ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԴՐԱՄՊՅԱՆ ԱՇՈՏ ԱՐԱՅԻ

ԽՈՐ ԻՆՖԻԼՏՐԱՏԻՎ ԷՆԴՈՄԵՏՐԻՈԶԻ ՀԵՏ ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ ՆՈՐ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

ԺԴ.00.01- «Մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա» մասնագիտությամբ
Բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման
ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ - 2024

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

ДРАМПЯН АШОТ АРАЕВИЧ

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ АССОЦИРОВАННОЙ С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДИМЕТРИОЗОМ

АВТОРЕФЕРАТ

**Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности
14.00.01 – «Акушерство и гинекология»**

Ереван – 2024

Ատենախոսության թեման հաստատված է Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկելոգիայի ինստիտուտի գիտական խորհրդի 2017 թվականի թիվ 1 նիստում

Գիտական ղեկավար	ՀՀ ԳԱԱ ակադեմիկոս, բ.գ.դ., պրոֆեսոր Ռ.Ա. Աբրահամյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ	բ.գ.դ. Կ.Հ. Թոխունց բ.գ.թ. Վ.Մ. Գյուլխասյան
Առաջատար կազմակերպություն	«Բեգլարյան» ԲԿ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա 26.12.2024թ. ժ. 15:00-ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանին կից գործող 061 «Մանկաբարձագինեկոլոգիայի և ուռուցքաբանության» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, ք. Երևան, Կորյունի 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:
Սեղմագիրն առաքված է 2024թ. նոյեմբերի 23-ին:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար բ.գ.դ., պրոֆեսոր Տ.Գ. Ավագյան

Тема утверждена на заседании Республиканского института, перинатологии, акушерсва и гинекологии от 2017 N1

Научный руководитель:	академик НАН РА, д.м.н., профессор Р.А. Абрамян
Официальные оппоненты:	д.м.н. К.А.Тохунц к.м.н. В.М. Гюлхасян
Ведущая организация:	МЦ «Бегларян»

Защита состоится 26.12.2024 в 15:00 на заседании специализированного Совета 061 по «Акушерству, гинекологии и онкологии», при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци (РА, 0025, г. Ереван, ул. Корюна 2)
С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. Гераци
Автореферат разослан 23 ноября, 2024г.

Ученый секретарь
специализированного совета д.м.н., профессор Т.Г. Авакян

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը

Սեռական էնդոմետրիոզը ժամանակակից բժշկության կարևորագույն հիմնախնդիրներից մեկն է (Адамян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н., 2016; World health statistics, 2015): Համաձայն վերջին տարիների հրապարակումների (Adamson G.D., Kennedy S.H., Hummelshoj L., 2010; Brown J., Farquhar C., 2014), աշխարհում 15-49 տարեկան տարիքի 176մլն կին տառապում են էնդոմետրիոզով: Վերջինս խաթարում է կանանց կյանքի որակը, իջեցնում աշխատունակությունը, մեծ վտանգ է ներկայացնում վերարտադրողական ֆունկցիայի համար և անպտղության հիմնական պատճառներից մեկն է աշխարհում (Дмитрян Ю.Э., Бекова Б.Р., 2017; Коган Е.А., Акопова Е.О., Унанян А.Л., 2017; Меджидова А.М., Эседова А.Э., 2017; Ashrafi M., Arabipoor A., Hemat M., Salman-Yazdi R. 2019): Հիմնախնդիրը ստանում է առանձնահատուկ կարևորություն կապված էնդոմետրիոզի հետ զուգակցված անպտղության ախտորոշման ու բուժման հետ, հատկապես ցածր ծնելիություն ունեցող երկրներում (Дубровина С.О., Берлим Ю.Д., Вовкочина М.А., Александрина А.Д., и др, 2021; World fertility report. New York: United Nations Population Division, 2015; What is the true prevalence of infertility? http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012): Անպտղության հիմնական պատճառները սեռական էնդոմետրիոզի դեպքում անովուլյուցիան է, ձվարանային ռեզերվի, ձվաբջիջների որակի և բեղմնավորման հավանականության իջեցումը, էմբրիոնի իմպլանտացիայի խանգարումները (Human Fertilisation and Embryology Authority. A longterm analysis of register data 1991-2006, 2007; Maignien C., Santulli P., Gayet V., Lafay-Pillet M.C. et.al., 2017; Santulli P., Tran C., Gayet V., Bourdon M., et al., 2018): Մեծ դեր ունի անպտղության գենեզում նաև կպումնային պրոցեսով և արգանդափողերի մոտորիկայի դիսֆունկցիայով պայմանավորած փող-պերիտոնեալ գործոնները (Коробков Д.М., 2016; Prescott J., Farland L.V., Tobias D.K., 2016): Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում ինքնուրույն հղիության հավանականությունը խիստ աննշան է (Prescott J., Farland L.V., Tobias D.K., 2016):

Համաձայն Վերարտադրողական բժշկության ամերիկյան ասոցիացիայի պրակտիկ կոմիտեի կարծիքի (Denny E., Weckesser A., Jones G., Bibila S., et al. 2018), էնդոմետրիոզն անհրաժեշտ է դիտարկել որպես խրոնիկական ռեցիդիվող հիվանդություն, որը պահանջում է շարունակական հսկողություն ու բուժում: Էնդոմետրիոզի ախտորոշման ու բուժման դժվարությունները պայմանավորված են կլինիկական պատկերի խայտաբղետությամբ, ինչն էլ կախված է պրոցեսի տեղակայումից ու տարածվածությունից, վաղեմությունից, հիվանդության ընթացքից, ծանրության աստիճանից (Адамян Л.В., Арсланян К.Н., 2016; Логинова О.Н., Gerkowicz A.S., Curtis SW., Knight A.K., Cobb D, 2020): Պաթոգենետիկ բուժմանը խոչընդոտում է նաև պատճառախտածնության մինչև վերջ պարզաբանված չլինելը: Սակայն բուժման ժամանակակից բոլոր

սխեմաները ներառում են վիրահատական լապարոսկոպիան և/կամ հորմոնային թերապիան (Barbieri R.L., 1992; Donnez J., García-Solares J., Dolmans M.M., 2018; Shafrir A.L., Farland L.V., Shah D.K., Harris H., Ret S.,A. et al., 2018): Համաձայն էնդոմետրիոզի համաշխարհային հետազոտությունների հիմնադրամի (World Endometriosis Research Foundation՝ WERF) հրապարակման [Treatments of Endometriosis. Conditions Endometriosis. WERF, Published 7th, 2017), վիրահատական բուժումը կարող է խաղալ թողարկիչ մեխանիզմի դեր հետվիրահատական ցավային համախտանիշի զարգացման համար:

Ներկայումս հայտնի է էնդոմետրիոզի դեղորայքային բուժման լայն արսենալ՝ համակցված էստրոգեն-գեստագենային պարաստուկներ կամ գեստագեններ, անտիգոնադոտրոպիններ, անտիգոնադոտրոպին ռելիզինգ հորոմոնի անալոգներ, արոմատազայի ինհիբիտորներ և այլն: Սակայն դեղորայքային միջոցներ, որոնք կարող են ընտրողաբար քայքայել էնդոմետրիոիդային էկտոպիկ օջախները, դեռևս հայտնի չեն: Գինեկոլոգիական պրակտիկայում շնորհիվ էնդոսկոպիկ մեթոդների լայն ներդրման ու կատարելագործման, հաճախացել է այսպես կոչված «խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի» ախտորոշումը: Սակայն ներկայումս կլինիկալաբորատոր ու ոչ ինվազիվ հետազոտության մեթոդներով նախավիրահատական փուլում մեծ հավաստիությամբ ախտորոշել էնդոմետրիոզի տարածվածության աստիճանը, հատկապես «էնդոմետրիոզի փոքր ձևերը» ներկայացնում են լուրջ դժվարություններ (Малышкина Д.А., Нагорный С.Н.,Герасимов А.М., 2016; Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale?, 2014): Էնդոմետրիոզի, հատկապես զուգակցված անպտղությամբ, ախտորոշման ոսկե ստանդարտը շարունակում է մնալ լապարոսկոպիան, որի միջոցով հնարավոր է ոչ միայն իրականացնել ճշգրիտ ախտորոշում՝ հետագա հյուսվածաբանական հաստատումով, այլ նաև կպումների անջատում, էնդոմետրիոիդ օջախների հեռացում (Зиганшин А.М., Кулавский В.А., Никитин Н.И., Кулавский Е.В., 2016; Jacobson T.Z., Duffy J.M., Barlow D., Farquhar C., Koninckx PR et al., 2010): Ինչ վերաբերում է անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզին՝ հետազոտությունները սակավաթիվ են, իսկ հետազոտողների կարծիքները՝ հաճախ հակասական (Agarwal I. S., Fraser M.A., Chen I., Sony S.S., 2015; Benagiano G., Brosens I., Lippi D., 2014]:

Այսպիսով, մինչ օրս անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի վարման շատ հարցեր մնում են բաց, մասնավորապես վերջնականապես հաստատված չեն վարման սկզբունքները, այդ թվում վիրահատական լապարոսկոպիայի հստակ ցուցումները:

Ներկա աշխատանքի նպատակն է անպտղության ախտորոշման ու վարման օպտիմալացումը անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում:

Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները.

Աշխատանքի նպատակն է անպտղության ախտորոշման ու վարման օպտիմալացումը անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում: Այս նպատակին հասնելու համար դրվել են հետևյալ խնդիրները՝

1. Գնահատել անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների ախտորոշման կլինիկական, ոչ ինվազիվ ու ինվազիվ մեթոդների հավաստիությունն ու ախտորոշման հնարավորությունները:
2. Գնահատել խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետևանքով զարգացած անպտղության դեպքում լապարոսկոպիայի բուժական արդյունավետությունն ու անպտղության ելքի կանխատեսման հնարավորությունները:
3. Ուսումնասիրել փոքր կոնքի օրգանների վիճակի լապարոսկոպիկ առանձնահատկությունները անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում և մշակել արտամարմնային բեղմնավորման ցուցումները:
4. Մշակել խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետևանքով զարգացած անպտղության դեպքում պտղաբերության վերականգնման մեթոդների, կլինիկալապարոսկոպիական կանխատեսման չափանիշները:
5. Գնահատել լապարոսկոպիկ միջամտությունից հետո անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների հորմոնային տարբեր միջոցների բուժման արդյունավետությունը:
6. Ուսումնասիրել խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով և անպտղությամբ տառապող հիվանդների լապարոսկոպիկ մեթոդով կատարված միջամտությունների առանձնահատկությունները, բարձրացնել դրանց անվտանգությունն ու պտղաբերության վերականգնման հնարավորությունը:

Գիտական թեմայի նորույթը.

1) Առաջին անգամ համալիր հետազոտման պայմաններում գնահատվել են անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների ախտորոշման կլինիկական, ոչ ինվազիվ ու ինվազիվ մեթոդների հավաստիությունն ու ախտորոշման հնարավորությունները:
2) Գնահատվել է լապարոսկոպիկ միջամտությունից հետո անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների հորմոնային տարբեր միջոցների կլինիկական ու հակառեցիդիվային, ինչպես նաև պտղաբերության վերականգնման արդյունավետությունը:
3) Առաջին անգամ մշակվել են պտղաբերության վերականգնման կանխատեսիչ կլինիկալապարոսկոպիական չափանիշները, ինչպես նաև արտամարմնային բեղմնավորման ցուցումներն անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների մոտ:

4) Օպտիմալացվել է հիվանդների նախավիրահատական ախտորոշման և հետվիրահատական վարման գործընթացը:

Գիտակիրառական նշանակությունը.

Հիմնական դրույթները ներդրված են անպտղության հիմնախնդիրներով զբաղվող բժշկական հաստատությունների աշխատանքում:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում անպտղությամբ տառապող հիվանդների ախտորոշման և ելքի կանխատեսման չափանիշները և մշակված առաջարկությունները կիրառվում են հանրապետության ռեպրոդուկտոլոգների և էնդոսկոպիստների կողմից, ինչը նպաստել է այդ հիվանդների վարման գործընթացի բարելավմանը, ախտորոշման և բուժման արդյունավետության բարձրացմանը:

Աշխատանքի նախապաշտպանությունը

Նախապաշտպանությունը կայացել և հրապարակային պաշտպանության է թույլատրվել Վերարտադրողական առողջության, պերինատոլոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտի և ԵՊԲՀ մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի 2023թ. փետրվարի 8-ի թիվ 1 համատեղ նիստում:

Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը

Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային տեքստի 152 էջի վրա, կազմված է ներածությունից, գրականության վերլուծությունից, հետազոտության նյութի և մեթոդների նկարագրից, սեփական հետազոտության արդյունքների ներկայացումից, դրանց վերլուծությունից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկներից և գրականության 245 աղբյուրներից որոնցից 70-ը ռուսալեզու, 175-ը՝ անգլալեզու: Ատենախոսությունը պարունակում է 16 աղյուսակ, 14 գծանկար և 20 նկար:

Հրատարակված գիտական աշխատանքները

Ատենախոսության նյութերի վերաբերյալ տպագրվել է 7 գիտական աշխատանք:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

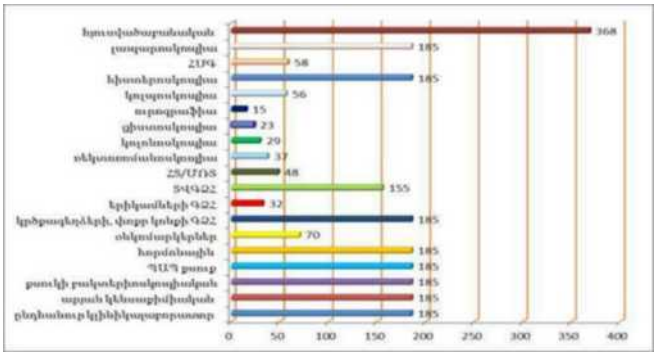
Աշխատանքում դրված խնդիրների լուծման համար հետազոտման և բուժման են ենթարկվել Վերարտադրողական առողջության, պերինատա-լոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ 2010-2017թթ. ընթացքում դիսմենորեայի, դիսպարեունիայի, դիսխեզիայի, կոնքային ցավերի գանգատով ընդունած վերարտադրողական տարիքի 440 կին, որոնցից 185 (42,1%) տառապում էին առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ: Հիվանդների հետազոտման և բուժման համար մեր կողմից կիրառվել են Պտղաբերության ամերիկյան ասոցիացիայի խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման ստանդարտը և Օքսֆորդի համալսարանի հրապարակած Մարդու վերարտադրողականության և էմբրիոլոգիայի ասոցիացիայի մշակած ախտանիշների գնահատման սանդղակները: Հետազոտության բոլոր տվյալները

