

**ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ,
ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ ԵՎ
ՆԵՐՆԱՏԱԼՈԳԻԱ**

գիտագործնական հանդես

Vol.3, No.2



2009

Акушерство, гинекология и неонатология
научно-практический журнал

Главный редактор
Размик Аршалуйсович Абрамян

Редакционный совет
Валерий В. Абрамченко, Вилен П. Акопян,
Карен Р. Бабаян, Ара С. Баблоян,
Гагик А. Бегларян, Бернар Блан,
Медея М. Варданыан, Александр С. Гаспарян,
Гагик А. Джилаван, Дереник Г. Думанян,
Гоар П. Кялян, Арутюн М. Кушкян,
Армен Р. Меликян, Ара М. Минасян,
Руфина П. Мириманова, Чизуру Мисаго,
Гагик Г. Мхоян, Георгий Г. Окоев,
Тамара Ф. Саргсян, Арчил Г. Хомасуридзе,
Нелли Г. Хостикиан

Ответственный секретарь
Гоар Г. Джрбашян

Технические редакторы
Г.С.Авагян, Л.Г.Хачатрян,
Г.К.Гаспарян, Л.Г.Бабахянян

Основатели: “Институт перинатологии,
акушерства и гинекологии” ОАО и “Ассоциация
акушеров-гинекологов и неонатологов” ОО
Издатель: “Институт перинатологии,
акушерства и гинекологии” ОАО,
сертификат регистрации: 01 А No. 004011
Адрес: г. Ереван, ул. Маргаряна 6/2
Тел: 34-18-83, 39-89-39
Сдано в набор: 10.12.09
Подписано к печати: 23.12.09
Тираж: 200 экз., объем: 36 страниц
Ответственный за номер: Р.А.Абрамян
Дизайн издательства “Автограф”
Напечатано в типографии “Вард Грат”

Ссылки на журнал обязательны.

Материалы, опубликованные в журнале,
могут не отражать взгляды Редакционного совета.

Obstetrics, Gynecology, and Neonatology
Scientific-Practical Journal

Editor-in-Chief
Razmik Arshaluys Abrahamyan

Editorial Board
Valeri V. Abramchenko, Karen R. Babayan,
Ara S. Babloyan, Bernar Blan,
Gagik A. Beglaryan, Derenik H. Dumanyan,
Alexander S. Gasparyan,
Archil G. Khomasuridze, Nelly G. Khostikyan,
Harutyun M. Kushkyan, Gohar P. Kyalan,
Gagik A. Jilavyan, Vilen P. Hakobyan,
Armen R. Melikyan, Ara M. Minasyan,
Rufina P. Mirimanova, Chizuru Misago,
Gagik G. Mkhoyan, Georgi G. Okoev,
Tamara F. Sargsyan, Medea M. Vardanyan

Managing Editor
Gohar G. Jerbashian

Executive Editors
G.S.Avagyan, L.G.Khachatryan,
G.K.Gasparyan, L.H.Babakhanyan

Founders: “Institute of Perinatology, Obstetrics and
Gynecology” OJSC and “Association of
Obstetrics-Gynecologists and Neonatologists”
Publisher: “Institute of Perinatology,
Obstetrics and Gynecology” OJSC,
Registration Certificate: 01 А No. 004011
Address: 6/2 Margaryan st., Yerevan
Tel: 34-18-83, 39-89-39
Submitted for printing: 10.12.09
Signed for publishing: 23.12.09
Number of copies: 200, volume: 36 pages
Responsible for the issue: R.A.Abrahamyan
Designed by Autograph Publishing House
Printed by Vard Hrat Printing House

References to the journal are mandatory.

The materials published in the journal
might not reflect the Editorial Boars’s viewpoints.

Ի գիտություն հեղինակներին

Տպագրության համար նախատեսված հոդվածները գրելիս «Մանկաբարձություն և զինկելոլոգիա, նեոնատալոգիա» ամսագրի խմբագրությունը խնդրում է պահպանել հետևյալ կանոնները.

1. Հոդվածի առաջին էջի վրա պետք է լինի հաստատության դեկլարի (նշագիրը (ստորագրությունը) և կնիքը: Հոդվածները կարող են գրված լինել հայերեն, ռուսերեն, անգլերեն և այլ լեզուներով: Տեքստը (2 օրինակ) պետք է լինի 11 չափի «Արիալ» (Arial Armenian) տառատեսակով (ռուսերեն և անգլերեն հոդվածները՝ Russian Times New Roman տառատեսակով), տողերի միջև տարածությունը 1,5, լուսանցքները լինեն 2,54 սմ: Հոդվածները խմբագրությանը պետք է տրամադրվեն նաև էլեկտրոնային տարբերակով:
1.1. Սկզբում գրվում են հեղինակի անվան և հայրանվան սկզբնատառերը և ազգանունը, ապա հոդվածի անվանումը: Նոր տողից նշվում է հաստատության ամբողջական անվանումը, որտեղ կատարվել է աշխատանքը: Հոդվածի վերջում նշվում է հեղինակի ազգանունը, անունը և հայրանունը (ամբողջությամբ), նրա հասցեն՝ փոստային ինդեքսով, հեռախոսահամարը, դրվում է ստորագրություն (բնօրինակ): Համատեղ գրված հոդվածը պետք է ստորագրված լինի բոլոր համահեղինակների կողմից: Սրանով երաշխավորում է հոդվածի բնօրինակ լինելը, հավաստիացվում է, որ այն նախկինում չի հրատարակվել ու այլ խմբագրություններ չի ուղարկվել տպագրության համար:
1.2. Բնագիր հոդվածները պետք է ունենան հետևյալ բաժիններն ու ենթավերնագրերը՝
- «Ներածությունը» պետք է հիմնավորի ուսումնասիրվող խնդրի արդիականությունը:
- «Ուսումնասիրության նյութն ու մեթոդաբանությունը» խորագրի տակ պետք է ներկայացվեն ուսումնասիրվող նյութի ընտրության սկզբունքները և բնութագրող, հետազոտության ընթացքում կիրառված մեթոդները, ներառյալ՝ վիճակագրական:
- «Հետազոտության արդյունքները» բաժնում ներկայացվում են ստացված գիտական արդյունքները, նշելով վստահության միջակայքը, եթե հնարավոր է:
- «Քննարկում» բաժնում պետք է սեփական տվյալները համեմատության մեջ դրվեն հայրենական և արտասահմանյան գրականության մեջ առկա նմանատիպ տվյալների հետ:
- «Եզրակացություն» բաժինը պետք է անդրադառնա միայն այն եզրահանգումներին ու ընդհանրացումներին, որոնք ուղղակիորեն հետևում են հետազոտության արդյունքներից:
1.3. Հրատարակության շրջանակներում հարկավոր է օգտագործել արդի գիտական տերմինաբանությունը: Բառերի և անվանումների կրճատումը բացի համընդհանուր ընդունված հասկանումներից և չափի միավորներից, թույլատրվում է միայն ամբողջական անվանման սկզբնական նշան և դրան անմիջապես հաջորդող փակագծում հասկանումը տալու դեպքում:
2. «Գրականության ցանկը» պետք է ընդգրկի հայրենական և արտասահմանյան հեղինակների վերջին 7-10 տարվա աշխատությունները: Անհրաժեշտության դեպքում թույլատրվում են հղումներ ավելի վաղ շրջանի առանձին աշխատություններին: Ցանկալի է, որ գրականության ցանկը չգերազանցի 15-20-ը:
2.1. Գրականության ցանկը կազմվում է այբբենական կարգով: Սկզբում նշվում են հայերեն, այնուհետև ռուսերեն, անգլերեն և այլ լեզուներով հրատարակված

- հղված գրականությունը: Հղումները պետք է համարակալված լինեն, ձեռագրի տեսքում դրանք պետք է վերցնել քառակուսի փակագծերում՝ գրականության ցանկի համարակալման համաձայն:
2.2. «Գրականության ցանկում» ամսագրերի հոդվածները նկարագրելիս՝ նշվում է հեղինակի ազգանունը, անվան և հայրանվան սկզբնատառերը, հոդվածի վերնագիրը, ամսագրի անվանումը, թվականը, հատորը, համարը, էջերը, գիրք նկարագրելիս՝ հեղինակի անունը և ազգանունը, գրքի անվանումը, հրատարակչության անվանումը, վայրը և թվականը: Հորսից ավելի համահեղինակներ ունեցող հոդվածի/գրքի դեպքում նշվում է առաջին հեղինակի անվանատառերն ու ազգանունը, որին պետք է հետևի «և մյուսները» նշումը:
3. Աղյուսակները պետք է ներկայացնեն միայն նյութի վերաբերող, ընդհանրացված, վիճակագրական տեսակետից ամփոփված տվյալներ: Յուրաքանչյուր աղյուսակ պետք է ունենա համար և վերնագիր: Միևնույն նյութի ներկայացումը և՛ աղյուսակի, և՛ գծապատկերի տեսքով չի թույլատրվում:
4. Պատկերագրող նյութերը (լուսանկար, նկար) ներկայացվում են նաև առանձին թվային տարբերակով՝ էլեկտրոնային կրիչի վրա: 9x12սմ չափի լուսանկարի որակը պետք է առնվազն 300dpi լինի: Ռեստզեմ նկարի պատճենը ներկայացվում է պոզիտիվ պատկերմամբ: Անհրաժեշտության դեպքում նշումները կատարվում են երկրորդ օրինակի կամ ռեստզեմ նկարին սոսնձված մոնաթոթի վրա (նշվում է նկարի համարը, հեղինակի ազգանունը և հոդվածի վերնագիրը, ինչպես նաև՝ նկարի վերևի և ներքևի կողմերը): Միկրոլուսանկարների վերադրումներում անհրաժեշտ է նշել զուևավորման մեթոդը և մասշտաբը:
5. Հոդվածին կից ներկայացվում է «Ամփոփում» հայերեն, ռուսերեն և անգլերեն լեզուներով: Տրվում է հեղինակի ազգանունն ու անվան և հայրանվան սկզբնատառերը, հոդվածի անունը, ձեռնարկությունը, որի կլինիկական բազաների հիման վրա կատարվել է հետազոտությունը: Այնուհետև, հակիրճ ներկայացվում է հետազոտության նպատակ, հետազոտության մեթոդները (ներառյալ՝ վիճակագրական), հետազոտության արդյունքները, եզրակացությունը:
6. Գիտափորձական հոդվածներ տպագրության հանձնելիս հեղինակները պետք է նշեն օգտագործված կենդանիների տեսակը, քանակը, ցավազրկման և քննցման համար օգտագործված մեթոդները:
7. Եթե հոդվածը վերադարձվում է հեղինակին վերանշակման, վերանայման կամ կրճատման համար, ապա հեղինակը նոր հոդվածի հետ միասին խմբագրություն է վերադարձնում նաև դրա սկզբնական տարբերակը: Սրբագրված հոդվածը հեղինակներին չի վերադարձվում:
8. Ձևակերպման կանոնների խախտման դեպքում հոդվածները չեն գրանցվում և չեն դիտարկվում:
9. Հոդվածներն ուղարկել հետևյալ հասցեով՝ Երևան, Մարգարյան 6/2, «ՄԱՆԿԱԲԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆ, ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՆԵՆԱՏԱԼՈԳԻԱ» համդեսի խմբագրություն, հեռ. 34-18-83, 39-89-39
Էլ-փոստ. ArmJobGN@yahoo.com:

ՄԱՆԿԱԲԱՐՁՈՒԹՅՈՒՆ, ԳԻՆԵԿՈԼՈԳԻԱ ԵՎ ՆԵՈՆԱՏԱԼՈԳԻԱ

գիտագործնական հանդես

«Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատալոգիա»
գիտագործնական հանդես

Գլխավոր խմբագիր
Ռազմիկ Արշալույսի Աբրահամյան

Խմբագրական խորհուրդ
Վալերի Վ.Աբրահամյան, Կարեն Ռ.Բաբայան, Արա Ս.Բաբոյան,
Գագիկ Ա.Բեգլարյան, Բեռնար Բլան, Ալեքսանդր Ս.Գասպարյան,
Դերենիկ Ջ.Դումանյան, Արչիլ Գ.Խոնասուրիձե, Նելլի Գ.Խոստիկյան,
Վիլեն Պ.Յակոբյան, Արմեն Ռ.Մելիքյան, Արա Մ.Մինասյան,
Զիգուրու Միսազո, Ռուֆինա Պ.Միրիմանովա, 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, Լ.Գ. Խաչատրյան,
Գ.Կ.Գասպարյան, Լ.Ա.Բաբախանյան

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՝ 10.12.09
Ստորագրված է տպագրության՝ 23.12.09
Տպաքանակը՝ 200, ծավալ՝ 36 էջ
Համարի պատասխանատու՝ Ռ.Ա.Աբրահամյան
Ձևավորում՝ «Ավտոգրաֆ» հրատարակչության
Տպագրված է «Վարդ Հրատ» տպագրատանը

Հղումներն ամսագրին պարտադիր են:

Ամսագրում հրապարակված նյութերը կարող են
չարտացվել խմբագրական խորհրդի տեսակետները:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ

Ր.Ա.Աբրամյան, Գ.Ա.Տեփանյան

Клиническая характеристика обследованных женщин с постменопаузальным остеопорозом

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии РА
Поликлиника N 8 г.Еревана

ԳԻՏԱԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀՈԴՎԱԾՆԵՐ

Ր.Ա.Աբրամյան, Գ.Ա.Տեփանյան, Клиническая характеристика обследованных женщин с постменопаузальным остеопорозом.....4

Կ.Ա.Թոխունց, Ր.Ր.Աբրամյան, Ն.Ր.Տարգսյան, Оценка возможности прогнозирования ювенильных маточных кровотечений с помощью цветового доплеровского картирования.....9

Գ.Գ.Օլոն, Ա.Պ.Պողոսյան, Ն.Ն.Ղուկասյան, Հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիա (PROLIFT մեթոդ). նոր հայացք գենիտալ պրոլիպսի վիրաբուժությունում.....16

Ր.Ր.Աբրամյան, Субинволюция матки и плацентарная недостаточность.....20

Գ.Գ.Օкоев, Կ.Յ.Աբրամյան, Կ.Կ.Արուստամյան, Տ.Ա.Կիրակոսյան, Յ.Յ.Աբրամյան, Влияние препарата “Фемостон 1/10” на гормональный статус пациенток с хирургической менопаузой.....24

Ն.Ս.Յուրաբյան, Ի.Վ.Տիմոնյան, Մ.Տ.Մանվելյան, Կ.Կ.Արուստամյան, Յ.Տ.Թոթոյան, Генетические проблемы при нарушениях репродуктивной функции.....29

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

Ր.Ր.Աբրամյան, Эффективность антибиотикотерапии при некоторых инфекционных осложнениях у матери в послеродовом периоде.....33

ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍԱՌՈՑ ՆՈԹԵՐ

Ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների սպինալ անզգայացմամբ կեսարյան հատումները.....36

ԱՅԿ-ն խորհուրդ չի տալիս հետծննդյան արյունահոսությունը կանխելու և վարելու համար կիրառել միզալրոստոլ.....36

Цель исследования: Изучение соматической и гинекологической заболеваемости у женщин страдающих постменопаузальным остеопорозом (ПО).

Материал и методы: Были обследованы 80 женщин с ПО в естественной постменопаузе в возрасте от 48 до 69 лет (ср. возраст 59,1±4,8 лет), средняя продолжительность постменопаузы которых составила 7,2±0,84 года. Всем женщинам минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом DEXA (dual energy X-ray absorptiometry – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) в области поясничных позвонков L1-L4 и шейки бедренной кости (neck). Все женщины подверглись общеклиническому обследованию. Было изучено состояние репродуктивной системы женщины.

Результаты исследования: У женщин с ПО среди соматических заболеваний преобладают патология желудочно-кишечного тракта (43,75%), а также заболевания опорно-двигательного аппарата (28,75%), среди гинекологических заболеваний преобладают гипофункция яичников (22,5%), хронические заболевания матки и придатков (22,5%).

Заключение: Патология желудочно-кишечного тракта приводит к нарушению обмена кальция в организме и относится к факторам риска развития остеопороза. Позднее менархе, нарушение менструального цикла (как следствие гипофункции яичников) могут сказаться на ста новлении пиковой костной массы и являются факторами риска развития остеопороза.

Полостные хирургические операции на органах малого таза могут быть причиной гипофункции яичников, более раннего их выключения, что в свою очередь является важным фактором риска развития остеопороза.

Ключевые слова: постменопаузальный остеопороз (ПО), минеральная плотность костной ткани (МПКТ), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DEXA - dual energy X-ray absorptiometry), индекс массы тела (ИМТ), климактерический синдром (КС).

Остеопороз – одно из наиболее распространенных метаболических системных заболеваний скелета, характеризующееся уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, что приводит к повышению ломкости костей и увеличению риска переломов [1, 4].

По мнению экспертов ВОЗ, остеопороз занимает 4-е место в структуре заболеваемости и смертности населения, после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и заболеваний органов дыхания [3, 4].

Увеличение продолжительности жизни в развитых странах и связанный с этим быстрый рост числа пожилых людей, особенно женщин, приводит к значительному распространению остеопороза, делая его одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Достаточно отметить, что в Европе, США и Японии им страдают около 75 млн человек [5].

Наиболее распространенной формой заболева-

ния является постменопаузальный остеопороз (ПО), который составляет 85% в структуре первичного остеопороза, при котором прогрессирующее снижение прочности кости связано с наступлением менопаузы [2].

Цель исследования

Изучение соматической и гинекологической заболеваемости у женщин страдающих постменопаузальным остеопорозом.

Материал и методы

Были обследованы 80 женщин с ПО в естественной постменопаузе в возрасте от 48 до 69 лет (ср. возраст 59,1±4,8 лет), средняя продолжительность постменопаузы которых составила 7,2±0,84 года. Средний возраст наступления менопаузы – 50,1±4,6 года.

