

A 14.00.01
Σ - 17

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԵԻԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՍԱԼՍԱՐԱՆ

ՀԱԿՈՔՅԱՆ ԼԻԼԻԹ ԽԱՉԻԿՆԱ

ԳԵՊՈ-ՊՐՈՎԵՐԱՅԻ ԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԿՐԾՔԱԳԵՂՉԵՐԻ ԵՎ ՆԵՐՔԻՆ ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ
ԳԻՍՀՈՐՄՈՆԱԼ ՀԻՎԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ժ.Գ. 00.01 «Մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա»
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների բեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

Մ Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր

ԵՐԵՎԱՆ – 2004

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ

АКОПЯН ЛИЛИТ ХАЧИКОВНА

ЛЕЧЕБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕПО-ПРОВЕРЫ
ПРИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
И ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук
по специальности 14.00.01 "Акушерство и гинекология"

ЕРЕВАН – 2004

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոնի գիտական խորհրդի նիստում

Գիտական ղեկավար՝ ՀՀ ԳԱԱ թղթ.-անդամ, ք.գ.դ., պրոֆ. Ռ. Ա. ԱԲՐԱՎԻԱՆ

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ ք.գ.դ., պրոֆ. Գ. Ա. Բեգլարյան ք.գ.դ., պրոֆ. Ռ. Ղ. Բորոյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ ՀՀ ԱՆ Մեր և մանկան առողջության պահպանման ԳՀԿ

Պաշտպանությունը կայանալու է 2004 թ. մարտի « 4 »-ին ժամը 15⁰⁰ Երևանի Մ. Հեռացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (375025, ք. Երևան, Կորյունի 2) թիվ 025 «Մանկաբուժություն և գինեկոլոգիա» մասնագիտական խորհրդի նիստում:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2004 թ. փետրվարի 2 -ին:

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար բժշկական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ՝ *Գ. Աբրամյան* Ամարյան Գ. Գ.

Тема диссертации утверждена на заседании научного совета ЦПАГ МЗ РА

Научный руководитель: член-корр. НАН РА д.м.н., проф. Р. А. АБРАМЯН

Официальные оппоненты: д.м.н., проф. Бегларян Г.А. д.м.н., проф. Бороян Р. Г.

Ведущая организация: НИЦ охраны здоровья матери и ребенка МЗ РА

Защита диссертации состоится "4" марта 2004 г. в 15⁰⁰ на заседании специализированного совета 025 "Педиатрия и гинекология" Ереванского государственного медицинского университета имени М. Герацци (375025, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕрГМУ.

Автореферат разослан 2 февраля 2004г.

Ученый секретарь специализированного совета, кандидат медицинских наук, доцент

Գ. Աբրամյան

Амарян Г. Г.

562-1004

Աշխատանքի ընդհանուր բնութագիրը

Հիմնահարցի արդիականությունը:

Մարդու վերարտադրողական առողջության հիմնախնդիրը և ընտանիքի պլանավորման հարցերը վերջին տասնամյակների ընթացքում զտնվում են ամբողջ աշխարհի հետազոտողների ուշադրության կենտրոնում [Авдеев А.А., 1989; Алюнова И.А., Robert A.Hatcher, 1997]:

Յուրաքանչյուր տարի աշխարհում զոանցվում է մոտ 80 մլն անցանկալի հղիություն, որը կազմում է բոլոր հղիությունների 30%-ը, և յուրաքանչյուր տարի 50 մլն հղիության արհեստական ընդհատում է կատարվում [WHO, 2002]:

Ամեն տարի աշխարհում կես միլիոնից ավելի կին է մահանում հղիության հետ կապված պատճառներից [Магучлова И.А., 1993; WHO, 2000]:

ԱՀԿ-ի (WHO) տվյալներով անշափահասների մոտ յուրաքանչյուր հայտնի 100 հղիությունից 24-32-ը ավարտվում է արհեստական վիժումով, որոնցից կեսը՝ ոչ լեզալ:

Հղիության ընդհատումը, որպես կանոն, բացասաբար է անդրադառնում կնոջ առողջական վիճակի վրա, դառնալով գինեկոլոգիական հիվանդացության և վերարտադրողական ֆունկցիայի հետագա խանգարման հիմնական պատճառներից մեկը [Meier K. J., McForlane D. R., 1989]:

Հայաստանում գինեկոլոգիական հիվանդացության կառուցվածքում դիստրոնիալ հիվանդությունները մեծ հաճախականությամբ են հանդիպում, և ընտանիքի պլանավորման հարցերը զտնվում են ոչ պատշաճ մակարդակի վրա: Կանայք բազմիցս դիմում են արհեստական վիժումների: Հայտնի է, որ արհեստական վիժումները խորապես խաթարում են օրգանիզմի հորմոնալ հաշվեկշիռը, բարդացնում առկա հիվանդագին վիճակը, երբեմն էլ պայմանավորում դիստրոնիալ հիվանդությունների առաջացումը:

Կանանց սեռական օրգանների և կրծքագեղձի դիստրոնիալ հիվանդությունների էտիոպաթոգենեզը (պատճառաախտածազում), կանխարգելումն ու բուժումը ժամանակակից գինեկոլոգիայի հրատապ հիմնախնդիրներից են:

Գինեկոլոգիական հիվանդությունների կառուցվածքում այս հիվանդությունների մեծ տեսակարար կշիռը, հատկապես վերարտադրողական տարիքի կանանց գերակշռումով՝ դրանց համառ, երկարատև ընթացքը, չարորակացման հնարավորությունը, կրկնվող բնույթը, էտիոլոգիայի (պատճառաբանություն), և պաթոգենեզի (ախտածազում) ոչ ամբողջովին պարզաբանվածությունը, կանխարգելման, բուժման հարցերի անորոշությունը և այլն ընդգծում են այս հիմնախնդրի արդիականությունը:

Դիստրոնիային հիվանդությունները հաճախ ընթանում են ձգձգվող արգանդային արյունահոսություններով, որոնք նկատելիորեն անդրադառնում են կանանց առողջության վրա, խանգարվում է նրանց աշխատունակությունը: Այս հիվանդու-

թյունների ֆոնի վրա հաճախ զարգանում են առաջնային կամ երկրորդային անպատրոթյուն, ինքնաբեր վիժումներ, որոնք իրենց հերթին ընդգծում է խնդրի ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիալական նշանակությունը [Свирилова И. С. и соавт., 1997]:

Վերջին տարիների հիմնարար հետազոտությունները, լայնածավալ գրականությունը վկայում են գինեկոլոգիական էնդոկրինոլոգիայի հետագա զարգացման խիստ կարևորության, կնոջ սեռական համակարգի ֆունկցիոնալ և անատոմիական բնույթի փոփոխությունների փոխկապվածության բացահայտման, սեռական օրգանների դիսհորմոնալ հիվանդությունների պաթոգենետիկ բուժման հիմնավորման անհրաժեշտության մասին [Прялеспкая В. Н. и соавт., 1991; Выхляева Е. М. и соавт., 1996; Snow R. et al., 1990; Lewis E., 1993; Romero R., 1996; Fleschner A. & Kuriak A., 1997]:

Ֆարմակոլոգիական արդյունաբերության զարգացումը թույլ է տալիս սինթեզելու և փորձարկելու նորանոր հորմոնային միջոցներ, որոնք ոչ միայն օժտված են արդյունավետ հակաբեղմնավորիչ, այլ և բուժական ազդեցությամբ՝ զանազան էնդոկրին խանգարումների բուժման համար:

Հայտնի է, որ դիսհորմոնալ հիվանդությունների դեպքում հղիության արհեստական ընդհատումը բացասաբար է անդրադառնում կնոջ վերարտադրողական առողջության վրա, ուստի այդ խումբ կանանց համար կարևոր նշանակություն ունի ոչ միայն անցանկալի հղիության կանխումը, այլ և դիսհորմոնալ վիճակի բուժումը: Ուստի նման հակաբեղմնավորիչ միջոցի ընտրությունն ունի ոչ միայն կարևոր գիտական, մաև գործնական նշանակություն:

Համաձայն գրականության տվյալների «Դեպո-պրովերա-150» (արտադրող Upjohn, USA) պրոգեստերոնի սինթետիկ ածանցյալն է՝ մեդրոստեպրոգեստերոն ացետատ, ժամանակակից ամենահարմար հակաբեղմնավորիչներից է, օժտված մաև հակաբորբոքիչ և հակաբլաստոմային մի շարք կարևոր, օգտակար հատկանիշներով [Trusell J. et al., 1992; Archer R., 1997; Benangiano G., 1997; Maston S., 1997; Reifsnider E., 1997]:

Պրեպարատը հասանելի է հասարակության լայն շրջանակների համար, այդ թվում ցածր եկամուտ ունեցող խավերին՝ ուսանողներ, փախստականներ, գործազուրկներ, զարգացող երկրների բնակիչներ և այլն [Sangi-Haghepykar H. et al., 1995; Sekadde-Kigonda G., 1996; Stewart F., 1996; Bailie et al., 1997]:

Ներկայումս խիստ արդիական է հակաբեղմնավորիչ միջոցների ճիշտ ընտրությունը, հակացուցումների դեպքում դրանց օգտագործման սահմանափակումների սահմանումը, այլապես կարող են արձանագրվել ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների օգտագործման դեպքում բազմաթիվ, մաև խիստ վտանգավոր բարդություններ, ավելի հաճախ արգանդային արյունահոսություններ, թրոմբոէմբոլիաներ և այլն [Witjaksono J. et al., 1996; Duminy P., 1997]:

Աշխատանքի նպատակը հետևյալն է.

Ներարկելի հորմոնային պատրաստուկի՝ «Դեպո-պրովերայի» բեղմնականիչ և բուժական ազդեցության գնահատումը դիսհորմոնալ հիվանդություններով տառապող կանանց շրջանում:

Հետազոտության խնդիրները.

Նպատակին հասնելու համար դրված են հետևյալ խնդիրները. Դիսհորմոնային հիվանդություններով հիվանդների հորմոնային վիճակի որոշումը.

Ներքին սեռական օրգանների վրա հակաբեղմնավորիչի ազդեցության էլազրաֆիկ գնահատումը.

Դեպո-պրովերայի ազդեցության գնահատումը կրծքագեղձերի վրա.

Հետազոտվող խմբի կանանց նպատակապես հետազոտումը հորմոնային բուժմանը բնորոշ կողմնակի ազդեցությունների հայտնաբերման նպատակով.

Դիսհորմոնային հիվանդության դեպքում այդ հակաբեղմնավորիչի կլինիկական ազդեցության գնահատումը:

Գիտական նորույթը.

Հետազոտության համալիր եղանակների արդյունքների հիման վրա մշակվել է դեպո-պրովերայի բուժական կիրառության սխեմա այնպիսի դիսհորմոնալ հիվանդությունների ժամանակ, ինչպիսիք են մաստոպաթիան (կաթնագեղձախտ), արգանդի միոման (մկանուռուցք), էնդոմետրիոզը: Միաժամանակ մշակվել է դեղորայքի տարբերակիչ նշանակման սկզբունքները՝ կախված ախտաբանության բնույթից, նոզոլոգիայից, տարիքից, կլինիկական կարգավիճակից և այլն:

Որոշված են պրեպարատի բուժական և հակաբեղմնավորիչ ազդեցության տևողությունը, մշակված են սխեմաներ՝ ելնելով օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական հնարավորություններից:

Մշակված է դեպո-պրովերայի հակաբեղմնավորիչ և բուժական կիրառության ընթացքի վերահսկողության համալիր մեթոդիկա:

Ուսումնասիրվել է դեպո-պրովերայի երկարատև կիրառման ժամանակ ի հայտ եկած կողմնակի ազդեցությունների բնույթը և արտահայտվածության աստիճանը, նշված են դրանցից խուսափելու ուղիները:

Ստացված տվյալները թույլ են տալիս բացահայտել դիսհորմոնային հիվանդությունների ախտաձևային որոշ մեխանիզմներ և դրանց հիման վրա առաջարկել նշված հիվանդությունների ախտաձևային բուժման հիմնավորված մեթոդաբանություն:

Աշխատանքի գործնական արժեքը.

Անցկացված հետազոտության արդյունքների հիման վրա առաջարկվել է դեպո-պրովերայի կիրառումը որպես լավագույն կոնտրացեպտիվ և բուժիչ պրեպարատ

դիստրոնոնային հիվանդություններով տառապող կանանց կոնսերվատիվ բուժման համար:

Պրենպարատի կիրառման շնորհիվ կարելի է հետաձգել բուժման օպերատիվ մեթոդների կիրառումը, երբ վերջինս անցանկալի է այս կամ այն պատճառով:

Առաջարկված են պրենպարատի կիրառման օպտիմալ ժամանակահատվածը և սխեմաները, որոնք ապահովում են բուժման մեծ արդյունավետություն և, միևնույն ժամանակ, նվազագույնի են հասցնում կողմնակի երևույթների առաջացումը:

Մշակված են կրծքագեղձի հիվանդությունների ախտորոշման և հիվանդների վերահսկման ազդեցիկ, բուժական մոտեցումների համալիր սխեմաներ որոնք առաջարկված են գործնական կիրառության համար:

Պաշտպանությանը ներկայացվող հիմնական դրույթները

Գեպո-պրովերայի հորմոնոթերապիայի արդյունավետությունը կախված է օրգանիզմի անհատական առանձնահատկություններից, ադապտացիոն (հարմարվողական) հմարավորություններից և նեյրոհոմոորալ կարգավորման բարդ շղթայի խանգարումների տևողությունից և ծանրության աստիճանից:

Հորմոնային պրենպարատի ընտրությունը պետք է կատարել ելնելով հիվանդության էտիոլոգիայից, պաթոգենեզից, հիվանդի տարիքից, սեռական օրգանների ֆունկցիոնալ վիճակից, դեղորայքի նկատմամբ օրգանիզմի անհատական ռեակցիայից:

Էխոգրաֆիան դեպո-պրովերայի կրծքագեղձի և արգանդի վրա ունեցած ազդեցության գնահատման լրացուցիչ ինֆորմատիվ և մատչելի եղանակ է:

Գեպո-պրովերայով բուժման կուրսերի ընթացքում անհրաժեշտ է կատարել պրենպարատի բուժական ազդեցության գնահատում հետազոտման համալիր եղանակներով, և կողմնակի երևույթների արտահայտվածության աստիճանի վերահսկողություն (յարդի ֆունկցիոնալ վիճակի, արյան մակարդման գործոնների, սրտամոթային համակարգի, ճարպային, ածխաջրային փոխանակության վիճակի գնահատում):