գրանցվել են բժշկական փաստաթղթերում և գրանցամատյաններում և ներկայացված է գծապատկեր 1-ում:

Բոլոր հետազոտված հիվանդների մոտ ախտորոշման և բուժման նպատակով ընտրվել է լապարոսկոպիկ մեթոդը, որի ծավալը ընտրվել է ելնելով էնդոմետրիոզի տարածվածությունից: Ելնելով հետվիրահատական շրջանում հակառեցիդիվային հորմոնային բուժման տիպից, հետազոտված և բուժված հիվանդները բաժանվել են 4 կլինիկական խմբի: **Առաջին կլինիկական** խմբում (n=49), կիրառվել է հորմոնային համակցված հակաբեղմնավորիչ հաբեր (ՀՀՀՀ) մասնավորապես ժանին, **երկրորդ կլինիկական** խմբում (n=51) դիենոգեստ՝ 2 մգ/օրը դեղա-չափով, **երրորդ խմբում** (n=46), գոնադոտրոպին ռելիզինգ հորմոնի անալոգներ (զոլադեքս, դեկապեպտիլ) (մինչև 6 ամիս ժամկետով, իսկ **չորրորդ խմբում** (հսկիչ խումբ, n=39) ընդգրկվել են նույն ախտաբանությամբ հիվանդներ, որոնք լապարասկոպիկ միջամտությունից հետո բուժում չեն ստացել:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ

Հետազոտված կանայք պատկանում էին 25-46 տարիքային խմբին, ամեն 2-րդ հիվանդ (105-56.8%) պատկանում էին 25-35 տարիքային խմբին, միջին տարիքը կազմել է 32±7,2 տարի:



Գծապատկեր 1. Հետազոտության մեթոդներն ու ծավալները

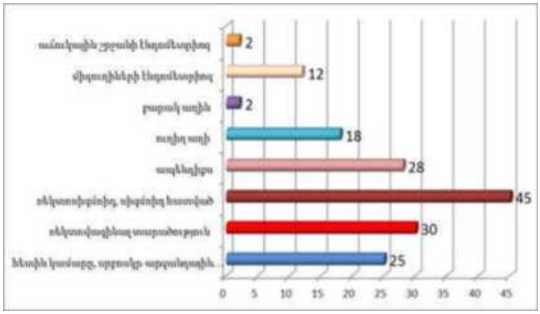
Առաջնային անպտղություն էին նշել յուրաքանչյուր երկրորդ հիվանդ 102(55.14%), իսկ երկրորդային անպտղություն 83(44.86%): Անպտղության տևողությունը կազմել է 2-16 տարի, մինչև 2 տարվա անպտղություն ունեին 15(8.1%), 3-5 տարվա անպտղություն՝ 34(18,4%), 6-10 տարի՝ 72(38,9%), 11-15 տարի 54(29,2%), 16 և ավելի տարի 10(5.4%): Անպտղության միջին տևողությունը կազմել է (6.2±1.3տարի): Հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ անպտղությունից բացի հայտնաբերվել են էնդոմետրիոզին բնորոշ ախտանիշները ծանրության տարբեր աստիճաններով, ընդ որում ամենահաճախ ներ-

կայացված գանգատներն էին դիսմենորեան (85.1%), կոնքային ցավերը (33.5%), դիսպարեունիան (26.2%) և դիսխեզիան (24.1%):

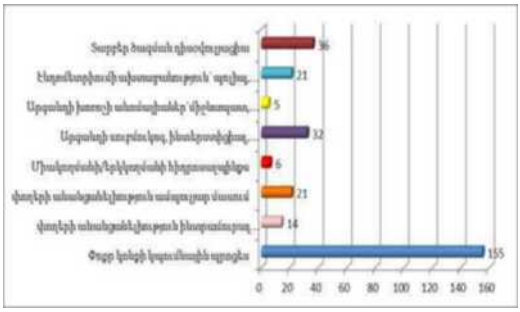
Դաշտանային ֆունկցիայի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ մենարխեն հետազոտված հիվանդների մեծամասնության մոտ-174 (94,1%) մոտ եղել է՝ ժամանակին 13-15 տարեկանում, դաշտանները եղել են կանոնավոր, սակայն 164(88,6%) մոտ մենարխեից սկսած դաշտանները եղել են ցավոտ, հավանաբար պայմանավորված էնդոմետրիոիդային օջախների առկայությամբ: Դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներ, առատ ու ցավոտ դաշտան էին նշել հետազոտվածների ճնշող մեծամասնությունը՝ 134(72,4%), որոնց մոտ առկա էր նաև ռիթմի և կորցրած արյան քանակի տարբեր խարգարումներ կամ ունեին երկարատև միջդաշտանային՝ քսվող շագանակագույն արյունային արտադրություն, ինչն ուղեկցվում էր տարբեր աստիճանի սակավարյունությամբ (41,1%): Ուսումնասիրելով հիվանդների ներկայացրած գանգատները, կարելի է նշել, որ «4 դիսերի համախտանիշը» առավել դրսևորվում էր դաշտանի ժամանակ, որի մասին նշում էին դիսմենորեա համապատասխանաբար հիվանդների 79,7%, դիսպարեունիան 28,5%, դիզխեզիան 26.7% և դիզուրիան՝ 18.4%, ինչն 156 (84,3%): Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ յուրաքանչյուր 3-րդ հիվանդը երկարատև անարդյունավետ բուժվել է այլ ախտաբանությունների կապակցությամբ, մասնավորապես արգանդի միոմա, խրոնիկական սալպինգօօֆորիտ, ձվարանների բարորակ ուռուցքներ, պրոկտիտ և պարապրոկտիտ, գրգռված աղու համախտանիշ, թութք, խրոնիկական սպաստիկ կոլիտ, աղիների կպումնային անանցանելիություն, հեմոռագիկ ցիստիտ և այլն: Հետևաբար միջին ժամանակահատվածը առաջին կլինիկական նշաններից մինչև ախտանվան դնելը կազմել է 5,6±1,2 տարի:

Այսպիսով, անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ուշացած ախտորոշման պատճառը ամեն երրորդ հիվանդի մոտ 68(36,8%) եղել է ախտորոշման թերություններով պայմանավորված այլ հիվանդությունների բուժումը: Չնայած 83(44,8%) պացիենտներ անամնեզում ունեցել էին հղիություն, սակայն ծննդաբերություններ կենդանի պտղով նշել էին ընդամենը 53 (28,6%), մնացած 30 չունեին երեխաներ և նշել էին պերինատալ կորուստներ (նրանցից 12-ը ունեցել էր արտարգանդային հղիություն, 8-ը չզարգացող և 10 ինքնաբեր վիժումներ), իսկ 102(55.14%) անամնեզում չէին ունեցել հղիություն;

Լապարոսկոպիկ և հիստերոսկոպիկ մեր հետազոտությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում պրոցեսի մեջ ամենից հաճախ ներգրավվում է հետին կամարը, սրբոսկր-արգանդային կապանները 25(13.5%), ռեկտովագինալ տարածությունը 30(16.2%), ռեկտոսիգմոիդ, սիգմոիդ հատվածը 45(24,3%), ապենդիքսը 28(15,2%), (1,08%), միզուղիների էնդոմետրիոզ՝ հիդրոնեֆրոզ, հիդրոուրետեր 12(6.5%), աճուկային շրջանի էնդոմետրիոզ 2(1,08%) և այլն (գծանկար 2-3):