Всем женщинам минеральная плотность костной ткани (МПКТ) определялась методом DEXA (dual energy X-ray absorptiometry – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциомет-

рия), в области поясничных позвонков L1-L4 и шейки бедренной кости (neck). Диагностика остеопороза осуществлялась согласно критериям ВОЗ (снижение МПКТ на $-2,5 SD^1$ и более) соответствует остеопорозу.

При общеклиническом обследовании оценивался характер телосложения, тип распределения жировой клетчатки, состояние кожи и ее дериватов, видимых слизистых оболочек, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы, нервной системы, психоэмоциональной сферы. Определяли индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывали по формуле: масса тела (кг)/(рост в метрах – м)², индекс ОТ/ОБ (соотношение окружности талии (ОТ) на окружность бедер (ОБ)). Индекс ОТ/ОБ более 0,8 соответствует андроидному типу распределения подкожной жировой клетчатки.

О состоянии репродуктивной системы мы судили на основании субъективных жалоб пациенток на момент обследования и данных объективного исследования: общего и гинекологического статуса, пальпации молочных желез.

Менопауза у большинства больных обусловила наличие климактерического синдрома, клиническая картина которого заключается в наличии нейровегетативных, психоэмоциональных, урогенитальных и обменно-эндокринных симптомокомплексов.

При изучении менструальной функции обращалось внимание на возраст менархе, особенности менструального цикла, изучалась детородная функция, наличие и продолжительность лактации.

Таблица 1. Основные антропометрические данные исследуемой группы

Вес, кг	67,7±5,7
Рост, см	159,9±17,5
Индекс массы тела (ИМТ)	26,5±2,1
Индекс (ОТ/ОБ) объем талии/объем бедер	0,74±0,04

SD - standard deviation - стандартное отклонение

Подробно изучался анамнез гинекологических заболеваний, наличие урогенитальных нарушений (учащенное мочеиспускание, недержание мочи), а также оперативных вмешательств.

С помощью гинекологического исследования выясняли степень атрофических изменений наружных и внутренних гениталий (влажность и складчатость слизистой влагалища, состояние шейки матки, подвижность и размеры матки и ее придатков).

Результаты исследования

Характеристика исходных антропометрических данных представлена в табл. 1.

Из табл. видно, что в среднем ИМТ в изучаемой группе находился в пределах нормы, при этом у 15 пациенток (18,75%) имелось снижение ИМТ<22, а ожирение с ИМТ≥30 выявлен у 14 пациенток (17,5%). Большинство женщин имело нормальное распределение подкожно-жировой клетчатки (по женскому типу), о чем свидетельствует значение ОТ/ОБ.

При изучении анамнеза экстрагенитальная патология выявлена у 61 из 80 женщин (76,25%). На рис. 1 представлена структура и частота соматических заболеваний в исследуемой группе.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди заболеваний преобладает патология желудочно-кишечного тракта (43,75%), а также заболевания опорно-двигательного аппарата (28,75%).

Рисунок 1. Структура и частота соматических заболеваний в изучаемой группе, n=80



При изучении гинекологического анамнеза выявлено, что средний возраст менархе составил $12,5 \pm 1,8$ лет, у 57 (71,25%) пациенток менструальный цикл установился сразу, у 9 – через 6 месяцев (11,25%). Легкая и средняя степень альгодисменореи и/или склонность к гиперменорее была выявлена у 26 пациенток (32,5%). Средняя продолжительность менструального цикла составила $28,9 \pm 1,7$ дней, длительность менструаций – $5,1 \pm 0,8$ дней. Среднее количество беременностей $4,2 \pm 0,3$, среднее количество родов $2,3 \pm 0,3$. Указание на бесплодие в анамнезе было у 11 женщин (13,75%), из них первичное бесплодие отмечалось у 5 пациенток (6,25%). Длительность послеродовой лактации более 6 месяцев отмечена у 15 женщин (18,75%).

Указания на гинекологические заболевания в анамнезе имелись у 33 пациенток (41,25%). Структура гинекологических заболеваний представлена на рис. 2.

Наиболее частой гинекологической патоло-

гией оказалась миома матки (23,75%), причем у 7 пациенток (8,75%) она была диагностирована к моменту начала данного исследования.

При гинекологическом обследовании у 58 женщин из 71 с интактной маткой (72,5%) выявлена гипотрофия, характерная для длительной постменопаузы, у 53 участниц исследования (66,25%) выявлено истончение, бледность и сухость слизистой влагалища. Опущение стенок влагалища I степени диагностировано у 15 пациенток (18,75%), II степени – у 6 пациенток (7,5%), III – у 3 пациенток (3,75%).

Климактерический синдром (КС) различной степени тяжести выявлен у 57 участниц исследования (71,25%): у 42 (52,5%) диагностирована легкая, у 11 (13,75%) – средняя, у 4 (5%) – тяжелая степень КС. Также в исследуемой группе 51 женщин (63,75%) отмечали наличие урогенитальных нарушений: учащенное мочеиспускание, никтурия, диспареуния, стрессовое недержание мочи, рецидивирующие кольпиты.

Рисунок 2. Структура и частота гинекологических заболеваний у женщин исследуемой группы, n=80



23 пациентки (28,75%) из 80 женщин с ПО перенесли операции на внутренних половых органах. Характер и частота полостных гинекологических операций у женщин исследуемой группы представлена на рис. 3.

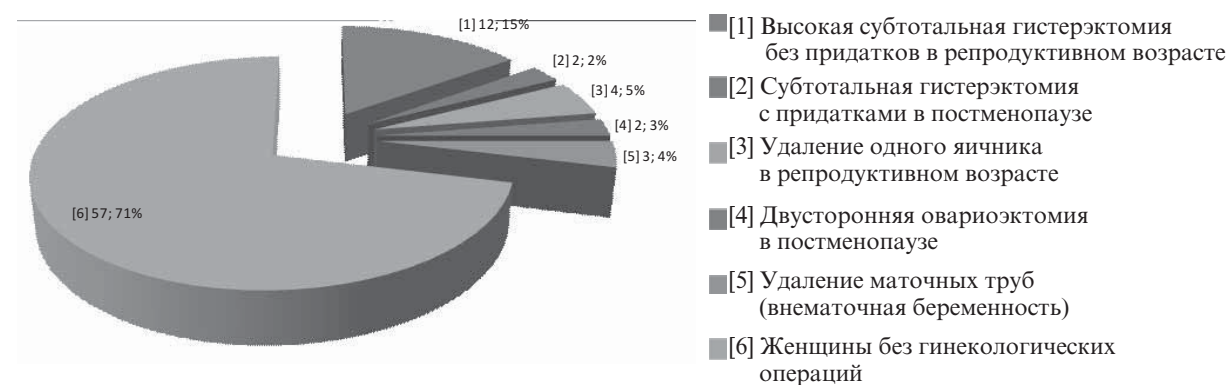
Заключение

На основании полученных данных выявлено, что патология желудочно-кишечного тракта имеет высокую частоту среди соматических заболеваний у женщин с ПО и является фактором риска развития остеопороза в связи с наруше-

нием обмена кальция в организме. Позднее менархе, нарушение менструального цикла (как следствие гипофункции яичников), могут сказаться на становлении пиковой костной массы и являются факторами риска развития остеопороза.

Полостные хирургические операции на органах малого таза могут быть причиной гипофункции яичников, более раннего их выключения, что в свою очередь является важным фактором риска развития остеопороза.

Рисунок 3. Структура и частота гинекологических операций у пациенток исследуемой группы, n=80



Литература:

1. Беневоленская Л.И., Никитинская О.А., Торопцова Н.В. Остеопороз – социальная проблема XXI века // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 315-318.
2. Лиля А.М., Мазуров В.И. Роль кальцеина адванс в профилактике постменопаузального остеопороза (результаты 12-месячного клинического исследования) // РМЖ/Ревматология, 14 декабря 2007, том 15, No 26.
3. Прилепская В.Н. Поликлиническая гинекология (клинические лекции) М: – “Медпресс-информ”, 2005, 616 с.
4. Юрнева С. В. Хирургическая менопауза и остеопороз // В.кн. “Поликлиническая гинекология” под ред. В.Н.Прилепской. М: – “Медпресс-информ”, 2005, С.457-475.
5. Madhok R., Kerr H., Capell H.A. Recent advances: rheumatology. BMJ 2000; 321:882-85.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Հետազոտանադարարային օստեոպորոզով կանանց կլինիկական բնութագիրը

Գ.Ա.Ստեփանյան (Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և զինվորական ինստիտուտ, Երևանի թիվ 8 պոլիկլինիկա)

Հետազոտության նպատակը. Հետազոտանադարարային օստեոպորոզով կանանց սոմատիկ և զինվորական հիվանդացության հետազոտություն:

Հետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Հետազոտվել է հետազոտանադարարային օստեոպորոզով 80 կին, 48-69 տարեկան, միջին տարիքը կազմել է 59,1±4,8 տ., դաշտանադարարի միջին տևողությունը՝ 7,2±0,84 տ.: Բոլոր կանանց ոսկրային խտության հանրային խտությունը (ՈՂԽ) որոշվել է DEXA մեթոդով, L1-L4 զոտկային ողերի և ազդրոսկրի վզիկի շրջանում (neck): Կանայք ենթարկվել են ընդհանուր կլինիկական հետազոտության: Ուսումնասիրվել է նրանց վերարտադրողական համակարգի վիճակը:

Հետազոտության արդյունքները. Հետազոտանադարարային օստեոպորոզով կանանց սոմատիկ հիվանդությունների շարքում գերակշռում են ստամոքսաղիքային համակարգի (43,75%), ինչպես նաև հենաշարժային ապարատի (28,75%) հիվանդությունները: Գինեկոլոգիական հիվանդություններից գերակշռում են ձվարանների հիպոֆունկցիան (22,5%), արգանդի ու հավելումների խրոնիկական հիվանդությունները (22,5%):

Եզրակացություն. Ստամոքսաղիքային տրակտի ախտաբանությունը բերում է օրգանիզմում կալցիումի փոխանակության խանգարման և համարվում է օստեոպորոզի զարգացման գործոն: Ուշացած մենարխեն, դաշտանային պարբերաշրջանի խանգարումը (որպես ձվարանների հիպոֆունկցիայի հետևանք), կարող են անդրադառնալ ոսկրի հանքային խտության պիկի ձևավորման վրա և հանդիսանում են օստեոպորոզի զարգացման ռիսկի գործոններ:

Հիմնական բառեր. հետազոտանադարարային օստեոպորոզ, ոսկրային խտության հյուսվածքի հանքային խտություն, DEXA (dual energy X-ray absorptiometry – կրկնակի էներգիայի ռենտգենյան ճառագայթների ներծծման չափում), մարմնի զանգվածի ինդեքս (ՍԶԻ), դաշտանադարարային համախտանիշ:

SUMMARY

Clinical Characteristics of the Surveyed Women with Postmenopausal Osteoporosis

G.A.Stepanyan (Institute of Perinatology, Obstetrics, and gynecology, Polyclinic No. 8, Yerevan)

Objectives: To study the somatic and gynecological diseases in women suffering from posmenopausal osteoporosis (PO).

Material and Methodology: Eighty women with PO in natural posmenopaus in the age of from 48 to 69 years were surveyed (average age 59,1±4,8 years), average duration of posmenopause made up 7,2±0,84 years. Mineral density of bone tissue (MDBT) in all women was defined by means of DEXA in the zones of vertebra lumbalis L1-L4 and femur neck. All women had undergone comprehensive clinical examination. The condition of reproductive system of women was studied.

Results: In women with PO, pathologies of gastroenteric path diseases (43,75%) and diseases of the locomotive system (28,75%) prevailed among somatic diseases, while among gynecological diseases prevailed ovary hypo-function (22,5%) and chronic diseases of the uterus and appendages (22,5%).

Conclusion: The pathology of gastroenteric path leads to infringement of an exchange of calcium in an organism and turns to be risk factor of osteoporosis development. Late menarche, menstrual disorders (as a consequence of ovary hypo-function) can affect peak bone mass and are risk factors for the development of osteoporosis. Cavity surgical operations on organs of pelvis minor can cause ovary hypo-function, their early deenergizing, that in turn is an important risk factor for osteoporosis development.

Keywords: posmenopausal osteoporosis (PO), mineral density of bone tissue (MDBT), DEXA – Dual energy X-ray absorptiometry, body mass index (BMI), climacteric syndrome (CS).

К.А.Тохунц, Р.Р.Абрамян, Н.Р.Саргсян

Оценка возможности прогнозирования ювенильных маточных кровотечений с помощью цветового доплеровского картирования

НМЦ Сурб Нерсес Мец
Кафедра акушерства и гинекологии N2, Ереванского государственного
медицинского университета им. М.Гераци

Цель исследования: Изучение возможности использования ультразвукового скрининга с применением классического метода серой шкалы в сочетании с цветовым доплеровским картированием для диагностики патологии эндометрия, сопровождающейся маточными кровотечениями у девочек пубертатного периода и прогнозирования их вероятности.

Материал и методы: Обследованы 38 девочек с ювенильными маточными кровотечениями (ЮМК) в возрасте от 12 до 16 лет и 17 здоровых девочек той же возрастной группы. Маточный кровоток изучали методом цветового доплеровского картирования в сочетании с импульсно-волновой доплерографией. Исследование кровотока в матке и измерение его параметров проводили по общепринятой методике.

Проводился общий анализ кровотока в маточной артерии, через эндометрий и субэндометриальную зону миометрия с определением индексов резистентности (ИР) и пульсации (ПИ).

Результаты исследования: Во время кровотечения доплерометрические показатели кривых скоростей кровотока по сравнению с нормативными характеризовались увеличением абсолютных величин как максимальной систолической, так и конечной диастолической скорости кровотока с сопутствующим снижением сосудистой сопротивляемости. У девочек с рецидивом кровотечения отмечалось повышение сосудистой сопротивляемости за счет снижения конечной скорости диастолического кровотока по сравнению с данными, полученными во время кровотечения. В группе девочек без рецидива кровотечения показатели маточной перфузии, индексы пульсации и резистентности приближались к показателям группы контроля.

Заключение: Таким образом, доплерометрия с цветовым доплеровским картированием является неинвазивным и информативным методом оценки гемодинамических изменений, сопровождающих ювенильные маточные кровотечения. Диагностически значимыми прогностическими критериями явились: обнаружение высокоскоростного кровотока на фоне снижения сосудистого сопротивления и присутствие в зонах повышенной эхоплотности эндометрия цветочных локусов.

Ключевые слова: цветовой доплеровское картирование, ювенильное маточное кровотечение, диагностически значимые прогностические критерии.

Трансвагинальная или трансректальная цветовая доплеровская ультрасонография с цветовым доплеровским картированием (ЦДК) является методом выбора для неинвазивной оценки состояния эндометрия [3, 4, 5].

Возможность визуализации сосудов нормального миометрия и эндометрия по данным разных авторов колеблется от 8,6 до 96,0%. Значительный разброс полученных значений обусловлен разницей в технических характеристиках используемых ультразвуковых приборов и различными параметрами режима цветового картирования [4, 5].

Большинство работ с использованием данного метода посвящено изучению физиологических и патологических изменений в эндометрии, маточной артерии, наружной и внутренней подвздошных артериях, яичниковой вене и артерии и т.д. у женщин репродуктивного воз-

раста [1, 3, 7]. Было установлено, что в репродуктивном периоде в течение менструального цикла происходят изменения сосудистого сопротивления в артериях матки. Эти изменения являются отражением меняющегося гормонального фона. Посредством ЦДК было продемонстрировано, что имеются сложные взаимоотношения между концентрацией яичниковых гормонов в периферической крови и кровотоком в маточных артериях [2, 9]. Вместе с тем, сообщения об использовании доплерографии в детской гинекологии единичны [2, 5], в то время как объективная оценка физиологического кровотока матки в пубертатном периоде может способствовать ранней диагностике патологии эндометрия с прогнозированием вероятности маточных кровотечений и выбором оптимального метода терапии, что позволит избежать серьезных осложнений, связанных, в том числе, с выраженной анемизацией девочек.

Цель исследования

Цель настоящего исследования – изучение возможности использования ультразвукового скрининга с применением классического метода серой шкалы в сочетании с цветовым доплеровским картированием для диагностики патологии эндометрия, сопровождающейся маточными кровотечениями у девочек пубертатного периода и прогнозирования их вероятности.

Материал и методы

Обследованы 38 девочек с ювенильными маточными кровотечениями (ЮМК) в возрасте от 12 до 16 лет и 17 здоровых девочек той же возрастной группы. Всем девочкам, кроме общеклинического обследования, включающего обязательное биохимическое исследование крови (коагулограмма), проводили оценку конституциональных особенностей телосложения, определение индекса массы тела, гирсутного числа по Ферриману-Галлвею, степени развития молочных желез (по шкале Таннера); гормональный статус оценивали на основании определения в крови концентрации гонадотропинов, пролактина, половых стероидов с использованием коммерческих наборов “DRG International, Inc.” и “Syntron Bioresearch, Inc.” (США).

Оценка состояния органов репродуктивной системы проводилась на основании данных бимануального ректального исследования, ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ), данных гистологического исследования эндометрия.

Для изучения анатомического состояния матки и яичников проводили ультразвуковое исследование органов малого таза при помощи прибора “Aloka ProSound SSD-5000” трансабдоминально и трансректально с использованием датчиков 3,5 и 7,5 МГц. Изучались размеры матки, эхоструктура миометрия, величина и структура М-эхо, производилась биометрия яичников с определением объема

яичников, объема стромы, коэффициента отношения объема яичника к объему стромы, определялись количество и размеры фолликулов.

Маточный кровоток изучали методом цветового доплеровского картирования в сочетании с импульсно-волновой доплерографией. Исследование кровотока в матке и измерение его параметров проводили по общепринятой методике.

Проводился общий анализ кровотока в маточной артерии, через эндометрий и субэндометриальную зону миометрия, по возможности определялись уровни скоростей кровотока в спиральной и радиальной артериях с определением индексов резистентности (ИР) и пульсации (ПИ).

