորտիկոստերոիդային թերապիայի առավելությունները կարող են չզերազանցել կողմնակի ազդեցությունները: Ներշնչական ճանապարհով ներմուծվող կորտիկոստերոիդները (անկախ ներմուծման ժամկետից) ոչ մի առավելություն չունեն օրալ կամ ներերակային եղանակով տրվող ստերոիդների նկատմամբ:

**Եզրակացություն.** Ոչ ներշնչական և ոչ էլ ներերակային/օրալ կորտիկոստերոիդները խորհուրդ չեն տրվում որպես ստանդարտ բուժում ԹԽՅ-ի կանխարգելման համար: Հետագա հետազոտություններ են անհրաժեշտ՝ պարզելու ստերոիդների երկարաժամկետ ազդեցությունները երեխայի նյարդային համակարգի վրա: Կարիք կլինի ուսումնասիրել նաև տարբեր եղանակներով, դեղաչափերով և տևողությամբ նշանակվող ստերոիդների արդյունավետությունը և երկարաժամկետ ազդեցությունը:

**Հիմնական բառեր.** թոքերի խրոնիկական հիվանդություն, անհաս նորածին, ցածր քաշով նորածին, կորտիկոստերոիդներ, արիեստական օդափոխություն, կարճաժամկետ և երկարաժամկետ ազդեցություն:

### Հիմնախնդիրը

Թոքերի խրոնիկական հիվանդությունը (ԹԽՅ) շարունակում է խնդիր մնալ շատ ցածր քաշ ունեցող նորածինների և ինտենսիվ թերապիայում բուժված նորածինների համար [1]: Սուրֆանկտանտային թերապիան բարելավել է շնչառական դիստրես համախտանիշով երեխաների առողջական ելքը, սակայն այն չնչին է իջեցրել թոքերի խրոնիկ հիվանդության կամ բրոնխաթոքային դիսպլազիայի զարգացման վտանգը [2]: Թոքերի խրոնիկ հիվանդություն (ԹԽՅ) և բրոնխաթոքային դիսպլազիա եզրույթները հաճախ օգտագործվում են մեկը մյուսի փոխարեն, այդ իսկ պատճառով տվյալ վերլուծության մեջ օգտագործվել է ԹԽՅ եզրույթը՝ բնութագրելու բոլոր այն նորածիններին, որոնք թթվածնային կախվածություն ունեն մինչև կյանքի 28-րդ օրը կամ գեստացիոն 36 շաբաթը [2]: Շատ ցածր քաշով նորածինների մոտ ԹԽՅ-ի զարգացման հավանականությունը տատանվում է 23-26%-ի սահմաններում և մեծապես կախված է գեստացիոն ժամկետից և ծնված քաշից [3]: Պոստնատալ կորտիկոստերոիդների օգտագործումն արդյունավետ է արդեն իսկ առկա ԹԽՅ-ի դեպքում, հատկապես արիեստական շնչառության սարքի տակ գտնվող նորածինների մոտ: Սակայն մտահոգություն կա կորտիկոստերոիդների կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցությունների վերաբերյալ [3], ինչպես՝ հիպերգլիկեմիան, հիպերթենզիան, ստամոքսաղիքային արյունահոսությունը, թափածակումը (պերֆորացիան) և այլն [3]:

Վերջին ժամանակներում կորտիկոստերոիդները

սկսել են օգտագործել նորածնի կյանքի առաջին օրերից՝ վտանգի տակ գտնվող անհասների մոտ ԹԽՅ-ի զարգացումը կանխարգելելու նպատակով: Դեռևս պարզ չէ ստերոիդների վաղ օգտագործման առավելությունը: Մտահոգություն կա՝ արդյոք կորտիկոստերոիդների առավելությունները զերազանցում են կողմնակի ազդեցությունները [4]: Մի քանի հետազոտություն, որոնք միտված էին գնահատելու ոչ ներշնչական դեքսամետազոնով բուժված նորածինների առողջական վիճակը միջամտությունից մի քանի տարի անց, ցույց են տվել նյարդային համակարգի զարգացման շեղումների բարձր ցուցանիշներ [3]: Անհաս կենդանիների վրա կատարված կլինիկական հետազոտությունները նույնպես ցույց են տվել կորտիկոստերոիդների բացասական ազդեցությունը նյարդային համակարգի վրա [2]: Անհրաժեշտություն կա ուսումնասիրելու այլընտրանքային ճանապարհով կորտիկոստերոիդների ներմուծման առավելություններն ու կողմնակի ազդեցությունները [3]:

### Վերլուծության նպատակը

Գնահատել կորտիկոստերոիդների օգտագործման առավելություններն ու կողմնակի ազդեցությունները ԹԽՅ ունեցող կամ դրա զարգացման վտանգի տակ գտնվող անհաս նորածինների առողջական ցուցանիշների վրա:

### Ընտրված ռազմավարությունը

Մեր կողմից ուսումնասիրվել են չորս ծավալուն հետազոտության արդյունքները՝ Քոքրեյնի վերահսկվող ուսումնասիրությունների կենտրոնական գրանցման համակարգի, Օքսֆորդի պերինատալ հե-

տազոտությունների տվյալների բազաները, Մեդլայնը (1966-2007), մանկաբուժության և պերինատալոգիայի ամսագրերը: Վերլուծվել է թվով 40 հետազոտություն, որոնք նպատակաուղղված էին գնահատելու կորտիկոստերոիդների արդյունավետությունն անհաս/ցածր քաշով նորածինների համար:

**Ընտրության ցուցանիշը**

Տվյալ վերլուծության համար ընտրվել են պատահականորեն վերահսկվող բոլոր այն հետազոտությունները, որոնցում անհաս/ցածր քաշով նորածիններին թխ՜-ի բուժման կամ կանխարգելման նպատակով տրվել են ներերակային, օրալ կամ ներշնչական կորտիկոստերոիդներ: Մասնակիցները բաժանվել են երկու խմբի՝ միջամտություն ստացող և ստուգիչ: Միջամտությունը կորտիկոստերոիդների վերը նշված որևէ եղանակով ներմուծումն է եղել: Ստուգիչ խմբին տրվել է պլացեբո կամ ոչինչ չի տրվել: Ուսումնասիրվել են դեղերի ինչպես կարճաժամկետ, այնպես էլ երկարաժամկետ հետևանքները նորածին առողջական ցուցանիշների վրա:

**Տվյալների հավաքագրում և վերլուծություն**

Ուսումնասիրության արդյունքները վերլուծվել են մեթա-անալիզի եղանակով: Օգտագործվել են կարգային տվյալների համար հարաբերական ռիսկը և շարունակական տվյալների համար կշռված միջին տարբերությունը:

**Հիմնական արդյունքները**

Վերլուծություններից մեկը, որում ուսումնասիրվել է վաղ պոստնատալ շրջանում կորտիկոստերոիդների օգտագործումը (մինչև 96 ժամը), ներառել է 21 հետազոտություն, ուր ընդգրկված է եղել 3072 նորածին [4]: Կորտիկոստերոիդներ ստացող և չստացող խմբերի համեմատությունը ցույց է տվել, որ ստերոիդների վաղ նշանակումն իջեցնում է թխ՜-ի զարգացման հավանականությունը 28 օրական (հարաբերական ռիսկը (RR)՝ 0,85, 95% հավաստիության միջակայք (CI)՝ 0,79-ից 0,92) և գեստացիոն 36 շաբաթական (RR 0,69, 95% CI 0,6-ից 0,8) հասակում, մահվան կամ թխ՜-ի հավանականությունը 28 օրական (RR՝ 0,91, 95% CI՝ 0,86-ից 0,96) և գեստացիոն 36 շաբաթական (RR 0,86, 95% CI 0,79-ից 0,94) հասակում, էքստրաբրախիալ ծախսումն ցուցանիշը 3 օրականում (RR 0,73, 95% CI 0,62-ից 0,86), 7 օրականում (RR 0,76, 95% CI 0,66-ից 0,88), 14 օրականում (RR 0,77, 95% CI 0,62-ից 0,97) և 28 օրականում ( RR 0,84, 95% CI 0,72-ից 0,99): Ստերոիդների օգտագործումից բարձրանում է հիպերգլիկեմիայի (RR 0,84, 95% CI 0,72-ից 0,99), հիպերթենզիայի ( RR 1,84, 95% CI 1,54-ից 2,21), ստամոքսաղիքային արյունահոսության (RR 0,84, 95% CI 0,72-ից 0,99), աղիների թափածակման (RR 1,98, 95% CI 1,32-ից 2,95) վտանգը: Երկու խմբի միջև նշանակալի տարբերություններ չեն գրանցվել անհասների ռետինոպաթիայի զարգացման արդ-