Գծապատկեր 2. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տեղակայումները



Գծապատկեր 3. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետ Զուգակցված անպտղության պատճառները

Ինչ վերաբերում է անպտղության պատճառներին, ապա հիմնական խմբի ամեն 5-րդ պացիենտ ուներ փողային, ճնշող մեծամասնությունը՝ փող-պերիտոնեալ գործոնով պայմանավորված անպտղություն, ինչպես նաև տարբեր տեղակայման արգանդի միոմայի, արգանդի խոռոչի ու էնդոմետրիումի ախտաբանություն, յուրաքանչյուր 4-րդ հիվանդ տարբեր ծագման դիսօվուլյացիա (աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Էնդոսկոպիական մեթոդներով հաստատված արտաքին սեռական էնդոմետրիոզի տարածվածության աստիճանները

Ախտաբանության բնույթը	թիվը	%
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, I աստիճան	26	**14,1**
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, II աստիճան	29	**15,7**
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, III աստիճան	61	**32,9**
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, IV աստիճան	66	**35,6**
Արգանդ-ուղիղ աղիքային տարածության մասնակի օբլիտերացիա	30	**16,2**
Արգանդ-ուղիղ աղիքային տարածության լրիվ օբլիտերացիա	24	**12,9**
Էքստրագենիտալ էնդոմետրիոզ	9	**4,9**

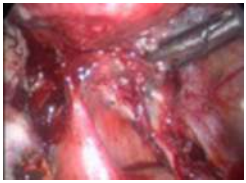
Լապարոսկոպիկ միջամտությունների առանձնահատկությունները խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում

Հայտնի են էնդոմետրիոզի վիրահատական բուժման 3 մոտեցումներ՝ կոագուլյացիա, հատում, «այրում»: Թվարկած բոլոր միջոցներից ամենաարդյունավետը հատումն է: Եթե վիրաբույժը փորձառու է էնդոմետրիոզի բուժման համար, որոշ դեպքերում կարող է կիրառել օջախների կոագուլյացիան:: Ռեկոնստրուկտիվ և օրգանապահպանողական ծավալով վիրահատությունները կատարվել են 178(96,2%) հիվանդների մոտ, որի ժամանակ 17(9.2%) կատարվել է միակողմանի ադնեքսէկտոմիա, միակողմանի/երկկողմանի ձվարանի կիստէկտոմիա 85(45.2%), 179(96.8%) դեպքերում էնդոմետրիոիդ օջախի-/օջախների հեռացում:

Ձվարանների էնդոմետրիոզի ու անպտղության դեպքում «ոսկե ստանդարտը» ինչպես առաջավոր կլինիկաների, այնպես էլ մեզ համար եղել է լապարոսկոպիան, քանի որ այդ մեթոդի կիրառումը մեզ հնարավորություն տվեց պահպանել ձվարանները, ցուցաբերելով հյուսվածքի նկատմամբ խնայողական մոտեցում, միաժամանակ առավելագույն չափով հեռացնելու էնդոմետրիոիդ օջախները: Որպես կանոն, մեր կողմից կատարվել է էնդոմետրիոիդ կիստաների պատիճահանում (նկարներ 1-6):

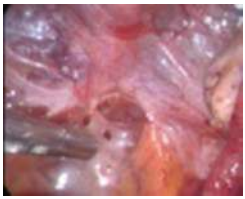
Նկար 1. Ձախ ձվարանի էնդոմետրիոիդ կիստա և ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)

Նկար 2. Աջ ձվարանի էնդոմետրիոիդ կիստա և ռետրո ցերվիկալ տարածության էնդոմետրիոզ (էնդովիրահատական փուլ)

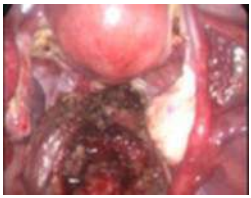


Նկար 3. Ձվարանների երկողմանի էնդոմետրիոիդ կիստաներ և ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզ (էնդովիրահատական փուլ)

Նկար 4. Ձվարանների երկողմանի էնդոմետրիոիդ կիստաներ և ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզ (էնդովիրահատական փուլ)



Նկար 5. Ռետրոցերվիկալ տարածության էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)



Նկար 6. Ռետրոցերվիկալ տարածության էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)

Մեծ էնդոմետրիոիդ կիստաների դեպքում, ինչը սովորաբար ուղեկցվում էր հյուսվածքների տարածուն ինֆիլտրացիայով, ֆիբրոզով, կպումնային պրոցեսով, ձվարանները քիչ շարժուն էին կամ անշարժ և հիշեցնում էին փող-ձվարանային ուռուցքներին: Այդ դեպքերում կատարվել է կպումների անջատում, էնդոմետրիոիդ օջախների հատում ու հեռացում, կիստէկտոմիա: Հետագա դիտարկումները ցույց տվեցին, որ անգամ ձվարանի դրունքի շրջանում թողած ձվարանային փոքր հյուսվածքի դեպքում 18-ից 3 դեպքում (16,6%) ունեցել ենք հղիություն, այսինքն հաջողվել է պահպանել ձվարանի ֆունկցիան: Ըստ ցուցումների կատարել ենք սալպինգոովարիոլիզիս, ադգեզիոլիզ, փոքր կոնքի որովայնամզի օջախների էքսցիզիա): Ձվարանների վրա կրկնակի միջամտություններ և ձվարանային հյուսվածքի դեֆիցիտի դեպքում 8 հիվանդի մոտ միջամտությունը կատարվել է առանց կապսուլայի հեռացման:

էնդոմետրիոիդ մեծ, անգամ գիգանտ կիստաների դեպքում մեզ հաջողվեց իրականացնել օրգանապահպանողական վիրահատություններ: Ձվարանների վրա կարեր դնելու պրակտիկա չենք օգտագործել (նկարներ 7-9):

Նկար 7. Ռետրոցերվիկալ տարածության էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)

Նկար 8. Բարակ աղու էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)

Նկար 9. Ստոծանու էնդոմետրիոզ (սեփական դիտարկում)

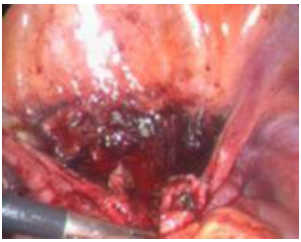
Մեր կողմից կատարվել է ֆենեստրացիա (աբլացիա)՝ այսինքն միայն հայտնաբերված ախտաբանական օջախի կոագուլյացիա: Ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզը մեր կողմից հայտնաբերվեց սրբոսկրարգանդային կապանի, հեշտոցի հետին պատի, բարակ/ուղիղ աղիքի առաջնային պատի և ստոծանու, իսկ ծանր ձևերի դեպքում պարամետրիալ բջջանքի ինֆիլտրացիայով՝ միզապարկի և միզածորանի դիստալ հատվածի ախտահարումով:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ դեստրուկցիա առաջացնող բոլոր էներգիաները (էլեկտրո-, կրիո-, լազերային-, արգոնային ճառագայթ) ունեն միատեսակ արդյունավետություն, մեր կողմից հայտնաբերված էնդոմետրիոիդ բոլոր մակերեսային օջախները ենթարկվել են դեստրուկցիայի, օգտագործելով էլեկտրադեստրուկցիայի մեթոդը, մնացած դեպքերում օգտագործվել է հատման մեթոդիկան:

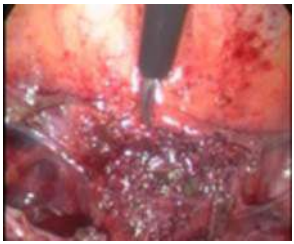
Այսպիսով, իրականացրել ենք էնդոմետրիոզի հասանելի բոլոր օջախների հատում կամ դեստրուկցիա, օգտագործելով դիաթերմոկոագուլյացիա: Անհրա-

ժեշտության դեպքում կատարվել է ուրետերոլիզիսը, արգանդի մոբիլիզացիան, միզապարկի ու ուղիղ աղիքի էնդոմետրիոիդ ինֆիլտրատների հեռացումը: Ռետրոցերվիկալ ինֆիլտրատի՝ ուղիղ աղիք-սիգմայաձև աղու առաջային պատից էնդոմետրիոմաների հեռացումը կատարվել է «shaving-թրաշելու /տաշելու» մեթոդով, էնդոմետրիոիդ օջախների ամբողջական հեռացումով կամ մասնակի ռեզեկցիայով:

Էնդոմետրիոզի տարածված ձևերը, աղիների ու միզարտադրման համակարգի ներգրավումով, ուղեկցվում էին փոքր կոնքի և որովայնի խոռոչի կպումնային ինֆիլտրատիվ պրոցեսով, որը ստեղծում էր տեխնիկական դժվարություններ և տրամադրող ֆոն ինտրա- և հետվիրահատական բարդությունների առաջացման համար: Համեմատաբար փոքր թվով 12(6.5%) պացիենտների մոտ էնդոմետրիոիդ պրոցեսի մեջ ներգրավված էր միզարտադրման համակարգը, որի կապակցությամբ կատարվել է էնդոմետրիոիդ հետերոտոպիայի հատում ու հեռացում առողջ հյուսվածքների մակարդակով (նկար 10-11):



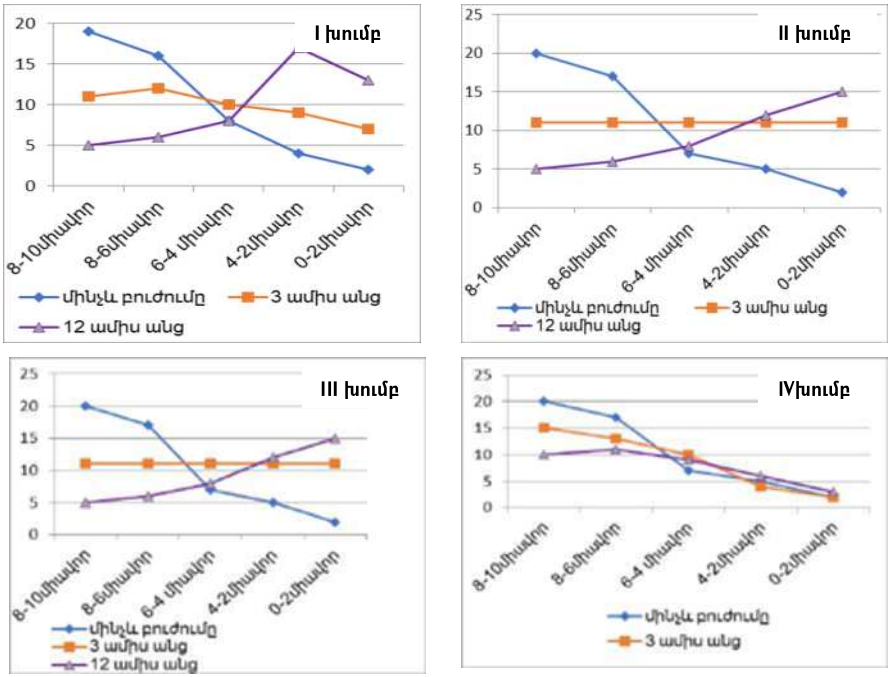
Նկար 10. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզ միզապարկի և միզածորանի ախտահարումով



Նկար 11 Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզ միզապարկի ախտահարումով

Լրացուցիչ կատարվել է միզածորանի ռեզեկցիա (4 դեպք): Մեկ պացիենտի մոտ աջ միզածորանի և միզապարկի էնդոմետրիոիդ ախտահարման դեպքում կատար-վել է միզապարկի ռեզեկցիա, իսկ մեկ դեպքում միզապարկի առաջային պատի ռեզեկցիա: Ինտրաօպերացիոն բարդություններ նկատվեցին 7(3.8%) պացիենտի մոտ էնդոմետրիոզի ռետրոցերվիկալ, տարածված և հարակից օրգանների ներգրավված ձևերի դեպքում, չորս հիվանդի մոտ արձանագրվեց ինտրաօպերացիոն արյունահոսությունը, որը 3 հիվանդի մոտ պայմանավորված էր վիրահատական մեծ ծավալով և արտահայտված սպիական կպումնային պրոցեսով: Այլ բարդություններ չեն արձանագրվել: Այսպիսով, էնդովիրահատական միջամտության ծավալը խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված և զուգակցված ձևերի դեպքում որոշվում է ինչպես սեռական, այնպես էլ զուգակցված ախտաբանական օջախների բնույթով և նպատակ է հետապնդում պահպանել մանկաձնման ֆուկցիա: Ինչ վերաբերում է այդ հիվանդների հետվիրահատական վարմանը, ապա լապարոսկոպիկ վիրահատական միջամտությունից հետո հակառեցիդիվային 6 ամսյա բուժմանը զուգահեռ

իրականացվել է հայտնաբերված ախտաբանությունների պատճառագիտական բուժում, որին հաջորդել է պտղաբերության վերականգնմանն ուղղված միջոցառումներ: Գծանկար 4-ում ներկայացված են հորմոնային բուժման ազդեցությունը դինամիկայում էնդոմետրիոզի ախտանիշների վրա: Բուժման արդյունավետությունը գնահատվել է կլինիկական նշանների վերացմամբ-/մեղմացմամբ, արձանագրված հղիությունների և ծննդաբերությունների թվով:



Գծանկար 4 Դինամիկայում հորմոնային բուժման ազդեցության գնահատումը ըստ վիզուալ անալիտիկ սանդղակի

Հղիության առաջացման հաճախականությունը (բնական ճանապարհով և վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ) արձանագրվել է 48(25,9%) կնոջ մոտ: Հղիության ընթացքի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ կլինիկական խմբերում գեստացիոն ամենահաճախակի բարդությունը դա ինքնաբեր վիժումն է 10(20,9%) որն առավել բարձր է հորմոնային բուժում չստացածների, ինչպես նաև ՀՀՀՀ (I խումբ) ստացածների շրջանում: Հղիների ճնշող մեծամասնության 15(80,0%) ծննդալուծումը կատարվել է կեսարյան հատման ճանապարհով, որի հիմնական ցուցումներն էին տարիքը, երկարատև անպտղությունը, պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսքը, ծննդաբերական գործու-

նեության անոմալիաները, ընդ որում կլինիկական խմբերում կեսարյան հատման հաճախականության տարբերություն չի նկատվել:

Հետվիրահատական շրջանում 6 ամիս սուպրեսորային հորմոնային թերապիան բարձրացնում է բուժման արդյունավետությունը, կանխում էնդոմետրիոզի ախտանիշների ռեցիդիվը, նպաստում մանկածնման ֆունկցիայի վերականգնմանը, ընդ որում կլինիկական արդյունավետությունը հատկապես բարձր է 2 մգ. դիենոգեստ ստացողների խմբում:

Այսպիսով, լապարոսկոպիան ընտրության մեթոդ է անպտղությամբ ասոցացված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման ու բուժման համար՝ հետվիրահատական շրջանում 6 ամիս սուպրեսորային հորմոնային թերապիայի իրականացումով, ինչը բարձրացնում է բուժման արդյունավետությունը, կանխում էնդոմետրիոզի ախտանիշների ռեցիդիվը, նպաստում մանկածնման ֆունկցիայի վերականգնմանը, ընդ որում կլինիկական արդյունավետությունը հատկապես բարձր է 2 մգ. դիենոգեստ ստացողների խմբում:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված, ծանր ձևերով զուգակցված անպտղության դեպքում, 6 ամսյա հետվիրահատական բուժման ավարտից հետո, եթե հաջորդիվ անպտղության պատճառագիտական բուժման պարագայում մեկ տարվա ընթացքում չի արձանագրվում հղիություն, այդ հիվանդներին ցուցված է վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների, մասնավորապես արտամարմնային բեղմնավորման իրականացումը:

ԵԶՐԱՀԱՆԳՈՒՄՆԵՐ

1. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ անպտղությունից բացի հայտնաբերվել են էնդոմետրիոզին բնորոշ ախտանիշները՝ ծանրության տարբեր աստիճաններով, ընդ որում ամենից հաճախ արձանագրված գանգատներից էին դիսմենորեան (85.1%), կոնքային ցավերը (32,4%), դիսպարեունիան (28,6%) և դիսխեզիան(26.4%, որոնք սաստկանում էին դաշտանի ընթացքում
2. Անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ուշացած ախտորոշման պատճառը ամեն երրորդ հիվանդի մոտ 68(36,8%) եղել է ախտորոշման թերություններով պայմանավորված այլ հիվանդությունների բուժումը: Ամեն յոթերորդ հիվանդ 25(13.5%) կոնքային ցավերը և դաշտանի ժամանակ ցավերի սաստկացումը, հարակից օրգանների խանգարումները դիտարկել է որպես անցողիկ երևույթ, զբաղվել է ինքնաբուժմամբ և բուժօգնության է դիմել անպտղության կապակցությամբ:
3. Լապարոսկոպիկ հետազոտությունն ընտրության մեթոդ է անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում, ինչը թույլ է տալիս ոչ միայն ճշգրիտ ախտորոշել էնդոմետրիոզի օջախները, լոկալիզացիան, տարածվածության աստիճանը ու անպտղության պատճառները, այլ

նաև իրականացնել նպատակային միջամտություններ ու ընտրել ադեկվատ գործելակերպ անպտղության բուժման/հաղթահարման համար

4. Լապարոսկոպիկ մեթոդով ամեն երկրորդ հիվանդի մոտ 97(52,4%) հայտնաբերվեց ձվարանի/ձվարանների էնդոմետրիոիդային կիստաներ, ճնշող մեծամասնության մոտ 155(83,8%) կպումնային պրոցես, 54(29,2%) մոտ ադենոմիոզ, խոր ինֆիլտրատիվ ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզ 30(16,2%), հետին կամարի, սրբոսկր-արգանդային կապանների, ռեկտովագինալ տարածության, աղու ռեկտոսիգմոիդային, սիգմոիդային հատվածի ու ապենդիկսի էնդոմետրիոզ համապատասխանաբար 25(13,5%), 45(24,3%) և 28(15,2%):
5. Ռեկոնստրուկտիվ և օրգանապահպանողական ծավալով վիրահատություններ կատարվել են 178(96,2%) հիվանդների մոտ, որի ժամանակ 17(9.2%) հիվանդների մոտ կատարվել է միակողմանի ադնեքսէկտոմիա, 85(45.2%)՝ միակողմանի/երկկողմանի ձվարանի կիստէկտոմիա, 179(96.8%) դեպքերում էնդոմետրիոիդ օջախի/օջախների հեռացում, փոքր կոնքի որովայնամզի և սրբոսկրարգանդային կապանի էնդոմետրիոիդային ինֆիլտրատների հեռացում:
6. Համալիր բուժման արդյունքում բոլոր կլինիկական խմբերում հիվանդների մեծամասնության մոտ արձանագրվել է դիսմենորեայի, դիսպարեունիայի, կոնքային ցավերի մեղմացում, դինամիկայում Վիզուալ անալոգիական սանդղակով 8-10 միավորից դառնալով 0-4, այսինքն նվազելով/կրճատվելով 40-75% չափով, ինչն առավելագույնս արտահայտված է 2-րդ և 3-րդ կլինիկական խմբերում: Ինչ վերաբերում է հորմոնային բուժում չստացած հիվանդներին, ապա լապարոսկոպիկ միջամտությունից հետո արձանագրվեց էնդոմետրիոզի ախտանիշների ոչ հավաստի կրճատում:
7. Հետվիրահատական հորմոնային թերապիան ոչ միայն կրճատում-/վերացնում է էնդոմետրիոզի ախտանիշները, ռեցիդիվների հաճախականու-թյունը, այլև նպաստում է անպտղության բուժման/հաղթահարման օպտիմալ մեթոդի ընտրությանը: Հղիության հաճախականությունը (բնական ճանապարհով և վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների կիրառմամբ) արձանագրվեց 48(25,9%) հիվանդի մոտ:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անպտղության ու էնդոմետրիոզի ախտանիշներ ունեցող հիվանդների ախտորոշման առաջին փուլը անամնեզի, կլինիկական ախտանիշների մանրակրկիտ հավաքագրումն ու գերձայնային հետազոտության արդյունքների ադեկվատ վերլուծությունն է:
2. Սակայն անգամ շատ մանրակրկիտ կլինիկաանամնեստիկ տվյալների վերլուծությունը թույլ է տալիս ենթադրել, բայց ոչ միշտ է թույլ տալիս ախտորոշել էնդոմետրիոզը, առավել ևս որոշել էնդոմետրիոիդ պրոցեսի

տարածվածությունը, ուստի տրանսվագինալ, ռեկտալ գերձայնային հետազոտությունը պետք է կիրառվի որպես ախտորոշման պարտադիր մեթոդ, ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի կասկածի դեպքում

3. Անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով հիվանդների համալիր հետազոտման ալգորիթմում պարտադիր պետք է ներառել էնդոսկոպիկ (լապարոսկոպիկ, հիստերոսկոպիկ) մեթոդները:
4. Լապարոսկոպիան ընտրության մեթոդ է անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի լոկալիզացիայի, տարածվածության աստիճանի ճշգրիտ ախտորոշման համար, որը թույլ է տալիս ոչ միայն հայտնաբերել էնդոմետրիոիդային օջախների, իմպլանտների առկայությունը, այլ նաև որոշել տարածվածության աստիճանը, հիվանդության փուլը, իրականացնել նպատակային միջամտություն՝ ամբողջությամբ հեռացնելով էնդոմետրիոիդային օջախներն ու իմպլանտները և նպաստել պտղաբերության վերականգնմանը
5. Ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ 49 (26.4%) հետազոտվածների միակ գանգատը առաջնային անպտղությունն էր, որի կապակցությամբ կատարված հետազոտության ժամանակ է ախտորոշվել խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզը, ուստի էնդոմետրիոզի կասկածով հիվանդների ախտորոշման գործընթացում պարտադիր պետք է ներառել, լապարոսկոպիկ հետազոտությունը:
6. Լապարոսկոպիկ միջամտությանը պետք է հետևի հետվիրահատական հորմոնային թերապիան, որը բարձրացնում է բուժման արդյունավետությունը, կանխում էնդոմետրիոզի ախտանիշների ռեցիդիվը, ինչպես նաև նպաստում մանկածնման ֆունկցիայի վերականգնմանը, ընդ որում կլինիկական արդյունավետությունը առավել բարձր է 2մգ. դիենոգեստ ստացողների խմբում:
7. Խորը, ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված ձևերով տառապող անպտուղ կանայք հանդիսանում են բարդ կոնտիգենտ ոչ միայն ախտորոշման, այլ նաև պտղաբերության վերականգնման համար և պահանջում են լապարոսկոպիայի պարտադիր կիրառում, էնդոսկոպիստի բարձր որակավորում և անհրաժեշտության դեպքում նեղ մասնագետների (ուրոլոգ, պրոկտոլոգր) մասնակցություն և մուլտիդիսցիպլինար մոտեցում:
8. Վիրահատական միջամտության ծավալը խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված և զուգակցված ձևերի դեպքում որոշվում է ինչպես սեռական, այնպես էլ զուգակցված ախտաբանական օջախների բնույթով և նպատակ է հետապնդում պահպանել մանկածնման ֆունկցիա:
9. Անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված ձևերով հիվանդները կարիք ունեն հետվիրահատական շրջանում մշտադիտարկման և հակառեցիդիվային հորմոնային բուժման, քանի որ ռեցիդիվները և ձվարանների վրա կրկնակի վիրահատությունները

հանգեցնում են ժամանակի անտեղի կորստի և ծվարանային ռեզերվի իջեցմանը:

10. Անպտղությունը և հատկապես էնդոմետրիոզի բուժման անարդյունավետությունը մեկ տարվա ընթացքում, ցուցում է լապարասկոպիկ հետազոտման համար, ինչը թույլ է տալիս ոչ միայն վաղ հայտնաբերել անպտղության պատճառը, այլև իրականացնել ադեկվատ միջամտություններ, գնահատել անպտղության բուժման/հաղթահարման հնարավորությունները և ընտրել վարման ադեկվատ տակտիկա, այդ թվում արտամարմնային բեղմնավորման մեթոդ:
11. Մանկածնման ֆունկցիան չիրականացրած հիվանդների համար բուժման օպտիմալ տարբերակը լապարոսկոպիկ մեթոդով օրգանապահպանողական վիրահատությունների իրականացնումն է, որը թույլ է տալիս հեռացնել էնդոմետրիոհիդային օջախները, իսկ անհրաժեշտության դեպքում իրականացնել ռեկոնստրուկտիվ-պլաստիկ վիրահատություններ:
12. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետվիրահատական հորմոնային բուժման ընդհատումից հետո մեկ տարվա ընթացքում անպտղության պատճառագիտական բուժման անարդյունավետության դեպքում պետք է դիտարկվի արտամարմնային բեղմնավորման դիմելու հարցը:

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑՈՒՑԱԿԸ

1. Դրամպյան Ա.Ա. Անպտղության հետ ասոցացված խորը ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում լապարասկոպիկ մեթոդով կատարված միջամտությունների առանձնահատկությունները//Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատոլոգիա. հ.12, N1, 2018, էջ 17-27.
2. Դրամպյան Ա.Ա. Խորը ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետ զուգակցված անպտղության հետվիրահատական հորմոնային բուժման արդյունավետությունը//Մանկաբարձություն, գինեկոլոգիա և նեոնատոլոգիա, հ.12, N1, 2018, էջ 28-37.
3. Դրամպյան Ա.Ա. Գենիտալ էնդոմետրիոզի բուժումը ապացուցողական բժշկության տեսակետից //Հայաստանի բժշկագիտություն.- հ.LVIII, –N4.- 2018, էջ 34-49.
4. Դրամպյան Ա.Ա.Անպտուղ զույգերի հետազոտության ալգորիթմների արդյունավետությունը ապացուցողական բժշկության տեսանկյունից, Հայաստանի բժշկագիտություն, հ.LIX, –N1.-2019, էջ 23-32.

5. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետ զուգակցված անպտղության հետազոտման ժամանակակից մոտեցումները // Հայաստանի բժշկագիտություն, h.LX, –N3.-2020, էջ 105-121.
6. Դրամպյան Ա.Ա. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման և բուժման արդիական խնդիրները //Հայաստանի բժշկագիտություն, h.LVIII, –N3.-2023, էջ 96-111.
7. M. Ceccaroni, G. D'Ancona, G. Roviglione, S. Choi, T: Capezzuoli, A. Puppo, A. Drampyan, F. Barra Tailoring radicality in diaphragmatic surgery for deep endometriosis: A matter of choice // Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology, 2024, p. 1-11.

АШОТ АРАЕВИЧ ДРАМПЯН

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ АССОЦИРОВАННОЙ С ГЛУБОКИМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ЭНДИМЕТРИОЗОМ

РЕЗЮМЕ

Половой эндометриоз продолжает оставаться одной из важнейших проблем современной медицины, что обусловлено неуклонной тенденцией к росту, риском репродуктивной и онкологической патологии, а также трудностями диагностики и лечения, высокой частотой рецидивов. Уточнение причинно-следственной этиологии, патогенеза, диагностики, а также роли хирургического и гормонального лечения при половом эндометриозе, особенно при инфильтративных формах в сочетании с бесплодием, до конца не выяснено и продолжает оставаться дискуссионным. Данные о необходимости и эффективности послеоперационного медикаментозного лечения противоречивы. Выяснению этих вопросов посвящена настоящая работа, целью которой стала оптимизация диагностики и лечения бесплодия при глубоком инфильтративном эндометриозе в сочетании с бесплодием. Для решения предложенных задач обследовано и пролечено 440 женщин репродуктивного возраста с жалобами на дисменорею, диспареунию, дисхезию, тазовые боли, из которых 185 (42,1%) страдали первичным и вторичным бесплодием. Первичное бесплодие отметили 102 из каждой второй пациентки (55,14%), а вторичное бесплодие – 83 (44,86%). Полученные данные еще раз подтверждают, что эндометриоз, как во всем мире, так и в нашей стране, является одной из основных причин бесплодия. Для всех обследованных пациенток с целью диагностики и лечения был выбран лапароскопический метод.