Ультразвуковыми признаками, характеризующими патологию эндометрия, считали его гиперплазию, неомогенную гиперэхогенность, неровные края. Диагностика гиперплазии основывалась либо на установлении утолщения эндометрия, либо на выявлении в нем участков более высокой эхогенности [3].

В дальнейшем проводилось скрининговое обследование девочек вне кровотечения – оценивались толщина эндометрия, его эхографическая морфология, наличие или отсутствие цветочных зон при доплерографии по периферии и в толще эндометрия, а также связь полученных результатов с рецидивом кровотечений в последующем.

Как известно, цветовая доплерография предоставляет общую информацию о метаболической активности органа, поскольку позволяет увидеть кровоток, не регистрируемый другими методами, и по васкуляризации и специфичным профилям артериальных скоростей обеспечивает возможность характеризовать эту активность [7, 8]. Патологический кровоток в эндометрии характеризуется присутствием “горячих точек” вследствие неоваскуляризации и представляет собой последовательность вновь образованных хаотич-

ных шунтов и альтернативных изменений в кровотоке [3, 4].

Наряду с визуальной оценкой цветовых сигналов эндометриального кровотока важен количественный анализ васкуляризации, который проводится на основании изучения численных значений индексов периферического сосудистого сопротивления. Выявление большого количества сосудов, высоких систолических скоростей, низких значений систоло-диастолического отношения (С/Д) является признаками снижения периферического сосудистого сопротивления в осматриваемых тканях, указывая на повышение процессов метаболизма.

В качестве диагностического критерия для женщин в репродуктивном периоде большинством исследователей используются отклонения от значений индекса резистентности (ИР) менее 0,40-0,45; а пульсационного индекса (ПИ) – менее 0,70. По результатам исследований Захаровой Л.В. у здоровых девочек пубертатного возраста численные значения ИР и ПИ имели значение 0,34±0,1 см/сек и 2,2±1,1 см/сек соответственно.

Всем девочкам первое УЗИ произведено во время кровотечения, явившегося причиной обращения за медицинской помощью. В дальнейшем УЗИ проводилось на 5-7, 21-25 дни после остановки кровотечения и в последующем – в те же дни менструальных циклов в течение последующих 3-6 месяцев. Все обследованные были разделены на 2 группы: первую группу составили 14 девочек с рецидивом кровотечения в последующие 6 месяцев, вторую – 24 девочки без рецидива. Данные сравнивались с результатами исследования здоровых девочек и между группами.

В случаях, когда производилось выскабливание полости матки (диагностическое или с целью гемостаза), данные эхографии сопоставлялись также с результатами гистологического исследования эндометрия.

В наших наблюдениях маточные и аркуатные артерии визуализировались во всех случаях. По мере удаления от основных сосудов, питающих тело матки, и приближения их к эндометрию отмечалась общая тенденция уменьшения регистрируемых при цветовом картировании мелких артерий миометрия, что, по всей видимости, связано с уменьшением их размера и согласуется с данными других авторов [3, 4, 8]. Так, согласно Захаровой Л.В. (2000), визуализация радиальных артерий была возможна лишь в 80% наблюдений, базальных – в 60% (и еще в 6,7% регистрировался венозный кровоток).

По данным разных авторов, в спиральных артериях в I фазу менструального цикла у здоровых женщин выявлялся только венозный кровоток (в 10% наблюдений). Немаловажное значение имеет также доступ (трансабдоминальный) и невозможность проведения трансвагинального УЗИ (при котором визуализация мелких сосудов эндометрия оптимальна) у обследуемого контингента больных, в связи с чем нами приведены данные доплеровской оценки кровотока в маточной артерии.

Статистический анализ полученных результатов проводили на персональном компьютере с использованием пакета программ для статистической обработки EXCEL. Рассчитывали среднюю величину и ошибку среднего. Проводили сравнение исследуемых групп с использованием t критерия Стьюдента. Различия между группами считали достоверным при значениях p<0,05.

Результаты исследования и обсуждение

Доплеровская оценка кровотока показала более высокие значения систолической скорости кровотока в маточной артерии у всех обследованных девочек (табл. 1) по сравнению со здоровыми.

Таблица 1. Доплеровская оценка кровотока в маточных артериях у здоровых девочек и у девочек с ЮМК (M±m)

Показатель	Здоровые девочки n=17	Девочки с ЮМК n=38	p
Систолическая скорость (мм/сек)	32,58±2,70	35,16±1,65	> 0,05
Диастолическая скорость (мм/сек)	7,68±0,76	11,51±0,78	< 0,01
Средняя скорость (мм/сек)	12,83±0,68	15,96±1,10	>0,05
Пульсационный индекс (ПИ)	1,98±0,05	1,60±0,09	<0,01
Индекс резистентности (ИР)	0,76±0,02	0,67±0,01	<0,001

Примечание: p – вероятность различия между группами

Во время кровотечения доплерометрические показатели кривых скоростей кровотока по сравнению с нормативными характеризовались увеличением абсолютных величин как максимальной систолической, так и конечной диастолической скорости кровотока с сопутствующим понижением сосудистой сопротивляемости.

При сравнении качественных характеристик доплерограмм отмечено отсутствие дикротической выемки во время кровотечения, что связано, вероятно, с особенно низкой резистентностью кровотока в связи с вазодилатацией при отторжении эндометрия (рис. 1, 2).

Оценка скоростей кровотока в группе девочек с ЮМК с рецидивом кровотечения и без него показала их вариабельность (табл. 2).

Как видно из табл. 2, доплерограммы у девочек с рецидивом кровотечения, проведенные вне кровотечения, отражали повышение сосудистой сопротивляемости за счет понижения конечной скорости диастолического кровотока по сравнению с данными, полученными во время кровотечения (табл. 1), что связано, по всей видимости, с лютеиновой недостаточностью у них.

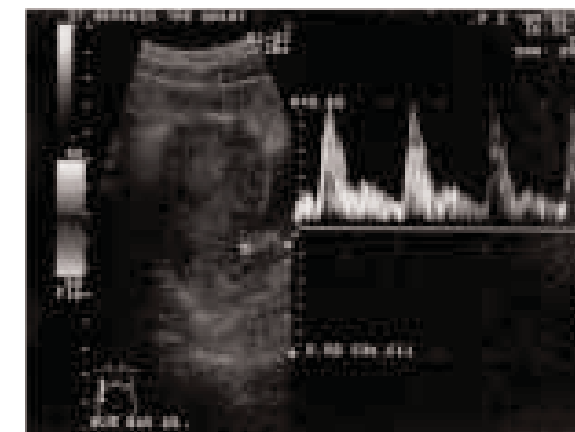


Рис.1. Допплерограмма кровотока в маточной артерии (норма)

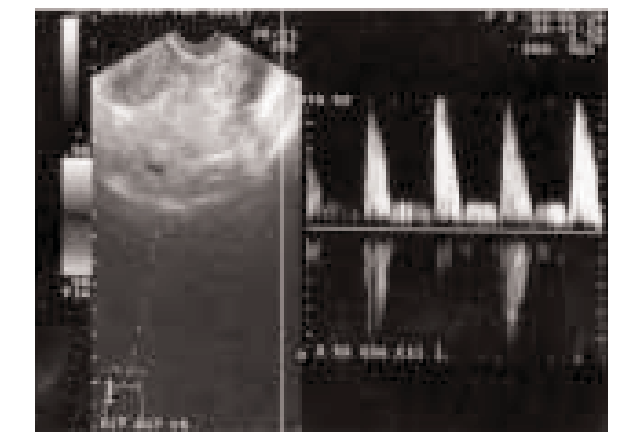


Рис.2. Допплерограмма кровотока в маточной артерии во время кровотечения (отсутствие дикротической выемки)

Таблица 2. Допплеровская оценка кровотока в маточных артериях при рецидиве кровотечения и без него (M±m)

Показатель	I группа Девочки с ЮМК после лечения (с рецидивом) n=14	II группа Девочки с ЮМК после лечения (без рецидива) n=24	p
Систолическая скорость (мм/сек)	34,04±2,79	32,83±1,43	> 0,4
Диастолическая скорость (мм/сек)	10,14±0,99	7,72±0,51	< 0,03
Средняя скорость (мм/сек)	18,26±2,27	11,76±0,88	< 0,01
Пульсационный индекс (ПИ)	1,37±0,10	2,27±0,10	< 0,001
Индекс резистентности (ИР)	0,70±0,02	0,77±0,01	< 0,01

Как известно, в период расцвета желтого тела в лютеиновую фазу цикла отмечается снижение показателей сосудистой сопротивляемости за счет увеличения конечной скорости диастолического кровотока [6].

В группе девочек без рецидива кровотечения показатели маточной перфузии, индексы пульсации и резистентности приближались к показателям группы контроля, в то время как в группе девочек с рецидивом кровотечения значения ПИ и ИР были достоверно понижены (p<0,01; p<0,001).

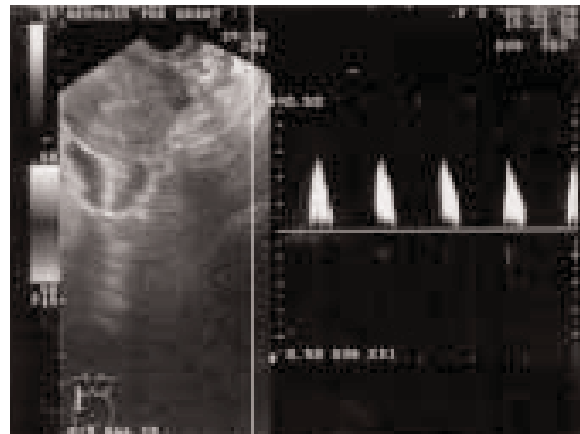


Рис. 3. Допплерограмма кровотока в маточной артерии накануне кровотечения (исчезновение диастолического компонента)

Объяснением данному явлению может служить происходящее накануне кровотечения сужение просвета микрососудов, а также частичная их обтурация, следствием которых являются уменьшение терминального объема сосудистого русла и закономерное повышение его сопротивляемости с увеличением численных значений ПИ и ИР, что отражается на доплерограммах исчезновением диастолического компонента кривой кровотока (рис 3).

При этом толщина М-эхо и структура эндометрия также были переменными. Во время кровотечения регистрировались численные значения М-эхо от 10 до 22 мм. При сопоставлении численных значений М-эхо и структуры эндометрия у девочек, не имеющих впоследствии рецидива кровотечения, и в случаях рецидива, выяснилось, что ЮМК с высокой частотой рецидивировали даже при значениях М-эхо 8-9 мм, но в этих случаях почти всегда отмечались негетерогенность эндометрия и зоны повышенной эхоплотности. У этих же пациенток при ЦДК в субэндометрии с высокой частотой визуализировались пульсирующие цветовые эхосигналы.

Фактически, в случаях, когда обнаруживается кровоток по периферии эндометрия, оценка его эхографической морфологии может иметь меньшую важность, чем это считалось ранее, и возможно, даже более значим в отношении

дальнейшего прогноза. Так, при значениях ИР 0,52-0,63 и ПИ 0,92-1,02 рецидивы кровотечения наблюдались у всех вне зависимости от толщины эндометрия или его структуры.

С помощью предложенного комбинированного диагностического метода мы получили оптимальные скрининговые результаты в обнаружении патологии эндометрия. Диагностически значимыми прогностическими критериями явились: обнаружение высокоскоростного кровотока на фоне понижения сосудистого сопротивления и присутствие в зонах повышенной эхоплотности эндометрия цветовых локусов.

Заключение:

Таким образом, доплерометрия с цветовым доплеровским картированием является неинвазивным и информативным методом оценки гемодинамических изменений, сопровождающих ювенильные маточные кровотечения. Знание физиологических особенностей скоростей кровотока в матке в пубертатном периоде поможет оценить доклиническое проявление некоторых патологических состояний, в том числе гиперплазии эндометрия, а также определить эффективность лечения при данных заболеваниях.

На основании приведенных выше данных можно считать, что применение трансабдоминаль-

ной или трансректальной эхографии в сочетании с цветным доплеровским картированием может обеспечивать высокую степень диагностической точности в отношении выявления патологии эндометрия и прогнозирования вероятности рецидива кровотечения.

Литература

1. Гажонова Б.Е., Зубарев А.В. Трехмерная эхография при исследовании пациенток репродуктивного и менопаузального периодов с маточным кровотечением // Материалы научной конференции "Новые технологии в медицинской радиологии". – СПб: ЦНИРИ, 2001.- С. 21-22.
2. Захарова Л.В. Значение цветового доплеровского картирования для возможной оценки эндометрия в пубертатном периоде у девочек. Sono Ace-International. – 1999, 4. – С. 18-21.
3. Особенности внутриматочного кровотока при гиперплазии эндометрия по данным цветового доплеровского картирования и доплерометрии. // Ультразвуковая диагностика. – 2000, 4. – С. 18-23.
4. Побединский Н.М., Федорова Е.В., Хохлова И.Д., Липман А.Д. Цветовое доплеровское картирование и доплерометрия артерий миометрия и эндометрия. // Ультразвуковая диагностика. – 2000, 1. – С. 54-64.
5. Сидорова И.С., Гуриев Т.Д., Капустина И.Н. и др. Цветовая доплерометрия в диагностике гиперпластических процессов и рака эндометрия // Мед. виз. – 2001, 2. – С.88-93.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Клиническая трансвагинальная эхография. – М.: Медицина, 1999. – 278 с.
7. Fleischer A.C., Kepple D.M. В кн.: Эхография в акушерстве и гинекологии. – М., 2005. – 273 с.
8. Woodward P. Imaging of uterine disorders. In radiologic Pathology Washington, DC, Armed Forces Institute of Pathology, 2002, p.401-412.
9. Kupesik S., Kurjak A. Doppler assessment of the normal endometrium and benign endometrial disorders// Doppler Ultrasound in Gynecology. Ed. by Kujak A., Fleisher A.C. NY.:L: The Parthenon Publ. Gr. 1998. P. 89-99

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

Յուլվենիլ արյունահոսությունների կանխատեսման հնարավորության գնահատումը գունային դոպլեր հետազոտության միջոցով

Կ.Գ.Թոխունց, Ռ.Ռ.Աբրահամյան, Ն.Ռ.Սարգսյան («Սուրբ Ներսես Մեծ» ԲԿ, ԵրԴԲՀ Սանկարթրոնության և զինվորագրային թիվ 2 ամբիոն)

Հետազոտության նպատակը. Դեռահաս աղջիկների մոտ արգանդային արյունահոսությամբ ուղեկցվող էնդոմետրիումի ախտաբանության ախտորոշման համար գերծայնային սկրինինգի օգտագործման հնարավորության գնահատումը գորշ սամդրակի կլասիկ մեթոդով՝ գունային դոպլեր հետազոտության ներգրավմամբ:

Հետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Հետազոտվել են 12 -ից 16 տարեկան 38 դեռահաս աղջիկ յուլվենիլ արգանդային արյունահոսությամբ (ՅԱԱ) և նույն տարիքային խմբի 17 առողջ աղջիկ: Արգանդային արյան հոսքը գնահատվել է գունային դոպլեր հետազոտության միջոցով՝ իմպուլս-ալիքային դոպլերոգրաֆիայի հետ զուգակցված: Արգանդի արյան հոսքի հետազոտումը և նրա ցուցանիշների որոշումը կատարվել է ընդունված մեթոդով: Կատարվել է արգանդի զարկերակային արյան հոսքի ընդհանուր հետազոտություն էնդոմետրիումի և միոմետրիումի սուբէնդոմետրիալ զոտու միջով՝ դիմադրողականության (ԴԻ) և պուլսացիայի ինդեքսների (ՊԻ) որոշմամբ:

Հետազոտության արդյունքները. Արյունահոսության ժամանակ արյան հոսքի արագության կորերի դոպլերոմետրիկ ցուցանիշները բնորոշվել են բացարձակ մեծությունների աճով, ինչպես առավելագույն սիստոլիկ, այնպես էլ վերջնական դիաստոլիկ արյան հոսքի արագությամբ, որն ուղեկցվում էր անոթային դիմադրողականության իջեցմամբ: Կրկնվող արյունահոսության դեպքում արգանդային պերիտոկիայի ՊԻ և ԴԻ ցուցանիշները մոտ էին ստուգիչ խմբի ցուցանիշներին:

Եզրակացություն. Այսպիսով՝ դոպլերոմետրիան զուևային դոպլեր հետազոտությունով հանդիսանում է ոչ-ինվազիվ և ինֆորմատիվ մեթոդ՝ յուվենիլ արյունահոսությունների ժամանակ առկա հեմոդինամիկ փոփոխությունների գնահատման համար:

Ախտորոշիչ նշանակություն ունեցող կանխատեսման չափանիշներ են հանդիսացել՝ անոթային դիմադրողականության իջեցմանը զուգընթաց բարձր արագության արյան հոսքի հայտնաբերումը և էնդոմետրիումի բարձր էխոխտության գոտիներում զուևային լոկուսների առկայությունը:

Հիմնական բառեր. զուևային դոպլեր հետազոտություն, յուվենիլ արգանդային արյունահոսություն, ախտորոշիչ նշանակություն ունեցող կանխատեսման չափանիշներ:

SUMMARY

Evaluation of the Possibility of Prognosis of Juvenile Uterine Bleeding by means of Color Doppler Mapping

K. A. Tokhunts, R.R. Abrahamyan, N.R.Sargsyan (Scientific Medical Center “St. Nerses the Great”, Chair of Obstetrics and Gynecology No. 2, Yerevan State Medical University after M.Heratsi)

Objectives: The goal of the investigation is to study the possibility of using ultrasound screening by the classical method of grey scale in combination with the Color Doppler Mapping to diagnose endometrium pathology (associated with uterine bleeding) in girls in pubertal period, as well as to forecast its probability.