յունքում (RR 0,86, 95% CI 0,73-ից 1,02), այնուամենայնիվ՝ իջել է ծանր ռետինոպաթիայի զարգացման վտանգը (RR 0,76, 95% CI 0,59-ից 0,98): Հետազոտությունների համաձայն պոստնատալ ստերոիդային բուժումը չի իջեցնում մահացությունը 28 օրականում (RR 1,05, 95% CI 0,90-ից 1,22), մահացությունը դուրս գրումից առաջ (RR 1,02, 95% CI 0,90-ից 1,17), նշանակալի ազդեցություն չունի վարակների (RR 1,01, 95% CI 0,90-ից 1,14), թոքային արյունահոսության (RR 1,10, 95% CI 0,77-ից 1,57) վրա: Հետագա հսկիչ հետազոտությունների համաձայն մինչև 96 ժամական անհաս նորածինն կորտիկոստերոիդների ներմուծումը բարձրացնում է ուղեղի կաթվածի (RR 1,10, 95% CI 0,77-ից 1,57), նյարդաբանական հետազոտության ոչ օրինաչափ արդյունքների (RR 1,81, 95% CI 1,33-ից 2,47) վտանգը: Նշանակալի տարբերություններ չեն նկատվել նյարդազգայական շեղումների առումով (RR 1,16, 95% CI 0,89-ից 1,52): Մեկ հետազոտություն (n=248) ցույց է տվել զարգացման դանդաղում ստերոիդներ ստացածների մոտ (RR 1,68, 95% CI 1,08-ից 2,61):

Մյուս վերլուծության մեջ ուսումնասիրվել է անհասների թխ՜-ն բուժելու համար 3 շաբաթականից հետո կորտիկոստերոիդների նշանակումը [2]: Այն ներառել է 9 հետազոտություն՝ 562 մասնակցով: Ըստ հետազոտությունների արդյունքների՝ ստերոիդների ուշ նշանակումն էական ազդեցություն չունի մինչև դուրս գրումը մահացության (RR 1,03, 95% CI 0,71-ից 1,51) կամ դրանից հետո, ավելի ուշ շրջանում մահացության վրա (RR 0,99, 95% CI 0,71-ից 1,39): Միայն մի հետազոտության մեջ է նշվել, որ ստերոիդների ուշ կիրառումը գեստացիոն 36 շաբաթում սահմանային նշանակությամբ իջեցնում է թխ՜-ի ելքը (RR 0,76, 95% CI 0,58-ից 1,00), ինչպես նաև ստերոիդների հետագա օգտագործման (RR 0,40, 95% CI 0,28-ից 0,57) անհրաժեշտությունը: Հետազոտությունների համաձայն էքստրաբրախիալ ծախսումը նշանակալիորեն իջնում է 7 օրականում (RR 0,69, 95% CI 0,58-ից 0,82), 28 օրականում (RR 0,55, 95% CI 0,33-ից 0,90), սակայն այն չի փոփոխում էքստրաբրախիալ հաջողությունը 3 և 14 օրականում:

Վեց հետազոտության արդյունքներ մատնանշել են, որ հիպերգլիկեմիայի վտանգը բարձրանում է, բայց ոչ նշանակալի (RR 1,42, 95% CI 0,97-ից 2,07), սակայն աճում է գլյուկոզուրիայի (RR 8,03, 95% CI 2,43-ից 26,5) և հիպերթենզիայի (RR 2,61, 95% CI 1,29-ից 5,26) վտանգը: Ստերոիդների ուշ նշանակումը չի առաջացնում աղեստամոքսային տրակտի արյունահոսությունների (RR 1,13, 95% CI 0,74-ից 1,73), մեռուկացնող (նեկրոտիզացնող) էնտերոկոլիտի (RR 2,59, 95% CI 0,61-ից 10,9) և աղիների թափածակման (RR 0,36, 95% CI 0,02-ից 8,05) ավելացում: Այն չի առաջացնում նաև վարակների նշանակալի աճ: Ընդհանուր առմամբ, 3 շաբաթականից հետո ստերոիդների նշանակումը բարձրաց-

նում է անհասների ծանր ռետինոպաթիայի վտանգը (RR 1,52, 95% CI 1,09-ից 2,12): Այս օրինաչափությունը չի նկատվում ողջ մնացածների մոտ (RR 1,41, 95% CI 0,99-ից 2,04): Հետագա հսկիչ հետազոտության տվյալները ցույց են տվել, որ ստերոիդներ ուշ ստացած երեխաների մոտ մինչև հինգ տարեկան հասակը չի դիտվել կուրության, խլության, ուղեղի կաթվածի, նյարդազգայական շեղումների էական աճ: Առկա է եղել նյարդային համակարգի հետազոտության ոչ օրինաչափ արդյունքների աճ (RR 1,90, 95% CI 1,08-ից 3,33), սակայն պարզ չէ վերջինիս կլինիկական նշանակությունը, քանի որ չի արձանագրվել ոչ ուղեղի կաթվածի և ոչ էլ նյարդազգայական շեղումների աճ:

Մեկ այլ համակարգված վերլուծություն ուսումնասիրել է 14 օրականում ներշնչական ճանապարհով տրվող ստերոիդների ազդեցությունը <1500 գր կամ <32 գեստացիոն շաբաթական, արհեստական օդափոխության տակ գտնող նորածինների վրա՝ ի տարբերություն ներերակային կորտիկոստերոիդների [3]: Վերլուծությունն ընդգրկել է 3 հետազոտություն, որոնցից որևէ մեկում երկու խմբի միջև (ներշնչական կամ ներերակային ստերոիդներ) չեն նկատվել վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ գեստացիոն 36 շաբաթականում և 28 օրականում թխ՜-ի հավանականության, 36 շաբաթականում կամ 28 օրականում մահվան, ինտուբացիայի տևողության, թթվածնային կախվածության տևողության կամ դեղերի կողմնակի ազդեցության մեջ:

Մյուս վերլուծությունը գնահատել է 1 մինչև 14 օրական շատ ցածր քաշով, արհեստական օդափոխության սարքավորման տակ գտնվող նորածիններին ներշնչական ճանապարհով ներմուծվող ստերոիդների առավելությունները ներերակային նկատմամբ [1]: Վերլուծության մեջ ընդգրկվել է 7 հետազոտություն: Երկու խմբում որևէ վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն գրանցվել 36 շաբաթականում և 28 օրականում թխ՜-ի հավանականության, 36 շաբաթականում կամ 28 օրականում մահվան, ինչպես նաև առաջացած կողմնակի ազդեցությունների ցուցանիշներում:

**Եզրահանգում**

Համակարգված վերլուծությունների արդյունքները ցույց են տալիս, որ ուշ նշանակված կորտիկոստերոիդային թերապիայի առավելությունները կարող են չզերազանցել դրա առաջացրած կողմնակի ազդեցությունները [2]: Արհեստական օդափոխության տակ գտնվող անհաս նորածինների դեքսամետազոնային բուժումը, որոնց մոտ արդեն իսկ զարգացել է թխ՜, բարելավում է վիճակը, արագացնում էքստրաբրախիալ ծախսումն և իջեցնում հետագա ստերոիդային բուժման կարիքը: Այնուամենայնիվ, ստերոիդային բուժումն ունի կարճաժամկետ կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես՝ հիպերգլիկեմիան և հիպերթեն-

զիան: Առավել մտահոգիչ է դեղերի երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցությունը՝ նորածինների ծանր ռետինոպաթիան և նյարդաբանական հետազոտությունների ոչ օրինաչափ արդյունքները [2]: Պետք է հաշվի առնել, որ հետագա հսկիչ հետազոտությունները կատարվել են երեխաների նախադպրոցական տարիքում և չկան տվյալներ ավելի մեծ հասակում նյարդազգայական զարգացման վիճակի վերաբերյալ:

Վաղ պոստնատալ ստերոիդային թերապիան նույնպես ունի կարճաժամկետ առավելություններ, ներառյալ վաղ էքստրաբրախիալ, թխ՜-ի զարգացման վտանգի նվազումը: Սակայն քիչ չեն նաև բուժման կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցությունները [4]: Դրանցից են աղեստամոքսային արյունահոսությունը, աղիների թափածակումը, հիպերգլիկեմիան և հիպերթենզիան, նյարդաբանական հետազոտությունների ոչ օրինաչափ արդյունքները և ուղեղի կաթվածը: Այսպիսով, հաշվի առնելով վաղ նեոնատալ կորտիկոստերոիդային բուժման թե առավելությունները, թե կարճաժամկետ և երկարաժամկետ կողմնակի ազդեցությունները, խորհուրդ չի տրվում այն համընդհանուր կերպով օգտագործել թխ՜-ի կանխարգելման համար: Վերլուծության արդյունքները մատնանշում են նաև, որ ներշնչական ճանապարհով ներմուծվող կորտիկոստերոիդները (անկախ ներմուծման ժամկետից) ոչ մի առավելություն չունեն օրալ կամ ներերակային ճանապարհով տրվող ստերոիդների նկատմամբ [1, 3]: Ապացուցված չեն ներշնչական ճանապարհով տրվող ստերոիդների առավելությունները կողմնակի ազդեցությունների տեսակետից: Ուստի, ոչ ներշնչական և ոչ էլ ներերակային/օրալ կորտիկոստերոիդները խորհուրդ չեն տրվում որպես ստանդարտ բուժում թխ՜-ի կանխարգելման համար [3]: Այնուամենայնիվ, անհրաժեշտ են հետագա հետազոտություններ նյարդային համակարգի վրա ստերոիդների երկարաժամկետ ազդեցությունները պարզելու համար: Կարիք կլինի ուսումնասիրել տարբեր եղանակներով, դեղաչափերով և տևողությամբ ստերոիդների արդյունավետությունը և երկարաժամկետ ազդեցությունը [2, 3, 4]:

**Գրականություն**

1. Shah VS, Ohlsson A, Halliday HL, Dunn M. Early administration of inhaled corticosteroids for preventing chronic lung disease (CLD) in ventilated very low birth weight preterm neonates. Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) 2007, Issue 4.
2. Halliday HL, Ehrenkranz RA, Doyle LW. Delayed (>3 weeks) postnatal corticosteroids for CLD in preterm infants. CDSR 2003, Issue 1.
3. Shah SS, Ohlsson A, Halliday HL, Shah VS. Inhaled versus systemic corticosteroids for the treatment of CLD in ventilated very low birth weight preterm infants. CDSR 2007, Issue 4.
4. Halliday HL, Ehrenkranz RA, Doyle LW. Early postnatal (<96 hours) corticosteroids for preventing CLD in preterm infants. CDSR 2003, Issue 1.