В зависимости от вида противорецидивной гормональной терапии в послеоперационном периоде обследованные и пролеченные пациентки были разделены на 4 клинические группы: комбинированные гормональные противозачаточные таблетки, Золадекс, диеногест 2 мг/сут, в соответствии с этим получали декапептил, пациентки 4 группы послеоперационную гормональную терапию не получали. Анализ результатов лапароскопических и гистероскопических исследований показал, что при глубоком инфильтративном эндометриозе поражены задний свод, крестцово-маточные связки 25 (13,5%), ректовагинальное пространство 30 (16,2%), ректосигмовидный, сигмовидный участки 45 (24,3%), аппендикс 28 (15,2%), прямая кишка 18 (15,2%). 9,3%), реже другие органы, тонкий кишечник у 2 больных (1,08%), эндометриоз-гидронефроз мочевыводящих путей, гидроуретра у 12 (6,5%), паховый

эндометриоз у 2 (1,08%) и т.д. Реконструктивные и органосохраняющие операции выполнены у 178 (96,2%) больных, из них у 17 (9,2%) выполнена односторонняя аднексэктомия, односторонняя/двусторонняя кистоэктомия яичников у 85 (45,2%), у 179 (96,8%) в некоторых случаях удаление эндометриоидного очага/очагов, удаление эндометриоидных инфильтратов мышц малого таза и крестцово-шеечной связки. При эндометриозе яичников и бесплодии в условиях лапароскопического вмешательства нам удалось сохранить яичники за счет бережного подхода к тканям, при этом максимально удалив эндометриоидные очаги.

Дальнейшие наблюдения показали, что даже при небольшом количестве овариальной ткани, оставленной в области яичников, в 3 из 18 случаев (16,6%) наступила беременность, то есть фолликулярный аппарат яичников был восстановлен. Удаление эндометриом передней стенки прямой кишки-сигмовидной кишки ретроцервикального инфильтрата проводилось методом бритья/фрикции с полным удалением эндометриоидных очагов или частичной резекцией. Послеоперационное ведение пациенток включало 6-месячное противорецидивное лечение на фоне этиологического лечения выявленных патологий с последующим проведением мероприятий, направленных на восстановление фертильности. Частота наступления беременности (естественным путем и с применением ЛАТ/ВМС) зафиксирована у 48 (25,9%) женщин, что соответствует данным литературы, при этом шансы наступления беременности среди пациенток, получавших диеногест и аналоги гонадотропин-рилизинг гормона, были в 2,7 и 2,5 раза выше по сравнению с пациентками, не получавшими гормональное лечение. Изучение течения беременности показало, что наиболее частым осложнением гестации в клинических группах был самопроизвольный выкидыш 10 (20,9%), который чаще всего встречается среди тех, кто не получал гормональное лечение, а также среди тех, кто получал ГГГ (группа I).

Таким образом, лапароскопия является методом выбора для диагностики и лечения глубокого инфильтративного эндометриоза, ассоциированного с бесплодием, с применением 6-месячной послеоперационной гормональной супрессорной терапии, клиническая эффективность которой особенно высока в группе реципиентов диеногеста 2 мг В случае сочетания бесплодия с распространенными тяжелыми формами глубокого инфильтративного эндометриоза, через 6 месяцев послеоперационного лечения, если беременность не наступила в последующие 12-18 месяцев на фоне этиологического лечения бесплодия, пациенткам показано применение вспомогательных репродуктивных технологий, в частности, экстракорпорального оплодотворения.

DRAMPYAN ASHOT

NEW APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INFERTILITY IN COMBINATION WITH DEEP INFILTRATIVE ENDOMETRIOSIS

SUMMARY

The growing incidence of sexual endometriosis still remains one of the most challenging problems in modern medicine. The reason for this is the high incidence of oncological, reproductive, and diagnostic complications, as well as the difficulty of diagnosing and treating this disease, as well as the high rate of relapses. In cases of sexual endometriosis, especially infiltrative forms that are associated with infertility, the causal etiology, pathogenesis, diagnosis and surgical and hormonal treatment still remain unclear and are still subject to controversy. The information concerning the need for and efficacy of postoperative medication is inconsistent. The present study aims to clarify these issues, which aimed to optimize the diagnosis and management of infertility in deep infiltrative endometriosis associated with infertility. In order to solve the problem, 440 women of reproductive age who suffered from menorrhea, pareunia, chesia and pelvic pain were examined and treated, 185 (42.1%) of whom suffered from primary and secondary infertility.

The analysis revealed that 102 patients (55.14%) were diagnosed with primary infertility, while 83 patients (44.86%) were identified as having secondary infertility.

Once again, the data consistently indicate that endometriosis is a leading cause of infertility both globally and in our country.

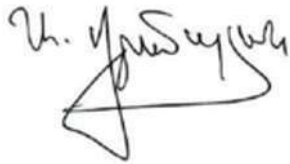
Laparoscopic methods were chosen for diagnosis and treatment of all patients undergoing examination.

Based on the type of anti-recurrent hormonal therapy administered in the postoperative period, the patients were divided into four clinical groups. These groups included those treated with combined hormonal contraceptive pills, Zoladex, dienogest at 2 mg per day, and decapeptil. The fourth group consisted of patients who did not undergo any postoperative hormonal treatment.

The analysis of laparoscopic and hysteroscopic studies revealed that in cases of deep infiltrative endometriosis, the posterior arch 25 (13.5%) and sacroiliac ligaments30 (16.2%) were most frequently involved. The rectosigmoid and sigmoid regions were involved in 45 cases (24.3%), while appendicitis was noted in 28 cases (15.2%). Additionally, the rectum was affected in 18 cases (9.3%). Other organs were less commonly involved, with the small intestine affected in 2 patients (1.08%) and urinary tract endometriosis, including hydronephrosis and hydrourethra, observed in 12 cases (6.5%). Inguinal endometriosis was recorded in 2 patients (1.08%).

Reconstructive and organ-conserving surgical procedures were carried out on 178 patients 96.2%. This included 17 cases (9.2%) of unilateral adnexectomy and 85 cases (45.2%) of unilateral or bilateral ovarian cystectomy. Furthermore, in certain instances, 179 patients (96.8%) had endometrioid foci or lesions removed, along with the excision of endometrioid pelvic abdominal infiltrates and the iambic and sacroiliac ligaments. During laparoscopic procedures for endometriosis and infertility of the ovaries, a rigorous technique has allowed the ovaries to be preserved while effectively exterminating as many endometriosis lesions as possible. Subsequent observations indicated that pregnancy was achieved in 3 out of 18 cases (16.6%) despite the presence of only a minimal amount of ovarian tissue remaining in the ovarian area, suggesting that the ovarian follicular structure was successfully restored. An endometrial resection of the anterior wall of the rectum-sigmoid retrocervical infiltrate was performed using a shaving/friction method, achieving either total removal of endometrioid foci or a partial resection.

The postoperative care for patients involved a 6-month anti-relapse therapy alongside the etiological treatment of diagnosed conditions, subsequently focusing on strategies to restore fertility.

A total of 48 women (25.9%) experienced pregnancies, whether natural or through LAT/IUD, aligning with existing literature. Furthermore, the likelihood of pregnancy was found to be 2.7 times higher for patients treated with dienogest and 2.5 times higher for those receiving gonadotropin-releasing hormone analogues, in comparison to patients who did not undergo hormonal therapy.

Research on the progression of pregnancy revealed that spontaneous miscarriage was the most prevalent complication observed in clinical groups, affecting 10 individuals (20.9%). This complication was particularly frequent among those who did not undergo hormonal treatment, as well as in those who received group I. Laparoscopy is the preferred approach for diagnosing and treating deep infiltrative endometriosis related to infertility. This method is complemented by a 6-month course of hormonal suppressor therapy post-surgery, which has shown particularly high clinical effectiveness among patients receiving dienogest at a dosage of 2 mg. After six months of postoperative treatment, infertility is accompanied by advanced severe deep infiltrative endometriosis, but no pregnancy occurs within 12 to 18 months despite etiological infertility treatment, patients should consider assisted reproductive technologies, specifically in vitro fertilization.