Material and Methods: Thirty eight girls with juvenile uterine bleeding (JUB) aged from 12 to 16, and 17 healthy girls of the same age group are examined. Uterine blood flow was studied by the method of Color Doppler Mapping combined with impulse-wave Dopplerography. The study of the blood flow in the uterus and measurement of its parameters was conducted by the standard well known technique.

The overall analysis of the blood flow in the uterine artery through endometrium and sub-endometrial zone of miometrium was conducted, and indexes of resistance (RI) and pulsation (PI) were determined.

Results: During a bleeding the Dopplerometric indexes of blood flow speed curves versus normative were characterized by increase of absolute magnitude of both the maximal systolic and the end diastolic speeds of the blood flow with concomitant decrease of vessel resistance.

In girls with recurrent bleeding the vessel resistance was observed due to the decrease of the end speed of the diastolic blood flow as compared with the data received during bleeding. was observed.

In the group of girls without recurrence, the showings of the uterine perfusion, indexes of pulsation and resistance approximated those of the control group.

Conclusion: Dopplerometry with color Doppler mapping is a non-invasive and informative method of evaluation of hemodynamic changes, which accompany juvenile uterine bleeding. Diagnostically significant prognostic criteria were as follows: identification of high-speed blood flow against the decrease of vessel resistance, and presence of color loci in the zones of increased echo-density of endometrium.

Keywords: color doppler mapping, juvenile uterine bleeding, diagnostically significant prognostic criteria.

Գ.Գ.Օկուն, Ա.Պ.Պողոսյան, Ն.Ն.Ղուկասյան

**Հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիա (PROLIFT մեթոդ).
Որ հայացք գեմիտալ պրոլապսի վիրաբուժությունում**

«Էրեբունի» բժշկական կենտրոն

Հետազոտության նպատակը. Բարձրացնել գեմիտալ պրոլապսի բուժման արդյունավետությունը հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիայի միջոցով:

Հետազոտության նյութը և մեթոդները. Հողվածում ներկայացված են ներքին սեռական օրգանների արտանկումով և իջեցումով կանանց վիրաբուժական բուժման ժամանակ նոր սինթետիկ պրոտեզի օգտագործման արդյունավետության հարցերը: «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնում 2007-2009թթ. ընթացքում կատարվել է 30 վիրահատություն գեմիտալ պրոլապսի շտկման նպատակով, որի ժամանակ կիրառվել է հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիայի մեթոդը (առևտրային անվանումը PROLIFT J&J, ԱՄՆ):

Այս մեթոդի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ ցիստոցելի պլաստիկան կատարվում է պրոտեզի ազատ եզրերի օգնությամբ, որը ամրակցվում (ֆիքսվում) է տրանսօբտուրատոր arcus tendineus-ի պրոքսիմալ և դիստալ մասերում, իսկ հետին պատն աճ-րակցվում է պրոտեզով, որի ազատ եզրերը ամրակցվում են lig. sacrospinous-ի հաստության միջով, օրիգինալ պերֆորատորի օգնությամբ:

Հետազոտության արդյունքները. Գեմիտալ պրոլապսի վիրաբուժական շտկումից հետո հիվանդների հսկողության առավելագույն ժամկետը, որը կատարվել է TVM (transvaginal MESH) տեխնոլոգիայով՝ կազմել է երկու տարի: Հսկողության ընթացքում ռեցիդիվի դեպք չի գրանցվել: Միայն մի կնոջ մոտ (3,3%) նկատվել է հեշտոցի պատի էրոզիա, որի կապակցությամբ կատարվել է պրոտեզի մասնակի հեռացում: Դեպքի մանրամասնությունների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ էրոզիայի առաջացման պատճառը պայմանավորված էր պլաստիկ վիրաբուժության հիմնական սկզբունքի խախտումով: Միացվող հյուսվածքների միջև ստեղծվել էր չափից ավելի ծղվածություն, որը և հանգեցրել էր հյուսվածքների իշեմիայի: Բուժման մոտակա արդյունքները ապացուցեցին, որ ցանցի ամրակցումն ապահովում է կոնքի կառուցվածքների membrana obturatorius, arcus tendineus, lig. sacrospinous ամրության վերականգնումը: Բացի այդ, սինթետիկ նյութերի կիրառումը թույլ տվեց հետվիրահատական հիվանդների մոտ կրճատել վերականգնման (ռեաբիլիտացիայի) ժամկետը՝ 3-5 օր հոսպիտալացում, ի հաշիվ հիվանդների վաղ ակտիվացման:

Եզրակացություն. PROLIFT մեթոդի առավելությունը կայանում է դրա ունիվերսալ օգտագործման հնարավորությամբ տարբեր կատեգորիայի հիվանդների համար, ներառելով տարբեր գեմիտալ պրոլապսների ռեցիդիվները: Վիրահատությունը կարելի է կատարել, ինչպես արգանդի հեռացումով, այնպես էլ արգանդի պահպանմամբ: Այն նվազագույն տրավմատիկ է, կիրառվում է հեշտոցային եղանակով, այդ թվում էքստրագեմիտալ ախտաբանություններով հիվանդների մոտ:

Հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիան՝ PROLIFT մեթոդը, գեմիտալ պրոլապսի վիրահատական բուժման այլընտրանքային, ժամանակակից տեխնոլոգիաների վրա հիմնված շտկման արդյունավետ մեթոդ է:

Հիմնական բառեր. գեմիտալ պրոլապս, հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիա, PROLIFT մեթոդ:

Ներածություն

Գեմիտալ պրոլապսի բուժման խնդիրը մնում է արդիական, կապված այս ախտաբանության լայն տարածվածությամբ, ինչպես նաև նախկինում կատարված վիրահատություններից հետո ռեցիդիվի բարձր ռիսկով [1]:

Գրականության տվյալների համաձայն՝ յուրաքանչյուր 11 կնոջից մեկը, կյանքի ընթացքում վիրահատվում է գեմիտալ պրոլապսի կապակցությամբ [1, 2, 3], իսկ ամեն երրորդ վիրահատված կին (29,8%) ենթարկվում է կրկնակի վիրահատման [1, 5]: Ներկայումս գոյություն ունեն գեմիտալ պրոլապսի վիրահատական բուժման մոտ 400 ձև, աբդոմինալ (լապարասկոպիկ) և հեշտոցային մուտքերով, որոնցից առավելապես օգտագործվում է մոտավորապես 40-ը [1, 2, 3]: Սակայն այս վիրահատությունների հեռավոր արդյունքները չեն գոհացնում ոչ բժիշկներին, ոչ էլ հիվանդներին: Համաձայն Ս.Ն.Բուլյանովա և համահեղ. (2007) տվյալների, առաջնային կոլպոռաֆիայից հետո ռեցիդիվի հաճախականությունը կազմում է 24-31%, հետին կոլպոռաֆիայից հետո 25-35% [1]: Արգանդի հեշտոցային էքստիրպացիայից հետո, որը կատարվել է արգանդի լիակատար արտանկման կապակցությամբ, հեշտոցի գազաթի արտանկում նկատվում է

43% դեպքերում [4]: Հարկ է նշել, որ այսօր վիրահատական բուժման որոշ ձևեր գործնականում չեն կիրառվում, այդ թվում՝ լապարոսկոպիկ ապոնեկտոտիկ Mesh վազինոպեքսիա, լապարասկոպիկ սակրոկվազինոպեքսիա:

Այս անհանգստացնող տվյալների պատճառը պայմանավորված է ոչ այնքան վիրահատական տեխնիկայի թերություններով, որքան շարակցական հյուսվածքի անբավարարությամբ, որն արձանագրվել է տարբեր աստիճանի գեմիտալ պրոլապսով յուրաքանչյուր երկրորդ հիվանդի մոտ: Այս հանգամանքը հիմնավորում է սինթետիկ նյութերի կիրառման նպատակահարմարությունը՝ դիտարկելով գեմիտալ պրոլապսը որպես ճողվածքի մի տեսակ:

Շարակցական հյուսվածքի դիսպլազիայի ֆենոմենը հիմնավոր պատճառ է հանդիսանում կոնքի հատակի ֆասցիալ կառուցվածքների անբավարարության դեպքում, դրանք սինթետիկ նյութերով փոխարինելու համար:

Երկարատև պրակտիկ և տեսական հետազոտությունները հնարավորություն տվեցին մի շարք հեղինակների [1, 3] առանձնացնելու ժամանակակից MESH-ի համար հետևյալ հատկանիշների պարտադիր լինելը.

- անհրաժեշտ էլաստիկություն
- ամրություն
- թափանցելիություն
- գործվածքի չափսը 90x120սմ, (որն ապահովում է բակտերիալ թափանցելիությունը, խթանում է ֆիբրոզը և անգիոգենեզը)
- ցածր ֆիտիլ հատկությունը (մոնոֆիլամենար գործվածք)
- կենսաբանական համատեղելիություն
- տեխնիկայի մատչելիություն և ունիվերսալություն
- մատչելիություն, ցածր գին:

Վերը նշված հատկություններով է օժտված ժամանակակից պոլիպրոպիլենային ցանցը GyneMesh soft անվանումով, ինչը հաստատված է վերջին հինգ տարվա ընթացքում կատարված գիտական հետազոտություններով:

Աշխատանքի նպատակը

Բարձրացնել գենիտալ պրոլապսի բուժման արդյունավետությունը հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիայի միջոցով:

Հետազոտության նյութը և մեթոդները

«Էրեբունի» բժշկական կենտրոնում կուտակվել է բավականին մեծ փորձ ներքին սեռական օրգանների արտանկում և իջեցում ունեցող կանանց մոտ սինթետիկ տարբեր նյութերի կիրառմամբ վիրահատական բուժում իրականացնելու վերաբերյալ: 2007-2009թթ. «Էրեբունի» բժշկական կենտրոնում կատարվել է 30 վիրահատություն այն կանանց մոտ, որոնք ունեցել են ներքին սեռական օրգանների արտանկում, հեշտոցապատերի իջեցում:

Սկսած 2007թ.-ից առ այսօր մեր կողմից լայնորեն կիրառվում են պոլիպրոպիլենային ցանցային պրոտեզներ, որոնք ամբողջությամբ համապատասխանում են պրոտեզներին ներկայացվող ժամանակակից պահանջներին: Վիրահատության ժամանակ կիրառվել է օրիգինալ պրոտեզ PROLIFT առևտրային անվամբ (J&J ԱՄՆ): Ցանցի էքստրապերիտոնեալ տեղադրումը կատարվել է հեշտոցային ճանապարհով:

TVM (transvaginal MESH) հասկացողության տակ մենք միացրել ենք տարբեր տեսակի հեշտոցային վիրահատություններ, որոնց ժամանակ օգտագործվում է պոլիպրոպիլենային սինթետիկ ցանցեր soft ինդեքսով:

Մեր կողմից առանձնացվել են PROLIFT մեթոդի կիրառման սկզբունքային տարբերությունները գոյություն ունեցող հին մեթոդների համեմատությամբ, որոնք կայանում են հետևյալում`

- ցիստոցելեի պլաստիկայի ժամանակ պրոտեզի ազատ մասերը ամրակցվում (ֆիքսվում) են տրանս- օբտուրատոր arcus tendineus-ի պրոքսի-

- մալ և դիստալ մասերում,
- հետին պատը ամրակցվում է պրոտեզով, որի ազատ եզրերն ամրակցվում են lig. Sacrospinus-ի հաստության միջով, օրիգինալ պերֆորատորի օգնությամբ,
- տեղադրվելով ֆասցիայի տակ, պրոտեզը կրկնում է հեշտոցի խողովակի ձևը, ապահով հեռացնելով պրոլապսը, չի փոխում հեշտոցի ուղղվածության ֆիզիոլոգիական վեկտորը:

Հետազոտության արդյունքները

Գենիտալ պրոլապսը համարելով որպես ճողվածքի մի ձև, մեր կողմից ի սկզբանե օգտագործվում էր սինթետիկ պրոտեզ, որն ուներ ֆասցիայի դեֆեկտի ձևն ու չափը: Սակայն նման մոտեցումը չէր համապատասխանում ժամանակակից պահանջներին, որովհետև տեղի էր ունենում պրոտեզի տեղաշարժ, պատճառ հանդիսանալով կողմնային դեֆեկտների և համապատասխանաբար հանգեցնում պրոլապսի ռեցիդիվի:

Հենվելով բուժված հիվանդների մոտ ստացված տվյալների վրա, մեր կողմից կիրառված պրոտեզի չափսերը ընտրվեցին այնպես, որ դրանց չափերը գերազանցեցին դեֆեկտի չափսերը 3-4 սմ-ով, որը և կանխեց դրանց տեղաշարժը: Պրոտեզը ծածկեց ոչ միայն կենտրոնական, այլ նաև լատերալ դեֆեկտները:

Ներքին սեռական օրգանների արտանկումով և իջեցումով կանանց համար առաջարկվել են ցանցային պրոտեզի ամրակցման բազմաթիվ մեթոդներ: Քանի որ ցանցի հասարակ ամրակցումը դեֆեկտի եզրերին ուղեկցվում էր ռեցիդիվի բարձր հաճախականությամբ, նման մեթոդը այսօր պրակտիկորեն չի կիրառվում: Չարդարացրեց նաև Mesh-ի ամրակցումը կոնքի ոսկրային էլեմենտներին, քանի որ ձևավորվում էր հյուսվածքների ավելորդ ձգվածություն, ռեզիդություն, ինչը պատճառ էր հանդիսանում կոնքի շրջանում ցավերի առաջացման, դիսպարենոնիայի համար: Պրոտեզի տեղադրումը ազատ ձգվածությունից, առաջին անգամ առաջարկվել է Ս. Ulmsten-ի կողմից, որը հետագայում իր շարունակությունը ստացավ B.Jacquetin և M.Cosson-ի աշխատանքներում:

Մեր կողմից օգտագործեցին ներքին սեռական օրգանների արտանկումով և իջեցումով կանանց վիրահատական բուժման ժամանակ տրանսօբտուրատոր և իսչիոռեկտալ տարածությունները` ցանցի ամրացման նպատակով:

Հենց այս տիպի ամրակցումն էլ թույլ տվեց պահպանել հեշտոցի խողովակի էլաստիկությունը և ֆիզիոլոգիական ուղղվածությունը, ինչը կանխեց նաև ցավային համախտանիշը` դրական ազդելով հիվանդների կյանքի որակի վրա:

Գենիտալ պրոլապսի վիրաբուժությունում նոր տեխնոլոգիաների ներդրումը հանգեցրեց նոր բարդությունների: Ցանցի ամրակցման նպատակով տարբեր տիպի պերֆորատորների օգտագործումը, վիրահատության կատարման փակ ձևը մեծացրեց խոշոր անոթների, նյարդերի (օբտուրատոր, պուդենտալ) վնասման ռիսկը:

Մշակված վիրահատական տեխնիկայի ճիշտ կատարումը, անատոմիական կողմնորոշիչներից օգտվելը, կանխում է նման բարդությունների առաջացումը:

Հարկ է նշել ցանցի կողմից առաջացրած յուրահատուկ բարդությունները`

- հեշտոցի պատի էրոզիա,
- անընկալության ռեակցիա օտար մարմնի հանդեպ:

Ժամանակակից սինթետիկ ցանցերը պատրաստված են բարձր կենսաբանական համատեղելիությամբ օժտված նյութերից (օրինակ. պոլիպրոպիլեն) որոնք զգալիորեն իջեցրին պատվաստանյութի անընկալության հաճախականությունը:

Երկար ժամանակ ցանցի տեղադրումից հետո հեշտոցի պատի էրոզիան կազմում էր 7-10%, որը և ավելի հաճախակի հանդիպող բարդություններից էր: Էրոզիայի առաջացման գործում մեծ դեր է խաղում հյուսվածքների չափից ավելի ձգվածությունը, որը դիտվում է հեշտոցի լորձաթաղանթի լայն հատման դեպքում: Սակայն soft ցանցերի օգտագործումից հետո այդ բարդությունների հաճախականությունը զգալիորեն իջավ մոտավորապես 2-3 անգամ:

Մեր կողմից կիրառվել է լորձաթաղանթի ավելցուկը չիռեզացնելու մեթոդաբանությունը, ձևավորելով երկար հեշտոց, որը թույլ է տվել իջեցնել, ինչպես արտանկման ռեցիդիվը, այնպես էլ հեշտոցի էրոզիայի առաջացման հաճախականությունը:

MESH-ի օգտագործումը գենիտալ պրոլապսի վիրաբուժությունում համոզիչ կերպով ցույց տվեց, որ անհրաժեշտ է էլաստիկ մոնոֆիլամենտ, կենսաբանորեն իներտ նյութ: Այդ պայմաններին համապատասխանում է ժամանակակից պոլիպրոպիլենային ցանցը soft ինդեքսով:

Որովայնահատումով ուղեկցվող վիրահատությունների մի մասը փոխարինվեց լապարոսկոպիայով (օրինակ` սակրոլվազիոպեքսիա), և մինչև վերջին ժամանակներն էլ համարվում էր «նսկե չափանիշ» գենիտալ պրոլապսի բարդացած դեպքերի բուժման ժամանակ: Սակայն վիրահատության երկար տևո-

ղությունը, հակացուցումները, էքստրազենիտալ ախտաբանությամբ հիվանդների մոտ (սիրտ-անոթային հիվանդություններ, ճարպակալում, անամնեզում` որովայնի խոռոչի վիրահատություններ) խանգարում է այս մեթոդի լայն կիրառմանը: Այս թերություններից զուրկ է հեշտոցային էքստրապերիտոնոալ կոլպոպեքսիա PROLIFT մեթոդը:

Եզրակացություն

Այսպիսով, ամփոփելով ստացված տվյալները, կարելի է եզրակացնել, որ հեշտոցային էքստրապերիտոնեալ կոլպոպեքսիա PROLIFT մեթոդը հանդիսանում է այլընտրանքային ունիվերսալ վիրահատություն, կարող է կիրառվել էքստրազենիտալ ախտաբանությամբ, գենիտալ պրոլապսի տարբեր ռեցիդիվ ձևերով հիվանդների մոտ, ռեզիդուար կամ հաղորդչական ցավազրկման կիրառմամբ: Չնայած հետվիրահատական հիվանդների հետագա հսկողության արդյունքները չեն գերազանցում 48 ամիսը, այնուամենայնիվ, ելնելով ստացված տվյալներից, կարելի է անել հետևյալ եզրակացությունները`

1. Գենիտալ պրոլապսի վիրահատական բուժման գործընթացում ֆիզիկական և կենսաբանական լավագույն հատկություններով է օժտված սինթետիկ պոլիպրոպիլենե ցանցը soft ինդեքսով
2. Արզանդի և հեշտոցապատերի լրիվ արտանկման, ռեցիդիվող ձևերի, գենիտալ պրոլապսի բարդ ձևերի վիրաբուժական շտկման ժամանակ` նպատակահարմար է սինթետիկ նյութերի կիրառումը:

Գրականություն

1. Буянова С.Н., Попов А.А., Петрова В.Д., Чечнева М.А. Операция TVT В гинекологической практике/Методические рекомендации.-2007.- Москва- 21с
2. Краснопольский В.И., Попов А.А. Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия (метод Prolift)-новый метод генитального пролапса. // Женские болезни.-2005.-3.- No 18-21
3. Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Юцевич Г.В. Стрессовое недержание мочи и генитальный пролапс: хирургическое лечение с использованием импорзамещающих технологий протезирования дефектов тазового дна синтетическими материалами. Материалы “Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи”; Республика Беларусь. -2007. No.17-192.
4. Blewniewski Mariusz, Markowski Michal, Jeromin Marek, Ryzanski Waldemar, Prolift Anterior – transvaginal method of pelvic floor reconstruction /Urologia Polska 1. 2008/ 61/Supl.- p.15-18
5. Sola Dalenz V, Pardo Schanz J, Ricci Arriola P, Guiloff Fische E. Unidad de Uroginecologia y Cirugna Vaginal de Chlnica Las Condes, Las Condes, Santiago, Chile.-223P

РЕЗЮМЕ

Влагалищная экстраперитонеальная кольпопексия (PROLIFT-метод) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса

Г.Г.Окоев, А.П.Погосян, Н.Н.Гукасян, (Медицинский центр “Эребуни”)

Цель исследования. Повысить эффективность лечения генитального пролапса методом влагалищной экстраперитонеальной кольпопексии.