Հորմոնային բուժման արդյունավետության բարձրացման և կողմնակի ազդեցությունները թեթևացնելու համար բուժման համալիր սխեմայում ընդգրկել համակարգային էնզիմոթերապիան (Wobenzym):

Աշխատանքի նախնական պաշտպանությունը. Ատենախոսության նյութերը ներկայացված և քննարկված են ԵՊԲՀ-ի մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և կանանց վերարտադրողական առողջության ամբիոնի և Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոնի աշխատակիցների համատեղ նիստում (Երևան, 2003 թ.):

Հրատարակումներ. Ատենախոսության թեմայով հրատարակված է 9 գիտական աշխատանք, որոնցից երկուսը՝ հեղինակային աշխատանքներ են: Աշխատանքի արդյունքները ներկայացված ու զեկուցված են «Կրծքագեղձերի

հիվանդությունների հիմնահարցերը» թեմայով գիտագործնական կոնֆերանսում (1999թ.) և Հայաստանի առաջին միջազգային բժշկական համագումարում (2003թ.):

Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը

Ատենախոսությունը բաղկացած է ներածությունից, գրականության վերլուծությունից, հետազոտության նյութի և եղանակների նկարագրությունից, սեփական հետազոտության արդյունքներից և դրանց վերլուծությունից, ամփոփումից, եզրակացությունից, գործնական առաջարկություններից և գրականության ցանկից: Աշխատանքը շարադրված է 121 էջի վրա, պատկերագրված է 10 աղյուսակով, 2 սխեմայով և 21 նկարով:

Թվային տվյալները վերամշակված են վարիացիոն վերլուծության եղանակով JPF-info ծրագրով:

Գրականության ցանկը ներառում է 203 անվանում, որոնցից 52-ը՝ ռուսալեզու հեղինակների:

Սույն հետազոտությունը կատարվել է Պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության ու գինեկոլոգիայի և Հայ-ամերիկյան մամոգրաֆիայի կենտրոններում:

Ուսումնասիրվել են 175 կին հանրապետության տարբեր մարզերից, 30-45 տարիքի, որոնք ունեին հակաբեղմնավորիչ եղանակի ընտրության կարիք և, միաժամանակ, ունեին մաստոպաթիա, արգանդի միոմա կամ ադենոմիոզ (կամ վերոհիշյալ հիվանդությունների այս կամ այն համակցություն):

Ինչպես պարզվեց լրացուցիչ հետազոտությունների արդյունքում, նրանցից 64-ի համար առկա էին հակացուցումներ հորմոնային հակաբեղմնավորիչ նշանակման վերաբերյալ: Մնացած 111 կանայք կազմել են հետազոտության հիմնական խումբը:

Այդ կանայք ստացել են Գեպո-պրովերայի 4 ներարկումներ 150 մգ դեղաչափով, առաջինը՝ դաշտանի 5-րդ օրը, հետևյալ ներարկումները՝ 90-ական օր ընդմիջմամբ:

Հետազոտության երկրորդ փուլում հիմնական խմբից 50 կին ստացել է համակարգային էնզիմոթերապիա գերմանական “Mucos” ֆիրմայի Wobenzym դեղահաբի ձևով:

Գեղորայքը նշանակվել է հետևյալ սխեմայով. 5 հաբից՝ 3 անգամ ուտելուց 40 րոպե առաջ, 200 մլ ջրով, 1 ամսվա ընթացքում, ապա՝ 3 հաբից, 3 անգամ, 4 ամսվա ընթացքում:

Որոշվել է կանանց մարմնի զանգվածի ինդեքսն ըստ G. Brey-ի բանաձևի (1978 թ.) մարմնի քաշը (կգ-ով) հարաբերած հասակի (մետրերով) քառակուսու արժեքին: Նորմայում այն հավասար է 20-26:

Մեզի քննությունը կատարվել է գունային տեսող (Chem Strips) ցուցանիշները ներառում են մեզի տեսակարար կշիռը, PH-ը, լեյկոցիտների առկայությունը և

քանակը, միտրիտները, սպիտակուցների առկայությունն ու քանակը, բիլիռուբինի, ուռոբիլինի քանակությունը, կետոնային մարմնիկների, գլյուկոզային առկայությունն ու քանակը, թաքնված աղյան առկայությունը՝ էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի ձևով:

Կրծքագեղձերի կլինիկական քննություն. զննում, գեղձի ձևի, մաշկի գույնի, պտուկի, երակային ցանցի վիճակի, ջերմության, պտուկից արտադրության ստուգում, շոշափում՝ մատների բարձիկներով շրջանաձև շարժումներով ողջ գեղձի և անոթափոսների շրջանի շոշափում:

Մամոգրաֆիան կատարվել է դաշտանային ցիկլի 8-10-րդ օրը երկպոռեկցիոն ոչ կոնտրաստային եղանակով՝“LORAD” մակնիշի մամոգրաֆով:

Կրծքագեղձերի և վահանաձև գեղձի սոնոգրաֆիան կատարվել է “ULTRAMARK 8A” ապարատով, որ աշխատում է «գորշ սանդղակ» սկզբունքով, ժամանակի ռեալ մասշտաբում, մակերեսային 6.5 ՄՀց հաճախականությամբ գծային տրանսդյուսերով:

Որովայնի օրգանների սոնոգրաֆիան կատարվել է “MEDYSON” ապարատով, սեկտորալ 3.5 ՄՀց հաճախականությամբ տրանսդյուսերով: Մանրամասնորեն ուսումնասիրվել է կանանց լեղապարկի վիճակը, առավոտյան անոթի վիճակում, ինչպես նաև լյարդի, ենթաստամոքսագեղձի, երիկամների էխոկառուցվածքը և չափերը:

Փոքր կոնքի խոռոչի օրգանների սոնոգրաֆիան կատարվել է նույն ապարատով, երկփուլային եղանակով՝ առաջին փուլը՝ լիքը միզապարկով 3.5 ՄՀց հաճախականությամբ սեկտորալ տրանսդյուսերով, ապա դատարկ միզապարկի պայմաններում՝ տրանսվազինալ տրանսդյուսերով (5-6.5 ՄՀց): Կանայք հետազոտվել են դաշտանային ցիկլի երկու փուլերում. վաղ պրոլիֆերատիվ և ուշ սեկրետոր:

Արգանդի միոմա, էնդոմետրիումի հիպերպլազիա, ադենոմիոզ ունեցող կանանց շրջանում կատարվել է տրանսվազինալ, տրանսաբդոմինալ սոնոգրաֆիա բուժման 6-րդ և 12-րդ ամիսներին:

Մեռական օրգանների հիվանդություն չունեցող կանանց ներքին օրգանների սոնոգրաֆիա կատարվել է միայն բուժման սկզբում և վերջում:

Արգանդի պարանոցի ցիտոլոգիական (բջջաբանական) քննությունը կատարվել է ըստ Պապանիկալաուի, Ayre-ի թիակի և ցիտոլոգականի օգնությամբ բջջանյութը վերցվել է ինչպես էկտո- (արտա-), այնպես էլ էնդոցերվիքսից (ներվզիկ), առանձին ապակիներ վրա, անմիջապես ֆիքսվել է սպիրտով: Ներկվել է Պապանիկալաուի եղանակով:

Կոլպոսկոպիան (հեշտոցադիտում), կատարվել է “Karl Zeiss” ֆիբրայի կոլպոսկոպով (հեշտոցադիտակ), կիրառվել են հետևյալ ռեակտիվները՝ 3%-քացախաթթու, Լյուգոլի 3%-ջրային լուծույթ (ընդլայնված կոլպոսկոպիա):

Ախտորոշումը տրվել է միջազգային կոլպոսկոպիկ տերմինաբանությամբ, որը ընդունվել է Հռոմում արգանդի պարանոցի պաթոլոգիայի և կոլպոսկոպիայի VII համաշխարհային կոնգրեսում:

Էնդոմետրիումի բիոպսիան (կենսաքաղ), կատարվել է Medscand Endorette ֆիբրայի Endometrial biopsy cannula-ի միջոցով դաշտանային ցիկլի 21-25-րդ օրը:

Հետազոտված կանանցից 50-ին կատարվել է հորմոնային հետազոտություն. որոշվել է պրոլակտինի, պրոգեստերոնի և էստրադիոլի մակարդակն արյան մեջ դաշտանային ցիկլի յուրեինային փուլի սկզբում:

Կենսաքիմիական հետազոտություններ-Գրակամության մեջ նշվում է դեպո - պրովերայի ազդեցությամբ լիպոպրոտեիդային փոխանակության որոշ խանգարումների վերաբերյալ: Ողջ բուժման ընթացքում մենք պարբերաբար որոշվել են ընդհանուր խոլեստերինի, a-լիպոպրոտեիդների քանակությունն արյան մեջ:

Ստացված արդյունքները և վերլուծությունը՝

Ինչպես ցույց է տալիս մեր կողմից կատարված հորմոնալ քննության տվյալների վերլուծությունը, հետազոտված խմբում խանգարում տեղի ունի ոչ թե բացարձակ հիպերէստրոգենեմիայի ձևով, այլ էստրադիոլ պրոգեստերոնային փոխհարաբերության խանգարման պայմաններում:

Մեր հետազոտության արդյունքում հիվանդների հորմոնների քանակությունը՝ խմբային միջինը՝ խիստ կերպով խանգարված չէր, տեղի էր ունենում պրոլակտինի քանակության բարձրացում մինչև 16.9 մգ, ինչը մոտ է նորմայի վերին սահմանին: Նույնը վերաբերում է նաև էստրադիոլի և պրոգեստերոնի մակարդակին, որոնք մույնպես նորմայի սահմաններում են, պրոգեստերոնի արժեքը (5.0 մգ) մոտ է նորմայի ստորին, էստրադիոլինը (220.5 պգ)՝ վերին սահմանին:

Այստեղ անհրաժեշտ ենք համարում ընդգծել այն հանգամանքը, որ կանանց մոտ կոպիտ հորմոնային խանգարումներ չեն հայտնաբերված, քանի որ հետազոտված խմբում ընդգրկված կանայք պտղաբեր էին:

Մենք ուսումնասիրել ենք 110 հիվանդի գինեկոլոգիական ստատուսը և ախտորոշել հետևյալ հիվանդությունները (աղյուսակ 1):

Հետազոտված կանանց գինեկոլոգիական հիվանդությունները

Հիվանդություններ	Խումբ I		Խումբ II		Խումբ III		Ընդհանուր	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Արգանդի միումս և ֆիբրոմատոզ	19	46.4	13	33.3	26	52.0	58	44.6
Էնդոմետրիոմի հիպերպլազիա	5	12.2	1	2.6	1	2.0	7	5.4
Ֆոլիկուլային կիստա	0	0.0	4	10.3	3	6.0	7	5.4
Ադենոմիոզ	10	24.4	10	25.6	7	14.0	27	20.8
Հավելումների բորբոքում	3	7.3	5	12.8	5	10	13	10.0
Նորմա	4	9.8	6	15.4	8	16.0	18	13.8

Մենք մանրակրկիտ դիտարկել ենք բուժման ընթացքում առաջացած կողմնակի երևույթները:

Հիմնականում դիտվել է. գլխացավեր՝ 18 (16.4%), ացիկլիկ արյունահոսություն՝ 3 (2.7%), ամենոռեա՝ 37 (33.6%), դեպրեսիա՝ 11 (10%), լիբիդոյի անկում՝ 9 (8.2%) հիվանդների շրջանում:

Բուժմանը գուզընթաց փոփոխվում են կողմնակի երևույթները. ացիկլիկ արյունահոսությունների տոկոսը պակասում է, ամենոռեայինը՝ բարձրանում:

Համաձայն գրականության տվյալների, տարբեր պատճառագիտության դիալիպիդեմիաների ժամանակ էնդոմետրիալիան ունի դրական ազդեցություն, սակայն տեղեկությունը հորմոնային բեղմնական խարզելված հետևանքով առաջացած փոփոխությունների վրա էնդոմետրի ազդեցության վերաբերյալ բացակայում է:

Մենք դիտարկեցինք հիվանդների առանձին խմբերը մինչ բուժումը և բուժումից հետո: Մինչև բուժումը խոլեստերինի միջին արժեքը խմբերում 5.1 միլիմոլ/լ էր, հորմոնի ազդեցությամբ այն 6-րդ ամսում բարձրացել է մինչև 5.5, բուժման վերջում այն դառնել է 5.9, իսկ W խմբում վոբենզոլի ազդեցությամբ վերադառնել է սկզբնական արժեքին՝ 5.0 միլիմոլ/լ:

Բարձր խտությամբ լիպոպրոտեիդների քանակը 1.55 միլիմոլ/լ-ից իջնում է մինչև 1.27, իսկ էնդոմետրիալիայի շնորհիվ՝ 1.49-ից բարձրանում են մինչև 1.76 միլիմոլ/լ:

Այսպիսով, մեր կողմից կատարված լաբորատոր դիմամիկ հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ վոբենզոլի կանխում է լիպիդների փոխանակության խանգարումների առաջացումը:

Արյան ձ-լիպոպրոտեիդների և խոլեստերինի քանակական փոփոխությունների համեմատական պատկերը տարբեր դեղորայքային բուժում ստացած երկու խումբ հիվանդների շրջանում՝ բուժման 12 ամսյա դիմամիկայում

Ցուցանիշ	M ± SD		p
	Խումբ 1 դեպո-պրովերա ստացած հիվանդներ, n = 50	Խումբ 2 համակցված դեպո- պրովերա-վոբենզոլ ստացած հիվանդներ, n = 50	
Մինչ բուժումը			
Խոլեստերին	5,1 ± 0,3	5,1 ± 0,2	> 0,05
α-լիպոպրոտեիդներ	-	-	-
Բուժման 6-րդ ամիս			
Խոլեստերին	5,5 ± 0,4	5,5 ± 0,3	> 0,05
α-լիպոպրոտեիդներ	1,55 ± 0,1	1,49 ± 0,1	< 0,01
Բուժման 12-րդ ամիս			
Խոլեստերին	5,9 ± 0,3	5,0 ± 0,2	< 0,001
α-լիպոպրոտեիդներ	1,27 ± 0,1	1,76 ± 0,1	< 0,001

Հորմոնային և համակցված բուժման արդյունքներն ամփոփվել են մեկամյա բուժման վերջում, դիտարկված տարբեր տարիքային խմբերում և բուժման տակտիկայից ելնելով, հիմնվելով գործիքային տվյալների վրա:

Պարզվեց, որ դեպո-պրովերա ստացած կանանց շրջանում առավելագույն բուժական արդյունք մաստոպաթիայի դեպքում դիտվել է երրորդ տարիքային խմբում՝ 40-45տ., կազմելով 73.1%, առաջին և երկրորդ տարիքային խմբերում՝ 30-35 և 35-40 տարեկան մույնպես գրանցվել է բարձր արդյունավետություն՝ համապատասխանաբար 57.9% և 56.3%՝ միջինը ողջ խմբի համար 62.4%:

Մեր տվյալները չեն հակասում գրականության տվյալներին, մասնավորապես ըստ B.H. Прямлеская և T.T. Тагеева (1997 թ.) տվյալների դեպո-պրովերայով մաստոպաթիաների բուժման արդյունավետություն դիտվել է հիվանդների 68.5%-ի շրջանում: Համակցված բուժման դեպքում, երբ էնդոմետրիալիան գումարվեց հորմոնոթերապիային, օբյեկտիվ հետազոտությամբ դիտվեց բոլոր հիվանդների մոտ պաթոլոգիական պրոցեսի հետաճ, դրական տեղաշարժեր կրծքագեղձի

հյուսվածքում, ֆիբրոզի նվազում, կիստաների (բուշտ) փոքրացում, գեղձային հիպերպլազիայի նվազում:

Թե հորմոնային, թե համակցված բուժման դեպքում ոչ մի կնոջ կրծքագեղձերում պաթոլոգիական պրոցեսի առաջխաղացում չնկատվեց:

Մենք մանրամասնորեն ուսումնասիրել ենք մաստոպաթիայով հիվանդների ներքին սեռական օրգանների վիճակը և գնահատել ենք բուժման արդյունքը առկա հիվանդությունների պարագայում: Կատարվել է դիմամիկ ուլտրաձայնային քննություն, էնդոետրիումի հիպերպլազիայի դեպքում նաև բիոպտատի հյուսվածաբանական քննություն:

Համակցված բուժման դեպքում հիվանդությունների հետընթաց է դիտվել բոլոր հիվանդների մոտ:

Մենք կոռեկցիոն վերլուծության եղանակով ուսումնասիրել ենք կրծքագեղձերի և ներքին սեռական օրգանների բուժման արդյունավետությունը փոխկապվածությունը:

Կոռեկցիոն գործակիցը ցուցաբերում է թույլ կապ երիտասարդ տարիքային խմբում և կապի բացակայություն ավագ տարիքային խմբում:

Այսպիսով, որքան երկարատև է ախտաբանական պրոցեսը, այնքան հիպերպլաստիկ պրոցեսներն ավտոմոն են և դրական բուժական արդյունքը կրծքագեղձերի վրա դեռ չի նշանակում, որ ներքին սեռական օրգանների վրա այն նույնպես դրսևորվի:

Ուսումնասիրել ենք նաև ցավազգացության ու բուժական արդյունքի գործիքային տվյալների փոխկապակցումը. առաջին տարիքային խմբում այն բացակայում է, երկրորդում՝ թույլ է, երրորդում՝ առկա է միջին փոխկապակցվածություն:

Կրծքագեղձի հիվանդությունների բուժման գործով ավանդաբար զբաղվել են ուռուցքաբան-կրծքաբանները: Մակայն հաճախ կանայք տարերայնորեն գտնվում են տարբեր մասնագետների՝ վիրաբույժի, ուռուցքաբանի, գինեկոլոգի, թերապևտի հսկողության տակ:

Երբեմն, մաստոպաթիայի դեպքում, հետազոտությունների արդյունքում բժիշկը խնդիր է դնում որոշել մեկ հարց՝ անհրաժեշտ է վիրահատություն, թե դեռ ոչ, կարծում ենք, դա արմատապես սխալ է [Кира Е. Ф., Скрыжан О. Н., 2000]:

Երբեմն էլ նշանակվում է այնպիսի բուժում, որն ուղղված է գլխավորապես հիվանդության ախտահիշների վերացմանը, որը խիստ անբավարար է, քանզի մաստոպաթիան օրգանիզմում որոշակի անբարենպաստ կարգավիճակի դրսևորում է, ինչը կարիք ունի հայտնաբերման և վերացման, այլապես՝ բուժումն ապարդյուն կլինի:

Կանանց մոտ 75-80% դեպքերում հանդիպում է կրծքագեղձի այս կան այն հիվանդություն [Тагьева Т.Т., 2002], իրենք, հատկապես ուշ վերարտադրողական տարիքում, գերադասում են այցելել գինեկոլոգին, և ոչ թե ուռուցքաբանին. դա հոգեհուզական տեսակետից ավելի դյուրին է:

Հաշվի առնելով այդ հանգամանքը, ուռուցքաբանի խորհրդատվությունը կատարվում է Մամոգրաֆիայի կենտրոնում:

Հայտնի է, որ վախը օնկոլոգիական հիվանդությունների նկատմամբ, հատկապես 40 տարեկանից բարձր կանանց շրջանում, ֆիզիկական և հոգեկան վիճակի վատթարացման պատճառ է հանդիսանում:

Անգամ չհիմնավորված խորնիկ վախի վիճակը դառնում է դիստրես-սինդրոմի պատճառ, սկիզբ է առնում արատավոր օղակ, քանզի այդ դեպքում խորանում է ինչպես մաստոպաթիայի ընթացքը, անպես էլ կրծքագեղձի քաղցկեղի ռիսկը, որովհետև ստրեսը ռիսկի գործոն է այդ հիվանդության առաջացման համար:

Այն հարցը, որ հորմոնային բուժումը պաթոգենետիկ հիմնավորում ունի, ընդունում են գրեթե բոլոր հետազոտողները, սակայն դիֆուզ մաստոպաթիայի ժամանակ մոտեցումները պետք է լինեն խիստ, եթե չկան սեռական օրգանների հիպերպլաստիկ հիվանդություններ, ապա հորմոնային բուժում պետք է նշանակել միայն այն դեպքերում, երբ մնացած միջոցները արդյունավետ չեն [Бурдина Л. М., Бурдина И. И., 1998]:

Հորմոնային դեղորայքի նշանակումը միշտ պետք է կատարել խիստ կշռադատված, դրական և բացասական կողմերի վերլուծությամբ՝ յուրաքանչյուր հիվանդի նկատմամբ անհատական մոտեցմամբ:

Երբեմն մաստոպաթիաների բուժմամբ զբաղվում են ոչ մասնագետ բժիշկներ, որոնք նշանակում են հորմոնային դեղեր՝ ոչ հիմնավորված և առանց անհրաժեշտ նախնական հետազոտությունների:

Л. И. Сядоренко (1998) միանգամայն իրավացիորեն նշում է, որ հորմոնային բուժման անհաջող ընտրությունը կարող է պատճառ դառնալ ցավային ախտահիշի սրացման, կիստաների, հանգուցային գոյացությունների առաջացման:

Մինչ այսօր չկա այլորիք, համաձայն որի կկատարվի կրծքագեղձերի հիվանդությունների կանխարգելում, ախտորոշում և բուժում:

Այդ խնդիրն ակտիվորեն քննարկվում է նաև ռուսական գրականության մեջ [Кира Е.Ф., Скрыжан О.Н., 2000; Тагьева Т. Т., 2002]:

Այսպիսով, այս կամ այն չափով համակարգված և հիմնավորված բուժական մոտեցումների սխեմայի անհրաժեշտությունը մաստոպաթիայի բուժման

գործում վաղուց հասունացած և լուծում պահանջող խնդիր է նշված հարցով զբաղվող բոլոր բժիշկների համար:

Հայաստանում կայանում է ընտանեկան բժշկության ինստիտուտը, որը կարծում ենք, պետք է կարևորագույն նշանակություն ունենա կանանց առաջնակի կանխարգելիչ քննությունների կազմակերպման և կատարման, նրանց ճիշտ կողմնորոշման գործում:

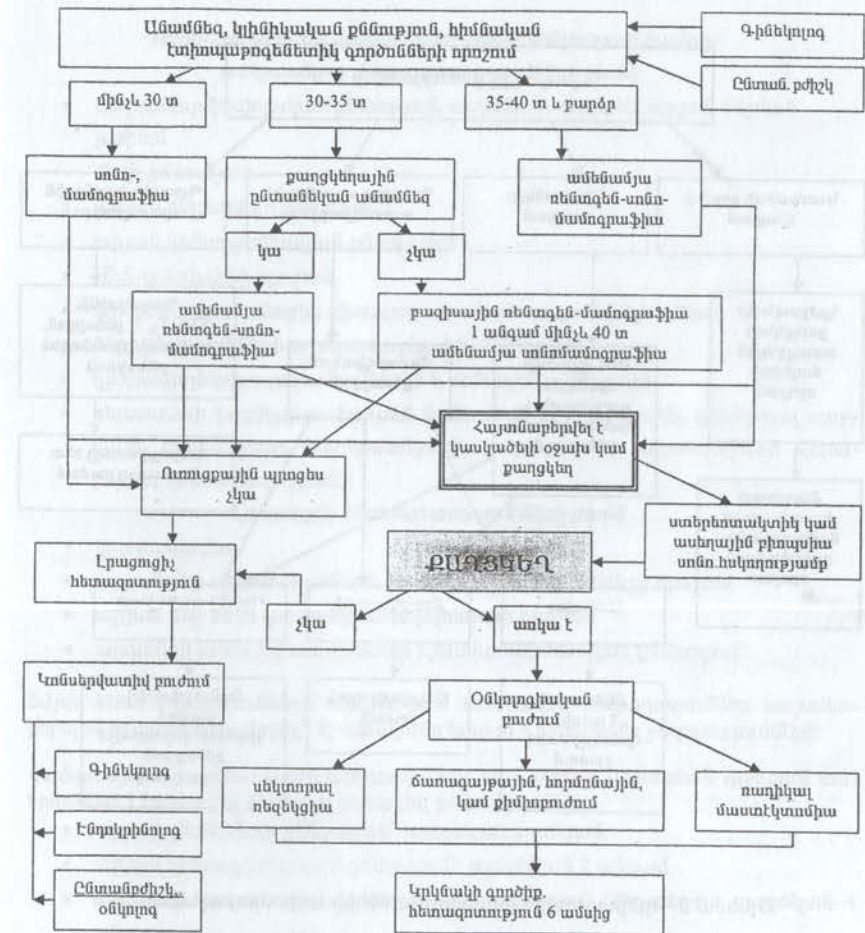
Այստեղ շատ կարևոր է կանանց անենամայա ինքնազննման տեխնիկայի ուսուցումը, ընտանեկան բժշկի և գինեկոլոգի կողմից կատարվող կլինիկական քննությունը, սոնո-մամոգրաֆիան և ռենգեն մամոգրաֆիան ըստ ալգորիթմի, ապա էնդոկրինոլոգի և ուռուցքաբան-մամոլոգի կողմից հետազոտություններ՝ ըստ անհրաժեշտության:

Հիվանդների բուժումը պետք է տարվի համալիր կերպով և լինի համակարգային մոտեցմամբ՝ ընդգրկելով բոլոր այն գործոնները, որոնք նպաստում են հիվանդության զարգացմանը:

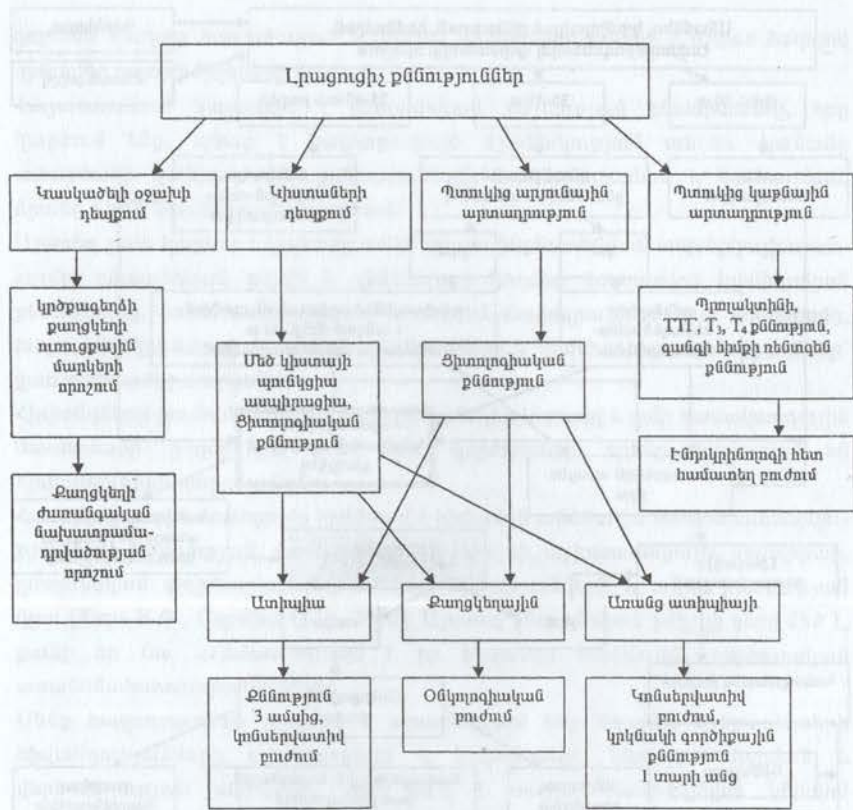
Համակարգային մոտեցումը հիմնվում է հիվանդի անձնային առանձնահատկությունների իմացության, շրջապատող միջավայրի, աշխատանքային մթնոլորտի, ընտանեկան փոխհարաբերությունների նրբությունների և այլնի իմացության վրա [Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н., 2000]: Այստեղ ընտանեկան բժիշկի դերը մեծ է, քանի որ նա ամենատեղյակն է իր հիվանդի անձնային, սոցիալական առանձնահատկություններին:

Մենք հաջողությամբ կիրառել և առաջարկում ենք ներդնել կրծքագեղձերի հիվանդությունների ախտորոշման և հիվանդների հետագա վարման և վերհսկողության ալգորիթմ, որը թույլ է տալիս մանրակրկիտ կերպով բացահայտել և վեր հանել այն բոլոր էտիոպաթոգենետիկ գործոնները, որոնք ընկած են կոնկրետ կնոջ մոտ մաստոպաթիայի զարգացման հիմքում:

Ամփոփելով մեր աշխատանքը, կարծում ենք, որ նշված ալգորիթմի կիրառությունը կբացառի կրծքագեղձի քաղցկեղի ուշ ախտորոշումը, մեծապես կնպաստի մաստոպաթիաների ճիշտ և համալիր պաթոգենետիկ հիմնավորված բուժման կատարմանը, իսկ հորմոնային բուժման ժամանակ առաջարկվող հետազոտությունները և զուգակցված բուժումը վորենզիմով կնվազեցնեն հորմոնային բուժման կողմնակի երևույթների և հնարավոր բարդությունների առաջացումը:



Մխենա 1. Կրծքագեղձի վիճակի վերահսկման և հիվանդությունների բուժման ալգորիթմ



Մխենա 2. Կրծքագեղձի հիվանդությունների էտիոպաթոգենեզի և ախտորոշման լրացուցիչ հետազոտությունների ալգորիթմ

Հանրապետությունում առաջին անգամ լայնածավալ կերպով կիրառելով դեպո-պրովերան ընտանիքի պլանավորման կաբինետներում, մենք հաշվի առնելով մաև ամերիկյան մասնագետների առաջարկությունները մշակել ենք դեղորայքի ամվտանգ նշանակման համար անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկ, որն առաջարկում ենք գործնական կիրառության համար:

Դեպո-պրովերայի նշանակման ամվտանգության համար անհրաժեշտ հետազոտությունների ցանկ

- Ընդհանուր ֆիզիկական քննություն, մարմնի զանգվածի, արյան ճնշման չափում.
- մեզի քննություն.
- արյան ընդհանուր քննություն.
- արյան կենսաքիմիական քննություն.
- HbS-ամտիզենի որոշում.
- արգանդի պարանոցից ցիտոլոգիական քննություն (Pap-տեստ).
- մերքին օրգանների ուլտրաձայնային քննություն.
- կրծքագեղձերի ուլտրաձայնային և ռենտգեն քննություն.
- թերապևտի խորհրդատվություն (անհրաժեշտ է կատարել բրոնխիալ ասթմայի, տրանզիտոր հիպերտոնիայի, շաքարախտի ախտորոշման վերաբերյալ հետազոտություն):

Լրացուցիչ հետազոտությունների ցանկ

- կոլպոսկոպիա.
- արյան մեջ էլեկտրոլիտների, հատկապես Ca-ի իոնների որոշում
- արյան մեջ օնկո-ցուցանիչ անտիգենների որոշում
- արգանդի խոռոչից ասպիրատի հյուսվածաբանական քննություն:

Տվյալ հետազոտությունների արդյունքում հնարավոր հակացուցումներ հայտնաբերելիս հակաբեղմնավորիչի նշանակումը կարող է հանգեցնել բարդությունների:

Համաձայն մեր դիտարկման արդյունքների՝ այս մեթոդի կիրառման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հետևյալ ընթացիկ քննությունները.

- արյան ընդհանուր քննություն՝ տարեկան 2 անգամ.
- արյան կենսաքիմիական քննություն՝ տարեկան 2 անգամ.
- արգանդի պարանոցից ցիտոլոգիական քննություն (Pap-տեստ)՝ տարեկան 1 անգամ
- մերքին օրգանների ուլտրաձայնային քննություն՝ տարեկան 1 անգամ.
- կրծքագեղձերի ուլտրաձայնային և/կամ ռենտգեն քննություն տարիքային նկատառումով
- ոսկրերի խտության և արյան մեջ Ca-իոնների որոշում 45-ից բարձր տարիքային խմբում:

Մեր կողմից մշակված հակաբեղմնավորիչի նշանակման պարագայում անհրաժեշտ և լրացուցիչ հետազոտությունների ցանկը թույլ կտա ժամանակին հայտնաբերել հորմոնային բուժման հետևանքով առաջացած մետաբոլիկ փոփոխությունները և կանխարգելել հնարավոր բարդությունները:

Եզրակացություններ

1. Երկարատև ազդեցության հորմոնային հակաբեղմնավորիչները բացի բեղմնականիչ բարձր արդյունավետությունից ունեն նաև դրական բուժական ազդեցություն ներքին սեռական օրգանների հիպերպլաստիկ պրոցեսներով կանանց 82.3%-ի համար, մաստոպաթիայի դեպքում 62.4%-ի համար:
2. Դեպո-պրովերա ստացած կանանց ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ դեղորայքը կրծքագեղձերում որևէ ախտաբանական պրոցես չի առաջացնում:
3. Էնդոմետրիալիան նվազեցնում է հորմոնի առաջացրած անցանկալի մետաբոլիկ փոփոխությունները, մասնավորապես՝ քաշի ավելացումը, ընդհանուր խոլեստերինի կոնցենտրացիայի ավելացումը, բարձր խտությամբ լիպոպրոտեիդների կոնցենտրացիայի նվազումը:
4. Համակցված բուժումը՝ հորմոնոթերապիայի և էնդոմետրիալիան միաժամանակյա օգտագործումը բարելավում է բոլոր հիվանդների վիճակը:
5. Դեղորայքի բուժական արդյունավետությունը կանանց վերարտադրողական համակարգի օրգանների դիսհորմոնալ հիվանդությունների դեպքում տարբեր է և կախված է պաթոլոգիական պրոցեսի բնույթից ու նրա տեղակայումից:

Գործնական առաջարկներ

1. Դեպո-պրովերան նախընտրելի հակաբեղմնավորիչ եղանակ է կրծքագեղձերի և սեռական օրգանների դիսհորմոնալ հիվանդություններով կանանց համար:
2. Մաստոպաթիայով հիվանդ կանանց պետք է կատարել ներքին օրգանների ուլտրաձայնային քննություն ներհեշտոցային եղանակով դաշտանային ցիկլի երկու փուլերում:
3. Մաստոպաթիայի հորմոնային բուժումը պետք է լինի երկարատև և համակցված:
4. Մաստոպաթիայի բուժման գործում անհրաժեշտ է գինեկոլոգի, էնդոկրինոլոգի, ընտանեկան բժշկի, ուռուցքաբանի համատեղ և համալիր աշխատանքը:
5. Հորմոնոթերապիան պետք է զուգակցել էնդոմետրիալիայի հետ. այդ պարագայում նվազում է կողմնակի երևույթների առաջացումն ու խթանվում է բուժական արդյունքը:
6. Կրծքագեղձերի հիվանդությունների ախտորոշման համար անհրաժեշտ է ներդնել մշակված ալգորիթմը:
7. Երկարատև հորմոնային հակաբեղմնավորման ժամանակ պետք է մշակել անհատական սննդակարգ՝ քաշի ավելացումից խուսափելու նպատակով:

Հրատարակված աշխատանքների ցանկ

1. Հակոբյան Լ., Հակոբյան Ա. Արգանդի միոմայի և կրծքագեղձի դիսհորմոնալ հիպերպլազիաների գուգակցումը // «Կրծքագեղձերի հիվանդությունների հիմնահարցերը» թեմայով գիտագործնական կոնֆերանսի թեզիսների ժողովածու. – Երևան, 1999. – էջ 57:
2. Հակոբյան Լ., Արրահամյան Ռ., Հակոբյան Ա. Դիսհորմոնային հիվանդությունները ժամանակակից գինեկոլոգիայի հիմնախնդիր // «Առողջապահություն» գիտամեթոդական, կազմակերպական, գործնական հանդես. – Երևան, 1998. – էջ 28-29:
3. Հակոբյան Լ., Արրահամյան Ռ. Դեպո-պրովերան որպես ժամանակակից հակաբեղմնավորիչ միջոց // «Առողջապահություն» գիտամեթոդական, կազմակերպական, գործնական հանդես. – Երևան, 1998. – էջ 36-37:
4. Հակոբյան Լ. Մաստոպաթիայի դեղորայքային բուժման արդյունավետության գնահատումը // Հայաստանի առաջին միջազգային բժշկական համագումարի նյութերի ժողովածու. – Երևան, 2003. – էջ 124:
5. Արրահամյան Ռ., Սարգսյան Ռ., Հակոբյան Լ. Новые подходы к лечению фиброзно-кистозной мастопатии // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии. – Москва, 2000. – С. 147.
6. Հակոբյան Լ., Հակոբյան Ա. Депо-провера, как лечебное средство при малых формах эндометриоза // Тезисы докладов и сообщений юбилейной научной конференции, посвященной 35летию ЕРГИУВ НИЗ МЗ Республики Армения. – Ереван, 1998. – С. 38-39.
7. Հակոբյան Լ., Հակոբյան Ա. Դեպո-պրովերայի ազդեցությունը դիֆուզ ֆիբրոզ-կիստոզ մաստոպաթիայի դեպքում // «Կրծքագեղձերի հիվանդությունների հիմնահարցերը» թեմայով գիտագործնական կոնֆերանսի թեզիսների ժողովածու. – Երևան, 1999. էջ 58:
8. Հակոբյան Լ., Մկաչյան Գ.Ս. Երկարատև ազդեցության բեղմնականխիչ դեպո-պրովերայի որոշ կողմնակի անցանկալի երևույթների հաճախությունը // «Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հրատապ խնդիրներ» գիտագործնական միջազգային կոնֆերանսի նյութեր. – Երևան, 2003. – էջ 16-17:
9. Акопян Л. Профилактика нарушений липопротеидного обмена при гормональной контрацепции с помощью системной энзимотерапии // Вестник хирургии Армении. – 2003. – Том 4. – С. 158-163.

Л. Х. Акопян

ЛЕЧЕБНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕПО-ПРОВЕРЫ
ПРИ ДИСТОРМОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ
И ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

РЕЗЮМЕ

Целью нашего исследования являлось выявление лечебной эффективности контрацептива Депо-провера у женщин с дистормональными гиперпластическими заболеваниями.

Обследовались 176 женщин в возрасте от 30 до 45 лет с мастопатиями, 111 из них принимали указанный контрацептив.

Препарат назначали по стандартной контрацептивной схеме. С 6-го месяца лечения 50 женщин получали системную энзимотерапию препаратом вобензим в течение 4 месяцев.

Всем женщинам было проведено клиническое, эхографическое, маммографическое обследование. У 50 женщин исследовался гормональный статус.

Был выявлен следующий гинекологический статус: миома матки в 44,6%, гиперплазия эндометрия – 5,4%, фолликулярная киста – 5,4%, аденомиоз – 20,8%, хроническое воспаление придатков матки – 10,0%; у остальных 13,8% патология женских половых органов не была диагностирована.

Исследование гормонального статуса выявило относительную гиперэстрогемию на фоне гиперпролактинемии. Средний групповой показатель для эстрадиола был равен 220.5pg., для прогестерона-5.0mg., для пролактина-16.9

Эффективность годичного лечения при мастопатиях составила 62,4%, при дистормональных гиперпластических заболеваниях женских внутренних половых органов достигла до 82,6%.

В литературе имеется множество сведений относительно системной энзимотерапии, регулирующей липидный обмен при различных нарушениях.

Мы опробовали воздействие вобензима при нарушениях липидного обмена под воздействием гормональной терапии.

	В n = 50	Д n = 50	
До лечения			
Общий холестерин	5,1 ± 0,3	5,1 ± 0,2	> 0,05
Липопротеиды высокой плотности	-	-	-
6 - ой месяц лечения			
Общий холестерин	5,5 ± 0,4	5,5 ± 0,3	> 0,05
Липопротеиды высокой плотности	1,55 ± 0,1	1,49 ± 0,1	< 0,01
12 - ый месяц лечения			
Общий холестерин	5,9 ± 0,3	5,0 ± 0,2	< 0,001
Липопротеиды высокой плотности	1,27 ± 0,1	1,76 ± 0,1	< 0,001

Динамическое исследование липопротеидного обмена перед контрацепцией, а также в процессе лечения показало, что под воздействием гормональной контрацепции развиваются ряд нарушений липопротеидного обмена, которые ликвидируются в результате системной энзимотерапии.

В работе разработан алгоритм диагностики и ведения больных с паталогией молочных желез. В вопросе лечения мастопатий рекомендуется совместная и комплексная деятельность гинеколога, эндокринолога и онколога.

Целесообразно проводить сочетанное лечение- гормонотерапия и энзимотерапия, что снижает вероятность возникновения ряд побочных эффектов, а также стимулирует достижение лучшего лечебного результата.

ВЫВОДЫ

1. Кроме высокой контрацептивной эффективности, гормональные контрацептивы пролонгированного действия проявляют также лечебное воздействие на женщин с гиперпластическими процессами репродуктивной системы и в 82,3% случаев и на женщин с мастопатиями в 62,4%.
2. Маммографическое исследования женщин, принимавших Депо-проверу, показали, что прием данного препарата не вызывает патологических изменений в молочной железе.
3. Энзимотерапия понижает частоту возникновения нежелательных метаболических изменений, вызванных данным контрацептивом.
4. Сочетанное лечение (одновременное применение гормонотерапии и энзимотерапии) улучшает состояние всех обследованных нами больных.
5. Лечебная эффективность препарата у женщин с дисгормональными заболеваниями органов репродуктивной системы различна и зависит от характера и локализации патологического процесса.

L. KH. HAKOBIAN

THE TREATMENT EFFICACY OF DEPO-PROVERA AT DYSHORMONAL DISEASES OF THE MAMMARY GLANDS AND INTERNAL GENITAL ORGANS

SUMMARY

The purpose of our study was the revealing of medical efficacy of contraceptive Depo-provera in women with dyshormonal diseases. There were examined 176 women aged from 30 till 45 with mastopathy, to 111 among them were prescribed injections of the mentioned contraceptive. The preparation was administered according to the standard contraceptive scheme. Beginning from the 6th month, 50 women has got the system enzymotherapy with preparation Wobenzim, for 4 months. All women underwent the clinical, sonographic, mammographic examinations. Gynecological status of the women is the following: myoma utery - in 44,6%, endometrial hyperplasia - 5,4%, follicular cysts - 5,4%, adenomyosis - 20,8%, chronic adnexitis - 10,0%; no pathology of feminine sexual organs is established in 13,8%. Efficacy of the annual treatment of mastopathy has formed 62,4%, dyshormonal hyperplastic diseases of feminine internal sexual organ - 82,6%. The dynamic study of lipoprotein exchange before contraception, as well as in process of the treatment has shown that under influence of hormonal contraception the disorders of lipoprotein exchange occur, which are diminished as a result of system enzymotherapy. The algorithm of the diagnosis and follow up mammary glands diseases is designed.



ՀՀ Ազգային գրադարան



NL1762660