Материал и методы исследования. В статье описано хирургическое лечение при выпадении и опущении женских половых внутренних органов методом применения нового синтетического протеза. В медицинском центре “Эребуни” за период с 2007-2009гг. произведено 30 хирургических операций с целью коррекции генитального пролапса с применением метода влагалищной экстраперитонеальной кольпопексии (коммерческое название – PROLIFT J&J, США). Особенности метода заключаются в том, что пластика цистоцеле производится при помощи свободных краев протеза, который фиксируется в проксимальном и дистальном отделах трансобтуратора arcus tendineusa, а задняя стенка фиксируется протезом, свободные края которого фиксируются при помощи оригинального перфоратора в толще lig. Sacrospinosa.

Результаты исследования. Максимальный срок постоперационного наблюдения больных, прооперированных технологией TVM (trans-vaginal MESH) по поводу коррекции генитального пролапса, составил 2 года. В течение контрольного времени случаев рецидивов нами не наблюдалось. У одной лишь женщины (3,3%) была отмечена эрозия влагалищной стенки, по этому поводу было произведено частичное удаление протеза. Данные подробного анализа случая показали, что основной причиной возникновения эрозии явилось нарушение основного хирургического принципа. Между соединяемыми тканями создано чрезмерное напряжение, что и привело к ишемии тканей.

Ближайшие результаты лечения доказали, что фиксация сетки обеспечивает восстановление эластичности структур таза: membrana obturatoria, arcus tendineus, lig. sacrospinosa. Кроме этого, применение синтетического материала позволило сократить постоперационный реабилитационный срок до 3-5 дней за счет ранней активации больного.

Заключение. Преимущество метода PROLIFT заключается в возможности его универсального применения больными различных категорий, включая рецидивы различных видов генитального пролапса.

Операцию можно производить как с удалением матки, так и с ее сохранением. Она мини-травматична, применяется влагалищным путем, а также больным с экстрагенитальными патологиями. Метод влагалищной экстраперитонеальной кольпопексии – PROLIFT метод является альтернативным, основанным на современных технологиях, эффективным методом коррекции хирургического лечения генитального пролапса.

Ключевые слова. генитальный пролапс, влагалищная экстраперитонеальная кольпопексия, PROLIFT метод.

SUMMARY

Vaginal extraperitoneal colpexion (PROLIFT method): a new look on the surgery of genital prolapsus

G.G. Okoyev, A.P. Poghosyan, N.N. Ghukasyan (Erebouni MC)

Objective: To improve efficiency of treatment of genital prolapsus through vaginal extraperitoneal colpexion method.

Materials and methodology: In the article it is described surgical treatment of prolapsus of internal genitals by the method of using new synthetic prosthesis. For the period from 2007 to 2009 in “Erebouni” Medical Center were performed 30 surgical operations of genital prolapsus correction by the method of vaginal extra-peritoneal colpexion (commercial name – PROLIFT J&J, USA). The characteristic feature of this method is that reconstruction of cystocele is done with the help of free edges of prosthesis, which fixes proximal and distal parts of transobturator arcus tendineusa, the back wall being fixed with prosthesis, and its free edges fixed with the help of specific perforator in length of lig. sacrospinosa.

Results: The maximal period of post-operational observation of patients operated with the technology TVM (trans-vaginal MESH) for the correction of genital prolapsus, was 2 years. During the control period we did not observe any cases of relapse. Only 1 woman (3,3%) had erosion of vaginal wall, due to which partial removal of prosthesis was performed. The findings of detailed analysis of this case showed that the main reason of the origin of erosion was infringement of the main surgical principle. Excessive tension emerged between joining tissues that led to ischemia of the tissues.

The nearest results of treatment proved that net fixation provides recovery of pelvic structures elasticity membrane obturatoria, arcus tendineus, lig. sacrospinosa. Besides, using synthetic material allows reducing post-operational rehabilitation period to 3-5 days by early activation of patients.

Conclusion: The advantage of PROLIFT method is in its universal opportunities for different category patients, including different sorts of genital prolapsus relapses.

The operation can be performed with and without extirpation of the uterus, for the patients with extra-genital pathologies too. It is mini-traumatic, is performed in vaginal way. PROLIFT is an alternative, based on modern technologies, effective vaginal extra-peritoneal colpexion method of surgical treatment of genital prolapsus.

Key words: genital prolapsus, vaginal extra-peritoneal colpexion, PROLIFT method.

Р.Р.Абрамян

Субинволюция матки и плацентарная недостаточность

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии РА

Цель исследования: Изучение взаимосвязи между плацентарной недостаточностью и субинволюцией матки у перво- и повторнородящих по клиническим данным и морфологическим исследованиям плаценты.

Материал и методы исследования: Всего обследовано 651 беременных женщин. Из них 518 составили первородящие, 138 – повторнородящие. Для изучения сократительной деятельности матки и оценки состояния плода использовались фетальные мониторы с компьютерным анализом данных кардиотокографии. Производилась также амниоскопия, ультразвуковое исследование и доплерография.

Результаты исследования: Плацентарная недостаточность одинаково часто встречается у первородящих и многоплодных, т.е. у каждой третьей беременной при осложненном течении беременности и родов. Причем, у последних субинволюция матки встречается чаще. У 2/3 женщин преобладает компенсированная форма плацентарной недостаточности, а субкомпенсированная, соответственно, у первородящих у каждой четвертой и у многоплодных – у каждой третьей.

Заключение: Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что плацентарная недостаточность встречается не только у многоплодных женщин, но и у первородящих, особенно при осложненном течении беременности и родов и как следствие этого часто наблюдается субинволюция матки. Исходя из этого, целесообразно в группе высокого риска проводить морфологическое исследование плаценты, что будет способствовать раннему выявлению субинволюции матки и послеродовых септических осложнений. Следовательно, необходимо проведение соответствующего профилактического лечения.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, субинволюция матки, морфология плаценты.

Вопрос прогнозирования, профилактики и лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний, в частности, субинволюции матки и эндометрита, сохраняют свое лидирующее положение, оставаясь серьезным препятствием для эффективного послеродового восстановления здоровья женщин [6].

Термин послеродовая субинволюция матки до настоящего времени не имеет однозначного определения. Дискутируется вопрос о том, что является ли субинволюция отдельной нозологической формой или должна рассматриваться как предстадия или симптом послеродового эндометрита. В литературе имеются единичные исследования, посвященные изучению причин развития субинволюции матки в пуэрперии [5].

Поиск новых методов доклинической диагностики ранних форм патологического течения послеродового периода представляется реальным путем профилактики развития послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний. Субинволюция матки является одним из основных патогенетических механизмов возникновения послеродовых септических заболеваний [4, 7]. Исходя из этого, своевременная диагностика субинволюции матки имеет боль-

шое практическое значение.

Наиболее распространенным проявлением осложнения послеродового периода остается эндометрит. Частота его после родов составляет от 3 до 20% и определяется особенностями течения родового акта, способом родоразрешения и т.д. [1]. В настоящее время эндометрит рассматривается как начальное проявление послеродовой инфекции. Запоздалая диагностика и нерациональное лечение могут привести к дальнейшему распространению инфекции вплоть до возникновения генерализованных форм [2].

Исходя из этого, представляется целесообразным проведение комплексных сравнительных исследований с целью выявления этиопатогенетических факторов развития субинволюции матки, частоты плацентарной недостаточности, а также выявления объективных патогенетически обоснованных подходов к ее диагностике. Плацентарная недостаточность одинаково часто встречается у первородящих и многоплодных, т.е. у каждой третьей беременной при осложненном течении беременности и родов (таб. 1). Существенно отметить, что несмотря на применение современных методов исследования, по данным клиники, плацентарная

Таблица 1. Частота плацентарной недостаточности по данным клиники и морфологического исследования плаценты

Контингент пациенток	Количество обследованных женщин		ПН по данным клиники		Морфология плаценты	
	n	%	n	%	n	%
Первородящие	513	78,80	52	5,07	37/116	31,90
Многородящие	138	21,20	7	10,13	169/471	35,88
Всего	651	100,0			206/587	35,09

недостаточность отмечается лишь у каждой десятой пациентки (9,06%), при этом у первородящих – в 5,07% и у многорожавших – в 10,13%, т.е. в 2 раза реже ($p < 0,001$).

Если же сравнить частоту плацентарной недостаточности по данным клиники в сопоставлении с морфологией плаценты, то у первородящих это наблюдается в 3,54 раза реже, а у многорожавших – в 6,3 раза реже. У 2/3 женщин преобладает компенсированная форма плацентарной недостаточности, а суб-

компенсированная, соответственно, у первородящих – у каждой четвертой и у многорожавших – у каждой третьей.

Большое значение имеет изучение маркеров зрелости плаценты и плацентарной недостаточности по данным морфологии плаценты.

Особо важное значение имеет изучение частоты плацентарной недостаточности и ее связи с субинволюцией матки. По нашим данным плацентарная недостаточность проявляется у каждой третьей пациентки (табл. 3).

Таблица 2. Маркеры зрелости плаценты и плацентарной недостаточности по данным морфологии плаценты

Контингент беременных	Количество обследованных женщин		Строение плаценты (не соответствует сроку беременности, незрелость патологическая, диссоциированное созревание и др.		Формы плацентарной недостаточности	
	n	%	n	%	n	%
Первородящие	471	91,81	163	34,60	122 компенсированная	72,19
					47 субкомпенсированная	25,90
Многородящие	116	84,05	35	30,17	24 компенсированная	68,57
					11 субкомпенсированная	31,42
Всего	198	100,0				

Таблица 3. Частота плацентарной недостаточности и субинволюции матки

Контингент беременных	Плацентарная недостаточность и субинволюция матки	
	n	%
Первородящие	54 (151)	35,76
Многородящие	7 (28)	25,0
Всего	37 (116)	31,90

Установлено, что патологическая незрелость плаценты является проявлением плацентарной недостаточности. Хроническая плацентарная недостаточность характеризуется патологической незрелостью плаценты, выражающейся в диссоциированном развитии ворсинчатого хориона, инволютивно-дистрофических процессах и циркуляторных расстройствах с редукцией сосудистого русла и наличием полей хаотически склерозированных ворсин [3].

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что плацентарная недостаточность часто встречается не только у многорожавших женщин, но и у первородящих, особенно при осложненном течении беременности и родов. Следует отметить, что в группе высокого риска субинволюция матки встречается чаще.

По данным клиники, плацентарная недостаточность отмечается лишь у каждой десятой пациентки (9,06%), при этом у первородящих у каждой десятой (10,13%) и у повторнородящих в 5,07% т.е. в 2 раза реже. В сопоставлении с морфологией плаценты плацентарная недоста-

точность в клинике ставится в 3,54 раза реже у первородящих и в 6,3 раза реже у многорожавших. У 2/3 женщин преобладает компенсированная форма плацентарной недостаточности и субкомпенсированная, соответственно, у первородящих – у каждой четвертой и у многорожавших – у каждой третьей.

Литература

1. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. СПб: Спеулит, 2005, 459 с.
2. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Анкирская А.С. Основные принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений Кесарева сечения, Материалы VI Российского форума "Мать и дитя", М., 2004 С. 60-61.
3. Ковтун О.Г. Современные аспекты послеродового эндометрита. Материалы VII Российского форума "Мать и дитя", Тез. Докл. М., 2005 С. 98-99.
4. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Анкирская А.С., Антонов А.Г. Актуальные проблемы антимикробной терапии и профилактики инфекций в акушерстве, гинекологии и перинатологии. Акушерство и гинекология 2004., 1, с.3-6.
5. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. М. Медиздат, 2003, 19.
6. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова О.Г. Физиология и патология послеродового периода. Клинические лекции по акушерству и гинекологии М., Медицина 2004. С.185-209
7. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовый период: руководство М. ГЭОТАР – Меда, 2006, С. 272.

ԱՍՓՈՓՈՒՄ

Արգանդի թերկրճատում և ընկերքային անբավարարություն

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

Դետազոտության նպատակը. Հիմնվելով կլինիկական տվյալների և ընկերքի մորֆոլոգիական հետազոտությունների վրա, ուսումնասիրել կապը ընկերքային անբավարարության և արգանդի թերկրճատման միջև առաջնածին և կրկնածին կանանց մոտ:

Դետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Հետազոտվել է 651 հղի կին, որոնցից 518 առաջնածին և 138 կրկնածին: Արգանդի կծկողունակության և պտղի վիճակի գնահատման համար օգտագործվել է ֆետալ մոնիտոր, կարդիոտախոգրաֆիկ տվյալների համակարգչային վերլուծմամբ: Կատարվել է նաև ամնիոսկոպիա, գերծայնային հետազոտություն և դեպլերոգրաֆիա:

Դետազոտության արդյունքները. Ընկերքային անբավարարությունը նույնքան հաճախ է հանդիպում առաջնածինների մոտ, որքան կրկնածինների հղիության ավարտվածությանը և բարդացած ծննդաբերությանը տառապող յուրաքանչյուր երրորդ կնոջ մոտ: Մորֆոլոգիական հետազոտության տվյալների համաձայն, կլինիկորեն ընկերքային անբավարարությունը առաջնածինների մոտ 3.54 անգամ, իսկ կրկնածինների մոտ 6.3 անգամ քիչ է ավտորոշվում: Կանանց 2/3-ի մոտ գերակշռում են ընկերքային ավարտվածության կոմպենսացված ձևեր, իսկ ենթակոմպենսացվածը՝ յուրաքանչյուր 4-րդ առաջնածին և 3-րդ կրկնածին մոտ:

Եզրակացություն. Ընկերքային անբավարարությունը հանդիպում է ինչպես կրկնածինների, այնպես էլ առաջնածինների մոտ՝ հատկապես հղիության ավարտվածության և բարդացած ծննդաբերությունների դեպքում: Ընդ որում, վերջինների մոտ արգանդի թերկրճատման երևույթները ավելի հաճախակի են: Նպատակահարմար է բարձր ռիսկի խմբի ծննդաբերներին կատարել ընկերքի մորֆոլոգիական հետազոտություն, ինչը կնպաստի թերկրճատման և հետծննդյան սեպտիկ բարդությունների վաղաժամ հայտնաբերմանը և կանխարգելիչ բուժման իրականացմանը:

Հիմնական բաներ. ընկերքային անբավարարություն, արգանդի թերկրճատում, ընկերքի մորֆոլոգիա:

SUMMARY

Subinvolution of uterus and placental insufficiency

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

Objectives: To examine the links between placental insufficiency and subinvolution of uterus among primiparas and secundiparas, based on clinical data and morphological examinations of placenta.

Material and methodology: We examined 651 women, out of them 518 women were primiparous, and 138 – secundiparous. To examine the contractility of the uterus and the condition of the fetus the study used fetal monitors with computer analysis of cardiocography data. Amnioscopy, ultrasound examination and doplerometry were also used.

Results: The placental insufficiency occurs with the same frequency among either primiparas or secundiparas, i.e. in every third pregnant with complicated pregnancy and labour. As compared to the results of morphological examinations, the clinical data show that placental insufficiency is diagnosed 3.54 times rare among primiparas, and 6.3 times rare among secundiparas. In 2/3 of women, compensated forms of the disease are prevailing, meanwhile the subcompensated forms occur in every 4th primipara, and every 3rd secundipara.

Conclusion: The placental insufficiency occurs either among secundiparas, or primiparas, especially in cases of pathological pregnancy and labour complications. Meanwhile, the occurrence of subinvolution of uterus is more frequent among the latter. In the high risk group of pregnant women it is considered reasonable to perform morphological examination of uterus, which will contribute to early detection of subinvolution of uterus and postpartum septic complications, and will enable to conduct prophylactic treatment.

Key words: placental insufficiency, subinvolution of uterus, morphology of placenta.

Г.Г.Окоев*, К.Э.Абрамян*, К.К.Арустамян*, С.А.Киракосян*, Э.Э.Абрамян**

Влияние препарата “Фемостон 1/10” на гормональный статус пациенток с хирургической менопаузой

*Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка
** МЦ “Сурб Аствацамайр”

Цель исследования: Изучение характера нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы пациенток с хирургической менопаузой (ХМ) и влияние заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на динамику эндокринного гомеостаза при использовании препарата “Фемостон 1/10”.

Материал и методы исследования: Под наблюдением находились 90 женщин перименопаузального возраста с различными гинекологическими заболеваниями, которым была произведена экстирпация матки с придатками. В послеоперационном периоде 40 из них получили ЗГТ препаратом “Фемостон 1/10”.

Протокол обследования предусматривал полное комплексное гинекологическое обследование, УЗИ органов малого таза, молочных желез, исследование гормонального профиля. Оценка состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы проводилась по показателям уровней гонадотропных и периферических стероидных гормонов в плазме крови женщины перед операцией, через 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования: У обследованных женщин до операции выявлено повышение содержания фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ), снижение уровня эстрадиола (Е²) и прогестерона (Р). После гистерэктомии на фоне ЗГТ через 6 месяцев наблюдалось снижение уровня ФСГ и ЛГ на 10% (с 114,6±2,4 мЕ/мл до 103,5±2,3 мЕ/мл) и 7% (с 102,5±2,2 мЕ/мл до 95,4±1,99 мЕ/мл), соответственно, а коэффициент ЛГ/ФСГ увеличился на 4,5% по сравнению с дооперационным. Через 6 месяцев на фоне заместительной гормональной терапии наблюдалось увеличение также содержания эстрадиола на 4% (с 52,5±0,8 пг/мл до 54,8±0,8пг/мл).

С увеличением длительности гормональной терапии наблюдался благоприятный эффект лечения в дальнейшем снижении гонадотропных гормонов, а также динамическое увеличение концентрации эстрадиола, причем его уровень на фоне ЗГТ приблизился практически к базальным значениям контрольной группы (59,1±0,6 пг/мл и 61,5±0,5 пг/мл, соответственно). Через 6 месяцев после гистерэктомии с придатками без ЗГТ, обращало на себя внимание повышение уровня ФСГ – на 16,7% (с 117,6±2,4 мЕ/мл до 137,3±1,8 мЕ/мл) и ЛГ – на 13,9% (с 103,1±1,9 мЕ/мл до 117,5±1,3 мЕ/мл) по сравнению с дооперационными данными. Снижение уровня эстрадиола через 6 месяцев на 32,9% было достоверно значимым по сравнению с дооперационным (p<0,001). При динамическом наблюдении уровня гормонов через 12 месяцев исследования выявлена определенная закономерность увеличения содержания гонадотропинов ФСГ и ЛГ: их средние значения по сравнению с показателями до операции повысились на 34,1% и 20,1%, соответственно. За тот же временной промежуток (12 месяцев) обнаружено статистически достоверное снижение почти в 2 раза концентрации эстрадиола (p<0,001).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что препарат “Фемостон 1/10”, используемый в качестве ЗГТ с ранних сроков послеоперационного периода в течение одного года способствует нормализации гормонального гомеостаза женщины перименопаузального периода с хирургической менопаузой посредством фармакологической замены утраченной гормональной функции.

Ключевые слова: хирургическая менопауза, гормональный статус, заместительная гормональная терапия.

В последние годы отмечен рост числа гинекологических заболеваний, требующих оперативного вмешательства. Большинство гинекологов придерживаются тактики органосохраняющих оперативных вмешательств. Хирургическое выключение функции яичников сопровождается резким снижением эстрогенной активности, приводящая к развитию постгистерэктомиического синдрома (ПГС) у большинства пациенток, проявляющееся развитием психо-эмоциональных расстройств, нейро-эндокринных осложнений, требующие длительной терапии [5, 6, 10]. Для коррекции подобных нарушений эффективным средством является применение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) [2, 3, 4, 7, 8, 9].

Помимо оценки выраженности психо-эмоциональных, вегето-невротических и обменно-эндокринных проявлений у больных, перенесших гистерэктомию, прогностическое значение при ПГС также имеют уровни фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола (Е²), которые позволяют установить функциональную активность яичников и степень изменений гипоталамо-гипофизарной системы [1, 3, 10]. Высокие показатели ФСГ, ЛГ и низкий уровень эстрадиола, сопоставимые с постменопаузальными значениями, отражают стойкое угасание функции яичников. У женщин с хирургической менопаузой (ХМ), патогенетически наиболее обосновано восполнение дефицита эстрогенов путем

проведения ЗГТ. Применение ЗГТ у женщин с ХМ определяется не только фармакокинетическими и фармакодинамическими эффектами препаратов, но и выбором оптимального метода лечебного воздействия на эстрогензависимые органы и системы [2, 4, 8, 9].

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилось изучение характера нарушений гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы пациенток с ХМ и влияние заместительной гормональной терапии на динамику эндокринного гомеостаза при использовании препарата “Фемостон 1/10”.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 90 женщин перименопаузального возраста с различными гинекологическими заболеваниями (основная группа): миома матки – у 82 пациенток (91,1%), гиперпластический процесс эндометрия – у 76 (84,4%) женщин, эндометриоз – у 21 (23,3%) и опухоли яичника – у 9 (10%) обследованных. Возраст обследованных женщин основной группы колебался в пределах 45-55 лет, составляя в среднем 48,8 ± 0,3 лет. Группу контроля составили женщины с физиологическим течением естественной менопаузы (n=30).

Всем пациенткам основной группы была проведена гистерэктомия с придатками традиционным лапаротомическим доступом. По ведению в послеоперационном периоде, в первую подгруппу вошли 40 пациенток, которым была проведена экстирпация матки с придатками с последующей заместительной гормональной терапией, а 50 пациенток после гистерэктомии с придатками без ЗГТ составили вторую основную подгруппу. Перед началом лечения протокол обследования предусматривал полное комплексное гинекологическое обследование, УЗИ органов малого таза, молочных желез, исследование гормонального профиля. Оценка состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы проводилось по показателям уровней гонадотропных и периферических стероидных гормонов в

плазме крови женщин перед операцией, через 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты исследования

Исходный гормональный статус пациенток основной группы до гистерэктомии характеризовался значительной вариабельностью концентраций ЛГ и ФСГ по сравнению с контрольными величинами (рис.1 и 2). Концентрации ФСГ для женщин основной и контрольной групп составляли 116,1±2,6 мЕ/мл и 56,0±2,6 мЕ/мл (p<0,001), соответственно. Значения ЛГ для основной группы были 102,8±0,5 мЕ/мл против контрольных величин 53,5±2,5 (p<0,001), вследствие чего соотношение ЛГ/ФСГ у всех обследованных больных было ниже 1 что свидетельствовало о выраженном эстрогенном дефиците.

Это подтверждается зарегистрированным низким уровнем эстрадиола в сыворотке крови: его уровень был более низким у пациенток основной группы, составив 52,5±0,8 пг/мл против контрольных 61,5±0,5 пг/мл (p<0,01). Уровень прогестерона (Р) также характеризовался незначительным снижением у всех наблюдаемых: его значения составляли в среднем 0,58±0,05 нг/мл, против контрольных 0,65±0,01 нг/мл.

Таким образом, результаты исследования гормонального статуса пациенток перименопаузального возраста выявили следующие характерные изменения: повышение содержания ФСГ и ЛГ, снижение уровня эстрадиола и прогестерона. Выявленные особенности гормонального статуса свидетельствуют о том, что возникающее в послеоперационном периоде состояние гипоестрогении влечет за собой срыв адаптационных возможностей женского организма, который довольно длительно находился в состоянии относительной компенсации, и последующее развитие ПГС.

Женщины первой основной группы (n=40) ХМ получили заместительную гормональную терапию – “Фемостон 1/10”, при этом эффективность терапии оценивалась через 6-12 месяцев

лечения. Фемостон – комбинированный эстроген-гестагенный препарат, эстрогенный компонент которого представлен микронизированным 17-β - эстрадиолом, прогестагенный компонент – дидрогестероном, являющимся по химической структуре и фармакологическому действию аналогом натурального прогестерона. Дидрогестерон обладает исключительно прогестагенной активностью, лишен анаболических, андрогенных эффектов и глюкокортикоидных свойств, что определяет преимущества при назначении данного препарата женщинам группы риска по дисгормональным заболеваниям молочной железы и сердечно-сосудистой системы.

Изучение гормонального статуса пациенток обеих основных подгрупп после гистерэктомии на фоне ЗГТ и без нее выявили определенную

закономерность в изменении изученных показателей (табл.1).

Согласно полученным данным, у женщин I подгруппы на фоне ЗГТ фемостоном через 6 месяцев после операции наблюдалось снижение уровня ФСГ и ЛГ на 10% (с 114,6±2,4 мЕ/мл до 103,5±2,3 мЕ/мл) и 7% (с 102,5±2,2 мЕ/мл до 95,4±1,99 мЕ/мл), соответственно, а коэффициент ЛГ/ФСГ увеличился на 4,5% по сравнению с дооперационным. Через 6 месяцев на фоне заместительной гормональной терапии наблюдалось увеличение также содержания эстрадиола на 4% (с 52,5±0,8 пг/мл до 54,8±0,8пг/мл). С увеличением длительности гормональной терапии наблюдался благоприятный эффект лечения в дальнейшем снижении гонадотропных гормонов.

Таблица 1. Динамика уровня гормонов на фоне и без заместительной гормональной терапии

ГОРМОНЫ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА	I основная подгруппа (n=40)		
		до операции	через 6 мес.	через 12 мес.
ФСГ(мЕ/мл)	56,0±2,58	114,6±2,42 (p1<0,001)	103,5±2,25 (p1<0,001) (p2<0,01)	88,7±1,49 (p1<0,01) (p2<0,01)
ЛГ(мЕ/мл)	53,5±2,45	102,5±2,19 (p1<0,001)	95,4±1,99 (p1<0,001) (p2<0,01)	82,7±1,03 (p1<0,01) (p2<0,001)
E ² (пг/мл)	61,5±0,49	52,5±0,83 (p1<0,01)	54,8±0,82 (p1<0,02) (p2>0,1)	59,11±0,55 (p1<0,05) (p2<0,001)
ГОРМОНЫ	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА	II основная подгруппа (n=50)		
		до операции	через 6 мес.	через 12 мес.
ФСГ(мЕ/мл)	56,0±2,58	117,6±2,22 (p1<0,001)	137,3±1,8 (p1<0,001) (p2<0,01)	157,7±1,01 (p1<0,001) (p2<0,001)
ЛГ(мЕ/мл)	53,5±2,45	103,1±1,97 (p1<0,001)	117,5±1,34 (p1<0,001) (p2<0,001)	123,9±1,29 (p1<0,001) (p2<0,001)
E ² (пг/мл)	61,5±0,49	55,2±0,62 (p1<0,001)	37,0±0,77 (p1<0,001) (p2<0,001)	21,6±0,57 (p1<0,001) (p2<0,001)

Примечание: p1- величины, достоверно отличающиеся от контрольных, p2 – величины, достоверно отличающиеся от дооперационных.

Средние значения ФСГ и ЛГ через 12 месяцев терапии по сравнению с дооперационными составили 114,6±2,4 мЕ/мл и 88,7±1,5 мЕ/мл и 102,5±2,2 мЕ/мл и 95,4±1,99 мЕ/мл, соответственно, и эта разница для обоих гормонов была статистически достоверной (p<0,01 и p<0,001), а коэффициент ЛГ/ФСГ достиг уровня контрольных величин.

С пролонгированием терапии до одного года наблюдалось динамическое увеличение концентрации эстрадиола, причем его уровень на фоне ЗГТ приблизился практически к базальным значениям контрольной группы (59,1±0,6 пг/мл и 61,5±0,5 пг/мл, соответственно).

На основании полученных данных можно заключить, что с увеличением длительности ЗГТ наблюдается тенденция к определенной нормализации уровня исследованных гормонов.

При анализе данных гормонального статуса пациенток II подгруппы через 6 месяцев после гистерэктомии с придатками без ЗГТ, обращало на себя внимание повышение уровня ФСГ – на 16,7% (с 117,6±2,4 мЕ/мл до 137,3±1,8 мЕ/мл) и ЛГ – на 13,9% (с 103,1±1,9 мЕ/мл до 117,5±1,3 мЕ/мл) по сравнению с дооперационными данными, что в несколько раз превышало возрастные нормы на фоне незначительного снижения соотношения ЛГ/ФСГ.

Снижение уровня эстрадиола через 6 месяцев на 32,9% было достоверно значимым по сравнению с дооперационным (p<0,001), их средние величины составили, соответственно, 52,5±0,8 пг/мл и 54,8±0,8 пг/мл.

При динамическом наблюдении уровня гормонов через 12 месяцев исследования выявлена определенная закономерность увеличения содержания гонадотропинов ФСГ и ЛГ: их средние значения по сравнению с показателями до операции повысились на 34,1% и 20,1%, соответственно. За тот же временной промежуток (12 месяцев) обнаружено статистически достоверное снижение почти в 2 раза концентрации эстрадиола (p<0,001).

Исходя из полученных результатов, можно

предположить, что удаление органа-мишени (матка) и гормональной железы (яичники) сопровождается резкой гипоэстрогенемией, что в свою очередь, стимулирует гонадотропную функцию гипофиза.

Примечательно, что у наблюдаемых женщин на фоне приема ЗГТ выраженность ПГС прогрессивно ослабевала. Однако ожидаемый клинико-лабораторный терапевтический эффект наступал медленнее, вследствие чего приходилось пролонгировать курс ЗГТ до 12 месяцев.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что препарат “Фемостон 1/10”, используемый в качестве ЗГТ с ранних сроков послеоперационного периода в течение одного года способствует нормализации гормонального гомеостаза женщин перименопаузального периода с хирургической менопаузой посредством фармакологической замены утраченной гормональной функции.

Литература

1. Абусуева З.А., Стрижова Н.В., Коробейников А.П. Особенности метаболических нарушений у женщин в менопаузе. //Материалы XII Рос. нац.конгресса Человек и лекарство, Москва, 18-22 апреля, 2005, стр.45.
2. Бутовская О.Н. Дифференцированный выбор средств в позднем репродук. возрасте.// Автореф. канд. мед. наук, М., 2006, 24С.
3. Волкова Н.И., Крайнова Н.Н. Коррекция системных нарушений у женщин с менопауз. метаб. синдромом: возможно ли использование ЗГТ. //Фарматека медицинский журнал, 2007, No5, стр. 81-86.
4. Доброхотова Ю.Э. Ливинал как средство реабилитации. после гистерэктомии. //Гинекологический журнал для практик. врачей, 2003, т.5, No2, стр.62-66.
5. Доброхотова Ю.Э. Синдром постгистерэктомии. //Климактерий, тезисы по разделу “Синдром постовариоэктомии”, 2001, N3,стр.62-67.
6. Зайдиева Я.З. Новые возможности лечения климактерических расстройств в постменопаузе. //Гинекологический журнал, 2003, No1, т.5, стр.10-15.
7. Карпович О.В., Гуменюк Р.Л. Эффективность фитоестрогенов в коррекции климактерических расстройств. //Вестник РГМУ, 2006, No2/49, стр.219.
8. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T. et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. //Women's Health Initiative Steering Committee, JAMA, 2004, 29, p.1701-1712.
9. Bergeron C, Ferenczy A. Endometrial safety of continuous combined hormone replacement therapy with 17-β-oestradiol (1 or 2 mg) and dydrogesterone. //Maturitas 2001, 37, p.191-199.
10. Busch, H., Barth-Olofsson, A.S., Rosenhagan, S., Collins A. Menopausal Transition and Psychological Development. Menopause, 2003, 10(2), p.179-187.

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

«Ֆեմոստոն 1/10»-ի ազդեցությունը վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց հորմոնալ կարգավիճակի վրա

Գ.Գ.Օկոև*, Բ.Ե.Աբրահամյան*, Կ.Կ.Արստամյան*, Ս.Ա.Կիրակոսյան*, Է.Է.Աբրահամյան** (*Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոն, **Սուրբ Աստվածամայր» բժշկական կենտրոն)

Չետազոտության նպատակը. Տվյալ հետազոտության նպատակն է պարզել հիպոթալամո-հիպոֆիզար-ձվարանային համակարգի խանգարումների բնույթը վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց մոտ և փոխարինական հորմոնալ բուժման (ՓՀԲ) ազդեցությունը հորմոնալ կարգավիճակի դինամիկայի վրա «Ֆեմոստոն 1/10» դեղամիջոցի կիրառման դեպքում:

Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Հսկողության տակ են գտնվել տարբեր գինեկոլոգիական հիվանդություններով տառապող շուրջաշտանադադարային (պերիմենոպաուզալ) տարիքի 90 կանայք, որոնք ենթարկվել են վիրահատության (արգանդի էքստիրպացիա հավելումներով): Չետազոտության շրջանում նրանցից 40-ը ստացել են փոխարինական հորմոնալ բուժում (ՓՀԲ) «Ֆեմոստոն1/10» դեղամիջոցով: Իրականացվել է համալիր գինեկոլոգիական հետազոտություն, փոքր կոնքի օրգանների, կրծքագեղձերի ՉՀ, հորմոնալ կարգավիճակի ուսումնասիրություն: Հիպոթալամո-հիպոֆիզ-ձվարանային համակարգի վիճակը գնահատվել է մինչ վիրահատությունը և դրանից 6 ու 12 ամիս անց հոմոստորոպ և ստերոիդ հորմոնների ցուցանիշների հիման վրա:

Չետազոտության արդյունքները. Չետազոտված կանանց մոտ բացահայտվել է ֆոլիկուլոլիսթազի (ՖԽՀ) ու յուրեինիզացնող հորմոնների (ԼՀ) մակարդակի բարձրացում և էստրադիոլի (Է²) և պրոգեստերոնի (Փ) մակարդակի նվազում: Հիստերեկտոմիայից 6 ամիս անց ՓՀԲ ֆոնի վրա դիտվել է ՖԽՀ և ԼՀ մակարդակների իջեցում 10%-ով (114,6±2,4 մԼ/մլ-ից մինչև 103,5±2,3 մԼ/մլ) և 7% (102,5±2 մԼ/մլ-ից մինչև 95,4±1,99 մԼ/մլ) համապատասխանաբար, իսկ ԼՀ/ՖԽՀ գործակիցը նախավիրահատական մակարդակի հետ համեմատած մեծացել է 4,5%-ով: ՓՀԲ-ն ֆոնի վրա վիրահատությունից 6 ամիս անց դիտվել է նաև էստրադիոլի մակարդակի բարձրացում 4% (52,5±0,8 պգ/մլ-ից մինչև 54,8±0,8 պգ/մլ):

Հորմոնալ բուժման տևողության մեծացմանը զուգահեռ դիտվել է բուժման դրական ազդեցություն, որը դրսևորվել է հոմոստորոպ հորմոնների մակարդակի հետագա իջեցմամբ և էստրադիոլի մակարդակի դինամիկ բարձրացմամբ: Ընդ որում, վերջինիս մակարդակը ՓՀԲ ֆոնի վրա մոտեցել է հսկիչ խմբի բազալ մեծությանը (59,1±0,6 պգ/մլ և 61,5±0,5 պգ/մլ համապատասխանաբար): Հավելումներով հիստերեկտոմիայից 6 ամիս անց առանց ՓՀԲ-ի դիտվել է ՖԽՀ-ի մակարդակի բարձրացում 16,7%-ով (117,6±2,4 մԼ/մլ-ից մինչև 137,3±1,8 մԼ/մլ) և ԼՀ-ի՝ 13,9%-ով (103,1±1,9 մԼ/մլ-ից մինչև 117,5±1,3 մԼ/մլ): Ի համեմատ նախավիրահատական մակարդակի հետ: էստրադիոլի մակարդակի նվազումը 32,9%-ով հիստերեկտոմիայից 6 ամիս անց և համեմատած նախավիրահատական մակարդակի հետ եղել է վիճակագրորեն հավաստի (p<0,001): Հորմոնների մակարդակի դինամիկ ուսումնասիրությամբ 12 ամիս անց բացահայտվել է ՖԽՀ-ի և ԼՀ-ի մակարդակի բարձրացում: Դրանց միջին մակարդակը ի համեմատ նախավիրահատականի բարձրացել է 34,1% և 20,1% համապատասխանաբար: Նույն ժամանակահատվածում (12 ամիս) հայտնաբերվել է էստրադիոլի մակարդակի վիճակագրորեն հավաստի իջեցում զրեթե 2 անգամ (p<0,001):

Եզրակացություն. Ստացված տվյալները վկայում են, որ «Ֆեմոստոն1/10»-ի կիրառումը, որպես ՓՀԲ միջոց, սկսած վաղ հետվիրահատական շրջանից 1 տարվա ընթացքում նպաստում է պերիմենոպաուզալ տարիքի վիրաբուժական դաշտանադադարով կանանց հորմոնալ հոմոստորոպի նորմալացմանը՝ հորմոնալ բուժման միջոցով փոխարինելով կորցրած հորմոնալ ֆունկցիան:

Հիմնական բառեր. վիրահատական դաշտանադադար, հորմոնալ կարգավիճակ, փոխարինական հորմոնալ բուժում:

SUMMARY

Impact of “Femoston 1/10” on the hormonal status of patients with a surgical menopause.

G.G. Okoev*, K.E. Abrahamyan*, K.K. Arustamyan*, S.A. Kirakosyan*, E.E. Abrahamyan** (* Research Center of Maternal and Child Health Protection, **Medical Center Sourb Astvatsamayr, Yerevan, Republic of Armenia)

Objective: The aim of the investigation was to study the disorders of hypothalamus-hypophysis-ovarian system in patients with surgical menopause and impact of hormonal replacement therapy by “Femoston 1/10” on the dynamics of hormonal status.

Material and methods: Ninety (90) patients with different gynecologic diseases of perimenopausal age, who underwent surgery (uterine extirpation with adnexa) were investigated. After surgery 40 of them received hormonal replacement therapy (HRT) by “Femoston 1/10”. The protocol of investigation involved complete complex gynecologic investigation, US of pelvic organs and mammalian glands, hormonal investigations. Assessment of hypothalamus- hypophysis-ovarian system status have been done according to the concentration of gonadotropine and steroid hormones before and after 6,12 months of surgery.

Results: High level of FSH and LH, low level of E² and P have been registered before surgery. Six months after the hysterectomy in patients receiving HRT decrease of FSH and LH levels on 10% and 7% correspondingly (from 114,6±2 mIU/ml to 95,4±1,99mIU/ml) were registered. The LH/FSH ratio increased on 4,5% compared with the pre-surgery level. After 6 months of HRT the level of E² increase on 4% (from 52,5±0,8 pg/ml to 54,8±0,8 pg/ml).

With the increase of the duration of hormonal treatment the positive effect of treatment continued: the dynamic decrease of gonadotropine hormones level and increase of E² were registered. The level of E² approximately reached the basal level of E² in control group (59,1±0,6 pg/ml and 61,5±0,5 pg/ml correspondingly). Six months after the hysterectomy without HRT the level of FSH increased on 16,7% (from 117,6±2,4 mIU/ml to 137,3±1,8 mIU/ml) , LH – on 13,9% (from 103,1±1,9 mIU/ml to 117,5±1,3 mIU/ml) compared with the pre-surgery level. Decrease of E² level on 32,9% compared with pre-surgery level were statistically significant (p<0,001). During the dynamic investigation of hormones 12 months after the hysterectomy the further increase of FSH and LH on 34,1% and 20,1% correspondingly compared with the pre-surgery level were registered. At the same time frame (12 months) the statistically significant decrease of E² level about 2 times was registered.

Conclusion: The obtained results show, that “Femoston 1/10” prescribed in early post surgery period as a HRT promotes normalization of hormonal homeostasis of perimenopausal age women with surgical menopause through pharmacologic replacement of lost hormonal function.

Keywords: surgical menopause, hormonal status, hormonal replacement therapy.

Н.П.Зурабян, И.В.Симонян, М.С.Манвелян, К.К.Арустамян, Э.С.Тотоян

Генетические проблемы при нарушениях репродуктивной функции

Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка

Цель исследования: Изучить генетические проблемы при нарушениях репродуктивной функции и обосновать необходимость цитогенетического исследования бесплодных супругов в таких случаях.

Материал и методы исследования: Исследованы 300 женщины репродуктивного возраста, страдающих различными формами нарушений менструальной и генетической функций и 250 мужчин среди супружеских пар с бесплодием и отягощенным акушерским и наследственным анамнезом.

Использованы клинико-генеалогический, цитогенетический методы исследования, с использованием дифференциального метода окраски хромосом G-banding, а также молекулярно-цитогенетический метод FISH (флюоресцентная гибридизация *in situ*).

Результаты исследования: Медико-генетическое консультирование показывает, что каждая 8-ая супружеская пара с нарушением репродуктивной функции нуждается в цитогенетической диагностике. Примерно в четверти случаев результаты цитогенетического анализа уточнялись молекулярно-цитогенетическим методом FISH. Среди обследованных нами женщин хромосомные аномалии были выявлены у 62 женщины (20,7%), моногенные мутации – у 85 (28,3%) женщины, наследственная предрасположенность к заболеванию отмечена у 90 (30%) обследованных. Среди обследованных нами мужчин хромосомные aberrации выявлены у 25 (10%), причем 11 из них были кандидатами на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), что составило 4,5%.

Заключение: Полученные данные указывают на необходимость цитогенетического исследования супругов перед экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО), переносом эмбриона (ПЭ) и ИКСИ (интрацитоплазматической инъекцией сперматозоида в ооцит – микроинъекцией одного сперматозоида непосредственно в яйцеклетку).

Ключевые слова: медико-генетическое исследование, бесплодие, репродуктивная функция.

Повышение рождаемости в Армении является одной из наиболее важных медико-биологических и социальных задач, которая находится в центре внимания научного и практического здравоохранения.

По данным ВОЗ бесплодный брак оказывает на демографические показатели более значительное влияние, чем невынашивание беременности и перинатальная патология вместе взятые. А современные вспомогательные репродуктивные технологии в области медицины позволяют многим супружеским парам с бесплодием, нарушением репродуктивной функции иметь генетически собственных детей. В связи с этим особую актуальность приобретает изучение генетических проблем при нарушениях репродуктивной функции.

Патологические состояния репродуктивной системы могут быть обусловлены хромосомными аномалиями, генными мутациями и наличием наследственной предрасположенности к заболеванию. Чтобы избежать появления потомства с генетической патологией плода у этой группы пациентов необходимо проведе-

ние профилактических мероприятий, которые обычно реализуются через медико-генетические консультации. Очень важно объективно информировать супружеские пары о характере генетических изменений, если таковые имеются, о риске наследования хромосомных и генных нарушений потомством, о возможностях преимплантационной и пренатальной генетической диагностики, о возможности лечения путем вспомогательных репродуктивных технологий.

В научно-исследовательском центре охраны здоровья матери и ребенка обследовано 300 женщин репродуктивного возраста, страдающих различными формами нарушений менструальной и генетической функций и 250 мужчин среди супружеских пар с бесплодием и отягощенным акушерским и наследственным анамнезом.

Цель

Данное исследование посвящено изучению генетических проблем при нарушениях репродуктивной функции.

Методы исследования

1. Клинико-генеалогический метод или метод сбора родословной. 2. Цитогенетический метод, включающий определение полового хроматина и кариотипа больных с использованием дифференциального метода окраски хромосом G-banding. 3. Молекулярно-цитогенетический метод FISH (fluorescence in situ hybridization – флюоресцентная гибридизация *in situ*).

Результаты исследования

Медико-генетическое консультирование показывает, что каждая 8-ая супружеская пара с нарушением репродуктивной функции нуждается в цитогенетической диагностике. Примерно в четверти случаев результаты цитогенетического анализа, полученные с использованием классических методов анализа хромосом, уточнялись молекулярно-цитогенетическим методом FISH.

Среди обследованных нами женщин хромосомные аномалии были выявлены у 62 женщины (20,7%) обследованных, моногенные мутации – у 85 (28,3%) женщины, наследственная предрасположенность к заболеванию отмечена у 90 (30%) обследованных. У остальных женщин наличие наследственных факторов в генезе заболевания не было установлено.

По типу нарушения менструальной функции больные респределились следующим образом: первичная аменорея – 147 больных, вторичная аменорея – 105, олигоменорея – 48 больных.

Оценка фенотипических особенностей у больных проводилась с учетом выявления дисплазий, характерных для хромосомных и генных синдромов и, прежде всего, для синдрома Шерешевского-Тернера или типичной формы дисгенезии гонад. Под нашим наблюдением находились 16 больных с этим диагнозом, которые имели кариотип 45,X/46,XX. У 36 больных нами выявлена стертая форма дисгенезии гонад с кариотипом 45,X. Тяжесть клинических проявлений находилась в прямой зависимости от преобладания клеточного клона 45,X в кариотипе.

У 8 женщин нами выявлено наличие структурных изменений X-хромосомы в кариотипе. Этими изменениями явились делеции (потери) части или всего длинного плеча X-хромосомы. Фенотипические и клинические проявления у больных зависели от размера потерянного участка X-хромосомы. Установлено, что если разрыв X-хромосомы произошел в области сегментов q13-q26, у пациенток наблюдается выраженный гипогонадизм с первичной или вторичной аменореей. При локализации точек разрыва в других сегментах X-хромосомы клинические проявления факультативны.

Выявленные нами структурные перестройки следующие:

46,X,del(X)(pter@q13:)-1;
46,X,del(X)(qter@p11:)-1;
46,X,deli(X)(pter@q21:)-1;
46,X,del(X)(pter@q26:)-1;
45,X/46,X,r(X)::p11@q21:)-1;
46,X,i(X)(pter@p10::p10@pter)-1;
46,X,i(X)(qter@q10::q10@qter-2).

Чистая форма дисгенезии гонад выявлена нами у 12 больных. Все больные страдали первичной аменореей, первичным бесплодием. Кариотип 46,XX. Генеалогические исследования выявляют аутосомно-рецессивный тип наследования. Анализ 7 семейных случаев у 6 sibсов выявил наличие редких или единичных менструаций, у 2 sibсов – переход нарушения нормальной менструальной функции в течение 1,5-2 лет в стойкую вторичную аменорею.

Синдром дисгенезии яичников нами выявлен у 13 больных, страдающих вторичной аменореей. Из 10 женщин, живущих половой жизнью, вторичное бесплодие выявлено у 3. Всего у них было 9 беременностей, из которых 6 закончились самопроизвольными выкидышами, 3 беременности были неразвивающиеся. 7 больных (53,8%) имели кариотип 46,XX, у 6 больных (46,2%) выявлены хромосомные aberrации, из коих у 4 (30,8%) – числовые нарушения хромосом, у 2 (15,4%) – структурные аномалии: 46,X,i(X)(qter@q10::q10@qter) – 1 (7,7%); 46,X,del(X)(pter@q13:)-1 (7,7%);

Синдром резистентных яичников нами выявлен у 18 больных, из коих у 5 была первичная аменорея, у 13 – вторичная аменорея. У всех больных был кариотип 46,XX. Из 16 больных, живущих половой жизнью, первичное бесплодие наблюдалось у 11 пациенток, вторичное бесплодие – у 5, роды были у 2 больных, а у 1 женщины был самопроизвольный выкидыш. Синдром истощения яичников нами выявлен у 25 больных.

Нарушение менструальной функции проходило по типу гипоменструального синдрома с задержками менструации до 3-4 месяцев. У каждой пятой больной менструации прекратились внезапно. У 7 пациенток наблюдалось бесплодие. Кариотип 46,XX имели 22 пациентки, 3 больных имели мозаицизм по половым хромосомам. Клинико-генеалогический анализ в 9 случаях выявил аутосомно-рецессивный тип наследования, в 7 случаях – аутосомно-доминантный тип наследования. Эти разноречивые данные связаны с генетической гетерогенностью синдрома.

Поликистозные яичники нами выявлены у 118 больных, из коих у 40 – типичная форма или синдром Штейна-Левенталя с аутосомно-доминантным типом наследования, у 78 – сочетанная форма синдрома поликистозных яичников с аутосомно-рецессивным типом наследования. При синдроме Штейна-Левенталя у всех больных отмечалось нарушение менструального цикла и бесплодия, у 33 больных – кариотип 46,XX, у 6 больных – кариотип 45,X/46,XX, в 1 случае выявлен кариотип 46,X,del(X)(pter@q21:). При сочетанной форме синдрома поликистозных яичников кариотип 46,XX имели 73 пациентки, мозаицизм – 45,X/46,XX выявлен у 5 больных. Изолированная гонадотропная недостаточность выявлена нами у 70 больных, из коих 67 имели кариотип 46,XX, а 3 пациентки имели кариотип 45,X/46,XX. Первичная аменорея выявлена нами у 61 пациентки, вторичная аменорея – у 9. У всех пациенток отмечалось первичное бесплодие. Генеалогический анализ семей выявил

аутосомно-рецессивный и мультифакториальный тип наследования.

При моногенном типе наследования пациентке следует разъяснить процент риска для ее ребенка унаследовать данное заболевание.

При заболеваниях, когда возможна коррекция овуляции гормональными препаратами, следует помнить, что риск хромосомных аномалий среди этих больных высок (до 14,5%). Суммация генного и хромосомного риска делают стимуляцию овуляции для этого контингента женщин противопоказанной, так как велика вероятность рождения патологического потомства. Вероятность рождения здорового потомства составляет не более 30%. В случаях спонтанного наступления беременности рекомендуется проводить пренатальную диагностику с исследованием кариотипа плода.

Среди обследованных нами мужчин хромосомные аберрации выявлены у 25, что составило 10%, причем 11 из них были кандидатами на экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), что составило 4,5% и соответствует данным литературы, указывая на необходимость цитогенетического исследования супругов перед ЭКО, переносом эмбриона (ПЭ) и ИКСИ (введением/микроинъекцией одного сперматозоида непосредственно в яйцеклетку).

У 2 мужчин выявлен кариотип 47,XYU. У 10 мужчин, жены которых страдали первичным невынашиванием, выявлены крупные У хромосомы. Это подтверждает данные некоторых исследований о том, что крупные У хромосомы способствуют раннему прерыванию беременности.

У 10 мужчин выявлен синдром Клайнфельтера, что составило 4% обследованных и явилось причиной бесплодия у мужчин.

У 3 мужчин выявлена делеция У хромосомы. Обнаружение микроделций у пациентов позволило избежать гормонального и хирургического лечения. При этом надо помнить, что надо проводить преимплантационную генети-

ческую диагностику с целью переноса эмбрионов женского пола. Это позволит повысить процент имплантации, уменьшить риск спонтанного выкидыша и предупредить рождение ребенка с генетической патологией у пациентов программы ЭКО и ПЭ, ИКСИ. Кроме этого, пациенткам программы ИКСИ рекомендуется в последующем проведение пренатальной диагностики.

Заключение

Полученные данные указывают на необходи-

ԱՍՓՈՓՈՒՄ

Վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարման գենետիկ հիմնախնդիրները

Ն. Փ. Զուրաբյան, Ի. Վ. Սիմոնյան, Մ. Ս. Մանվելյան, Կ. Կ. Առուստամյան, Է. Ս. Տոտոյան (Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոն)

Չետազոտության նպատակը. Չետազոտել գենետիկ հիմնախնդիրների դերը վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարումների ժամանակ և հիմնավորել բժշկա-գենետիկական խորհրդատվության և ցիտոգենետիկական հետազոտության անհրաժեշտությունը և արդյունավետությունը նման դեպքերում:

Չետազոտության նյութն ու մեթոդաբանությունը. Չետազոտվել են վերարտադրողական տարիքի 300 կին, որոնք ունեին զանազան ժառանգական և դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներ, և չբերությամբ տառապող և բարդացած մանկաբարձական և ժառանգական անամնեզով ամուսնական զույգերի 250 տղամարդ: Կլինիկա-գենետիկական, բջջագենետիկական հետազոտությունները կատարվել են՝ օգտագործելով քրոմոսոմների ներկման G-banding և մոլեկուլյար բջջագենետիկական FISH մեթոդները:

Չետազոտության արդյունքները. Բջջագենետիկական խորհրդատվության արդյունքները ցույց են տալիս, որ վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարումներով յուրաքանչյուր 8-րդ ամուսնական զույգն ունի բջջագենետիկական ախտորոշման անհրաժեշտություն: Բջջագենետիկական հետազոտությունների արդյունքների մեկ քառորդը (1/4) ճշտվել է մոլեկուլյար բջջագենետիկական FISH մեթոդով:

Չետազոտված կանանց մոտ քրոմոսոմային անոմալիաներ հայտնաբերվել են 62 դեպքերում (20,7%), մոնոգեն մուտացիաներ՝ 85 (28,3%) կնոջ մոտ: Չիվանդության նկատմամբ ժառանգական նախատրամադրվածություն հայտնաբերվել է հետազոտված կանանց 90-ի (30%) մոտ: Մեր կողմից հետազոտված տղամարդկանց մոտ քրոմոսոմային անոմալիաներ հայտնաբերվել են 25-ի (10%) մոտ, ընդ որում, դրանցից 11-ը (4,5%) եղել են արտամարմնային բեղմնավորման և սաղմի տեղափոխման ծրագրի թեկնածուներ:

Եզրակացություն. Չետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարումների և չբերության դեպքերում արտամարմնային բեղմնավորման (IVF – in vitro fertilization), ձվաբջջի մեջ սպերմատոզոիդի ներարկումից (ICSI – Intra Cytoplasmic Sperm Injection) առաջ և սաղմի տեղափոխման դեպքում բջջա-գենետիկական հետազոտությունների անհրաժեշտությունը:

Հիմնական բառեր. բժշկա-գենետիկական հետազոտություն, չբերություն, վերարտադրողական ֆունկցիա:

SUMMARY

Genetic Problems of Reproductive Function Failure

N. P. Zurabyan, I. V. Simonyan, M. S. Manvelyan, K. K. Arustamyan, E. S. Totoyan (Research Center of Maternal and Child Health Protection)

Objective: To study genetic problems at disorders of reproductive function. The necessity and efficiency of medical-genetic consultation and cytogenetic investigation at such cases are justified.

Material and Methods: Three hundred (300) women of the reproductive age, suffering from various forms of menstrual and genetic disorders and 250 men among married infertile couples burdened with obstetric and hereditary anamnesis are investigated.

Clinical-genealogical, cytogenetic methods of investigation, with use of a differential method of chromosome coloring (G-banding) and also molecular-cytogenetic method FISH are used.

Results: Medico-genetic consultation shows, that each 8-th married couple with disorders of reproductive function requires cytogenetic diagnostics. Approximately in a quarter of cases results of the cytogenetic analysis were specified by molecular-cytogenetic method FISH.

Among the women chromosomal anomalies have been revealed at 62 women (20,7%), monogenic mutations – at 85 (28,3%) women, hereditary predisposition to disease is noted at 90 (30%) women. Among the men chromosomal aberrations are revealed at 25 (10%): 11 from them (4,5%) were candidates for IVF (in vitro fertilization).

Conclusion: The obtained data indicate the necessity of cytogenetic investigation of spouses before IVF (in vitro fertilization), embryo transfer and ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection).

Keywords: medico-genetic investigation, infertility, reproductive function.

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ

Ր.Ր.Աբրայան

Эффективность антибиотикотерапии при некоторых инфекционных осложнениях у матери в послеродовом периоде

Институт перинатологии, акушерства и гинекологии

Ведущими этиологическими факторами являются микроорганизмы гноеродной флоры: кишечная палочка, вульгарный протей, стафилококки, стрептококки. Большую значимость приобретают такие возбудители, как энтерококки, бактероиды, возбудители, передающиеся половым путем (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, трихомонады, гарднереллы, вирусы).

Заболевание развивается при проникновении в половые пути возбудителя и при наличии благоприятных условий для его развития и размножения. Эти условия имеют место во время послеродового или послеабортного периода, во время менструаций, при различных внутриматочных манипуляциях (введении внутриматочных спиралей – ВМС, гистероскопии, гистеросальпингографии – ГСГ, диагностических выскабливаний и гистероскопических операций и др.).

Существующие естественные защитные механизмы, такие как анатомические особенности, местный иммунитет, кислая среда влагалищного содержимого, отсутствие эндокринных нарушений или серьезных экстрагенитальных заболеваний способны в подавляющем большинстве случаев предотвратить развитие генитальной инфекции. В формировании защитных механизмов принимают участие почти все органы и системы: гипоталамо-гипофизарно-адреналовая, лимфоидная, кроветворная, периферическая и центральная нервная системы и др.

Огромное значение приобретает активность медиаторов воспаления, таких как цитокины-интерлейкины (ИЛ-1, 4, 6, 8), туморнекротизи-

рующий фактор (лейкотриены, тромбоксан А₂, простагландины Е₂, F_{2α}, простаглицлин, интерферон, фактор активации тромбоцитов. В ответ на инвазию того или иного микроорганизма возникает воспалительный ответ, который, исходя из последних концепций развития септического процесса, принято называть “системным воспалительным ответом” [1, 2]. Нередко системный воспалительный ответ отличается тяжелым клиническим течением и характеризуется двумя или более признаками:

- температура тела выше 38С° или ниже 36С°;
- частоты сердечных сокращений (ЧСС) более 90 в минуту;
- частота дыхания более 20 в минуту или РаСО₂ выше 32 мм. рт. ст.;
- лейкоциты более 12000 кл/мл или менее 4000 кл/мл;
- незрелые формы более 10%.

Развитию воспаления гениталий способствуют менструации или кровотечения, анемия, наличие в полости матки остатков плодного яйца после аборта, травмы шейки матки после криминальных вмешательств или кюретаж при наличии уже клинических симптомов воспаления, шов по Широкарку при невынашивании, резорбционная способность плаценты и матки, общий и местный иммунодефицит, введенный в матку ВМС и многие другие факторы [3].

Послеродовая лихорадка

Согласно рекомендациям Объединенного комитета по материнству (the Joint Committee on

Maternal Welfare) определил послеродовую лихорадку, как “состояние при котором температура тела составляет 38С° и выше в течение любых двух из первых 10 послеродовых дней, кроме первых 24 часов, при условии, что температура измеряется во рту по стандартной методике как минимум 4 раза в сутки” [3, 4]. Такое определение предложено для того, чтобы определить дифференциальный диагноз между истинной инфекцией и небольшими повышениями температуры в раннем послеродовом периоде, в основном за счет нагрубания молочных желез. Однако 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.

Приведенное выше “официальное” определение послеродовой лихорадки напоминает о том, что не всякое повышение температуры тела говорит об инфекционном осложнении и при неясных пограничных состояниях следует избирать выжидательную наблюдательную тактику ведения пациентки. Ряд факторов предрасполагает к развитию инфекции в послеродовом периоде (см. табл. 1).

Таблица 1. Факторы, предрасполагающие к развитию послеродовых инфекций

- Материнские
- Ожирение
- Низкое социально-экономическое положение
- Анемия
- Иммунодефицит
- Хронические заболевания (например, сахарный диабет)
- Влагалищные инфекции, особенно бактериальный вагинит
- Связанные с особенностями родов
- Длительность безводного промежутка
- Затяжные роды

- Множественные влагалищные исследования во время родов
- Внутренний электронный мониторинг плода (применение катетера для измерения внутриматочного давления, скальп-электроды плода)
- Кесарево сечение, особенно при затяжной операции.

После оценки результатов обследования пациентки с лихорадкой в раннем послеродовом периоде следует обсудить вероятность наиболее частых инфекционных осложнений.

Обследование пациентки с лихорадкой

Локализация и последовательность возникновения очагов инфекции после естественного или хирургического родоразрешения относительно предсказуема.

В первый день после операции это обычно легкие (ателектазы, пневмония); на второй день – мочевыводящие пути (цистит, пиелонефрит); на третий день – сама рана (поверхностная инфекция, некротический фасциит); на четвертый день – конечности (тромбофлебиты).

Наиболее частым вариантом послеродовой инфекции является эндометрит (метрит), т. е. воспаление тканей, прилежащих к полости матки, которому обычно сопутствует лихорадка на первый или второй день после родов.

Наконец, инфекция молочных желез (мастит) может развиваться в первые несколько недель после родов, чаще у кормящих грудью женщин.

При обследовании лихорадящей пациентки следует уточнить особенности течения родов. Если, например, симптомы амнионита и фебрильная температура присутствовали уже во время родов, можно с достаточной уверенностью считать причиной лихорадки эндометрит (метрит). Очень важно оценить легочную симптоматику, возможные нарушения со стороны мочевыводящих путей, болезненность в области живота и таза. Физикальное обследование должно включать аускультацию и перкуссию легких, поколачивание по поясничной области (оценка симптома Пастернацкого),

пальпацию брюшной полости, тщательный осмотр ран, аускультацию перистальтических шумов, осмотр промежности (если была эпизиотомия или разрывы), влагалищное исследование, осмотр и пальпацию нижних конечностей и осмотр мест внутривенных инъекций. Хотя при влагалищном исследовании может обнаруживаться только болезненность матки, исследование подтверждает отток лохий. Одновременно оно позволяет оценить состояние придатков, что особенно важно при длительной лихорадке (формирование абсцесса в этой области). Посев крови на микрофлору проводится только при тяжелых проявлениях инфекции, подозрение на сепсис, особенно при высокой лихорадке или отсутствии реакции на проводимую начальную терапию [4].

Эндометрит

Острый эндометрит всегда требует антибактериальной терапии. Воспалительным процессом поражается базальный слой эндометрия вследствие инвазии специфических или неспецифических возбудителей. Защитные механизмы эндометрия, врожденные или приобретенные, такие как агрегаты Т-лимфоцитов и другие элементы клеточного иммунитета, напрямую связаны с действием половых гормонов, особенно эстрадиола, действуют совместно с популяцией макрофагов и защищают организм от повреждающих факторов.

Воспалительный процесс может распространиться и на мышечный слой, и возникает метроэндометрит и метротромбофлебит с тяжелым клиническим течением [3].

Лечение острого эндометрита вне зависимости от тяжести его проявлений начинается с антибактериальной, инфузионной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии.

Антибиотики лучше всего назначать с учетом чувствительности к ним возбудителя, дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой анаэробного инфицирования рекомендуется дополнительное применение метро-

нидазола. Учитывая очень бурное течение эндометрита, из антибиотиков предпочтительны цефалоспорины с аминигликозидами и метронидазолом. Например, цефамандол (или цефу-роксим, клафоран) по 1,0-2,0 3-4 раза в день в/м или в/в капельно + гентамицин по 80 мг. 3 раза в сутки в/м + метронидазол по 100 мл в/в капельно.

Вместо цефалоспоринов можно использовать полусинтетические пенициллины, например, ампициллин по 1,0 6 раз в сутки. Длительность такой комбинированной антибактериальной терапии зависит от клиники и лабораторного ответа, но не должна быть менее 7-10 дней. В качестве профилактики дисбактериоза с первых дней лечения антибиотиками назначают нистатин по 250000 ЕД 4 раза в день или дифлюкан по 50 мг/день в течение 1-2 недель внутрь или внутривенно [3].

Проводится дезинтоксикационная терапия.

Физиотерапевтическое лечение занимает одно из ведущих мест в лечении острого эндометрита. При нормализации температурной реакции целесообразно назначить ультразвук малой интенсивности, индуктотерапию, электромагнитное поле ВЧ или УВЧ, магнитотерапию, лазеротерапию и др.

Литература

1. Боун Р. Сепсис и септический шок // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии.- Архангельск – Тромсе. – 1995. – С. 125-139.
2. Сепсис: Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии: Руководство для врачей/ В. В. Мороз, В. Н. Лукач, Е. М. Шифман и др. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004.- 291 с.
3. Абрамченко В. В., Башмакова М. А., Корхов В. В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. – СПб. : СпецЛит, 2000. – 219 с.
4. Бекманн Ч. Р. Акушерство и гинекология / Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др. – М: Мед.лит., 2004. – 548 с.
5. Кохар М. Послеродовый сепсис: некоторые его аспекты в Индии // Репродуктивное здоровье: В 2 т. Т. 2 Редкие инфекции. Пер. с англ./ Под ред. Л. Г. Кейта, Г. С. Бергера, Д. А. Эльмана. – М.: Медицина, 1998. – С. 84-98.

ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՌՈՏ ՆՈԹԵՐ

ԱՄՆ ԱԶԳ ՆՕՎԱ ծրագրի մշակած նյութերից*

Ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների սպինալ անզգայացմամբ կեսարյան հատումները

ԱՅԿ-ն խորհուրդ չի տալիս հետծննդյան արյունահոսությունը կանխելու և վարելու համար կիրառել միզապրոստոլ

Մի խումբ ուսումնասիրողներ կատարված հետազոտությունում համեմատել են կեսարյան հատման սպինալ անզգայացումով (ՍԱ) պայմանավորված հիպոտենզիայի հաճախականությունն ու ծանրությունը ծանր պրեէկլամպսիայով (n = 30) և առողջ ծննդաբերների (n = 30) շրջանում: Սպինալ անզգայացումը կատարվել է հեղուկների 6/ե ներարկումից հետո: Ձարկերակային ճնշումը (ՁԾ) գրանցվել է նախ մինչև ՍԱ, ապա ամեն երկու րոպե մեկ ՍԱ առաջին 30 րոպեի ընթացքում:

Կլինիկորեն նշանակալի է համարվել էֆեդրինի կիրառում պահանջող հիպոտենզիան՝ սիստոլիկ ՁԾ<100մմ.սս առողջ ծննդաբերների շրջանում կամ 30%-ով միջին ՁԾ նվազում երկու խմբի համար: Հիպոտենզիայի հաճախականությունը ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների շրջանում 16,6% էր, իսկ առողջների խմբում՝ 53,3%:

Այս հետազոտության արդյունքները ցույց են տալիս, որ կեսարյան հատման համար սպինալ անզգայացման ենթարկված ծանր պրեէկլամպսիայով հղիների շրջանում հիպոտենզիան ավելի քիչ է հանդիպում և ավելի թեթև է ընթանում, համեմատած առողջ ծննդաբերների հետ: Ամեն դեպքում, հստակ հիմնավորման համար լայնածավալ հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա:

Կարդալ ավելի...

Antoine G. M. Aya, Roseline Mangin, Nathalie Vialles, Jean-Michel Ferrer, Colette Robert, Jacques Ripart, and Jean-Emmanuel de La Coussaye, Patients with Severe Preeclampsia Experience Less Hypotension During Spinal Anesthesia for Elective Cesarean Delivery than Healthy Parturients: A Prospective Cohort Comparison

http://www.anesthesia-nalgesia.org/cgi/content/abstract/97/3/867?ijkey=5e11a2178fe41f8f505445514a5d201410d73943&keytype2=tf_ipsecsha

*<http://www.nova.am/content/blogcategory/37/83/lang.am/>

2009 թ. հունիսին ԱՅԿ-ն հանդես եկավ պաշտոնական հաղորդագրությամբ հետծննդյան շրջանում միզապրոստոլի կիրառման վերաբերյալ: Միզապրոստոլը՝ պրոստագլանդին E1-ի նմանակն է, որն ուտերոտոնիկ լինելուց բացի նաև համեմատաբար էժան և սենյակային ջերմաստիճանի պայմաններում կայուն դեղ է: Այդուհանդերձ, պատահական վերահսկվող հետազոտությունների համակարգված վերլուծությունները ցույց են տալիս, որ միզապրոստոլը սակավ արդյունավետ է քան օքսիտոցինը և այլ ներարկելի ուտերոտոնիկները և ունի հաճախ հանդիպող կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսին են ջերմության բարձրացումն ու դողը: Հետծննդյան ատոնիկ արյունահոսությունը կանխելու և վարելու համար խորհուրդ է տրվում կիրառել օքսիտոցին: ԱՅԿ-ն ընդունում է, որ որոշ դեպքերում կարող է անհնար լինել օքսիտոցինի կամ այլ ներարկելի ուտերոտոնիկի կիրառումը, և միայն այդ իրավիճակներում է խորհուրդ տալիս կիրառել միզապրոստոլ:

Ներկայումս միզապրոստոլը ընդգրկված չէ ԱՅԿ-ի հիմնական դեղերի ցանկում, քանի որ՝

- չկան համոզիչ ապացույցներ միզապրոստոլի արդյունավետության վերաբերյալ
- բարձր է տենդի և դողի առաջացման հավանականությունը
- կան լուրջ կասկածներ մայրական մահացության վտանգի աճի առումով:

Միզապրոստոլի կիրառումը այլ ներարկելի ուտերոտոնիկների հետ մեկտեղ նույնպես խորհուրդ չի տրվում, քանի որ որևէ կերպ չի մեծացնում արգանդի կծկողականությունը: Որևէ այլ ուտերոտոնիկի բացակայության դեպքում, որպես վերջին ընտրություն, միզապրոստոլը պետք է տրամադրվի 200-800 մկգ դեղաչափով per os, կամ ենթալեզվային:

Կարդալ ավելի...

http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS_2009

