

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի հետ զուգակցված անպտղության հետազոտման ժամանակակից մոտեցումները

Ա.Ա. Դրամյան

Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ 0096, Երևան, Մարգարյան փ., 6/2

Բանալի բառեր. խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզ, առաջնային և երկրորդային անպտղություն, գերձայնային հետազոտություն, լապարասկոպիա

Սեռական էնդոմետրիոզի վաղ ախտորոշման ու բուժման հարցերը շարունակում են մնալ որպես ժամանակակից բժշկության հիմնախնդիրներ, ինչը պայմանավորված է դինամիկայում հաճախականության բարձրացմամբ, ծանր ընթացքով, ախտորոշման և բուժման դժվարություններով, վերարտադրողականության, ինչպես նաև անհատի ընդհանուր վիճակի, աշխատունակության և կյանքի որակի վրա բացասական հետևանքներով [1,2,6,15]:

Էնդոմետրիոզի հիվանդության հաճախադիպությունը պայմանավորված է նաև ախտորոշման բարելավմամբ, մասնավորապես անպտղության դեպքում լապարասկոպիայի ավելի լայն կիրառմամբ, ինչը թույլ է տալիս էնդոմետրիոզն ախտորոշել ավելի վաղ փուլերում:

Վերջին տարիներին արձանագրվում է հիվանդության երիտասարդացում: Համաձայն էնդոմետրիոզի միջազգային ասոցիացիայի տվյալների՝ էնդոմետրիոզի առաջնային մանիֆեստացիայի միջին տարիքը կազմում է 15,9 տարին [11]: Էնդոմետրիոզը սովորաբար դիտարկվում է որպես բարձիթոզի հիվանդություն, քանի որ, համաձայն էնդոմետրիոզի համաշխարհային պոպուլյացիոն հետազոտության տվյալների, առաջին կլինիկական դրսևորումներից հետո՝ մինչև ախտորոշումը, սովորաբար տևում է 7-8 տարի [7,10], առանձին դեպքերում՝ անգամ 30 տարի: Այդ «բաց թողնված» ժամանակահատվածում ոչ միայն չեն լուծվում վերարտադրողական խնդիրները, այլև 10% դեպքերում առաջանում են էքստրագենիտալ էնդոմետրիոզի օջախներ

ու ինֆիլտրատիվ ձևեր, իսկ 0,65% հիվանդների մոտ ախտորոշվում է էնդոմետրիոիդային քաղցկեղ:

Համաձայն գրականության տվյալների [4,17]՝ գինեկոլոգիական հիվանդացության կառուցվածքում էնդոմետրիոզը 3-րդ տեղում է՝ իրենից առաջ թողնելով սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունները և արգանդի միոման, որին բաժին է ընկնում 10-15%-ը:

Մեր կողմից օգտագործվել է խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ամերիկյան պտղաբերության ասոցիացիայի դասակարգումը [8]:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ավելի հստակ բնորոշում է տրվել Չ. Չապրոնի կողմից [9], համաձայն որի՝ խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզը հեշտոցի, միզապարկի մկանային կառուցվածքների կամ ուղիղ աղիքի ախտահարումն է, երբ ինվազիայի խորությունը գերազանցում է 5մմ-ը և ավելի:

Անպտղության առաջացումը գենիտալ ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում պայմանավորված է ախտաբանության տարածվածությամբ և էնդոմետրիոիդային հետերոտոպիայի բջիջների պրոլիֆերատիվ ակտիվությամբ: Բացի այդ անպտղության պատճառներն են խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում փոքր կոնքի կպումնային պրոցեսը, ձվարանային ռեզերվի իջեցումը, օօցիտների անբավարար որակը և այլն:

Աշխատանքի նպատակն է գնահատել անպտղությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդների ախտորոշման կլինիկական, ոչ ինվազիվ ու ինվազիվ մեթոդների հավաստիությունն ու ախտորոշման հնարավորությունները:

Նյութը և մեթոդները

Վերարտադրողական առողջության, պերինատալոգիայի, մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտում 2010-2018թթ. ընթացքում մեր կողմից հետազոտվել են երկարատև անպտղությամբ, դիսմենորեայի, դիսպարեունիայի, դիսխեզիայի, կոնքային ցավերի գանգատով ընդունված վերարտադրողական տարիքի 440 կին, որոնցից 185-ը (42,1%) տառապում էին առաջնային և երկրորդային անպտղությամբ, և որոնք էլ կազմել են հիմնական կլինիկական խումբը:

Այսպիսով, անպտղությունն էնդոմետրիոզի հաճախ հանդիպող ախտանիշներից մեկն է, ինչն արձանագրվել է մեզ դիմած հիվանդներից 42%-ի մոտ, այն համահունչ է նաև գրականության տվյալներին, համաձայն որի, եթե ֆերտիլության ցուցանիշն առողջ

կանանց մոտ 0,15–0,20 է, ապա էնդոմետրիոզով հիվանդների մոտ 0,02–0,1 է, այսինքն՝ այն ցածր է 10 անգամ [6,13,18]:

Մեր կողմից կիրառվել է պտղաբերության ամերիկյան ասոցիացիայի կողմից ինֆիլտրատիվ, ռետրոցերվիկալ խոր էնդոմետրիոզի ախտորոշման ստանդարտը հետևյալ ծավալով և հաջորդականությամբ [8]:

Ընդհանուր կլինիկական հետազոտությունը սկսել ենք անամնեզի ուսումնասիրությունից, որը ներառել է կյանքի անամնեզը, դաշտանային և մանկածնության ֆունկցիաների առանձնահատկությունները, տարած հիվանդությունները և ստացած բուժումները:

Իրականացվել է գանգատների մանրամասն վերլուծություն, հատուկ ուշադրություն է դարձվել առաջացման ժամանակի, բնույթի ու արտահայտվածության տվյալներին, դրանց կապին դաշտանային ֆունկցիայի հետ, ընթացքին դինամիկայում, ստացած բուժումներին և դրանց արդյունավետությանը:

Անամնեզի հավաքումից հետո իրականացվել է ընդհանուր կլինիկական և գինեկոլոգիական հետազոտություն:

Գնահատվել են մարմնակազմության տիպը, ենթամաշկային ճարպաբջջանքի, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների վիճակը: Կատարվել է որովայնի ու կրծքագեղձերի շոշափում, մարմնի զանգվածի ինդեքսի, հոգեհուզական, նյարդային, շնչառության, սիրտ-անոթային, հատկապես աղեստամոքսային և միզասեռական համակարգի վիճակի գնահատում:

Օգտագործել ենք Օբսֆորդի համալսարանի կողմից 2014թ. հրապարակված Մարդու վերարտադրողականության և էմբրիոլոգիայի ասոցիացիայի մշակած ցավային համախտանիշի, դիսմենորեայի, դիսպարեունիայի, կոնքային լարվածության/զգայունության, արգանդի և հավելումների վիճակի գնահատման սանդղակները [19]:

Ցավի գնահատման համար կիրառել ենք դեմքի արտահայտության վրա հիմնված վիզուալ անալոգային սանդղակը՝ ՎԱՍ (Visual Analog Scale, VAS), որն ունի գործնականում մեծ կիրառում, սակայն ցուցված է միայն ցավի մեկ դրսևորման՝ ինտենսիվության գնահատման համար և ունի 11 աստիճան (աղյուսակ1):

Աղյուսակ 1

Ցավի գնահատման վիզուալ անալոգային սանդղակ

Ցավի գնահատման սանդղակ	
0	Ցավի բացակայություն
Թեթև ցավ	
1-ին աստիճան	Հազիվ նշմարվող ցավ
2-րդ աստիճան	Ցավ, որը չի ազդում ընդհանուր վիճակի և ակտիվության վրա
3-րդ աստիճան	Երբեմն անհանգստացնող ցավ
4-րդ աստիճան	Ցավն անհանգստացնող է, սակայն չի անդրադառնում ընդհանուր վիճակի և գործողությունների կատարման վրա
Չափավոր ցավ	
5-րդ աստիճան	Ցավն անհանգստացնող է, ազդում է ընդհանուր վիճակի և ակտիվության վրա
6-րդ աստիճան	Դժվար է ցավն անտեսել, ազդում է սովորական գործողությունների կատարման և ակտիվության վրա
Ծանր ցավ	
7-րդ աստիճան	Կա կենտրոնացում ցավի վրա, որը սահմանափակում է ակտիվությունը
8-րդ աստիճան	Ուժեղ ցավեր, որոնք թույլ չեն տալիս կատարել որևէ գործողություն
9-րդ աստիճան	Սարսափելի ցավեր, որոնք թույլ չեն տալիս կատարել որևէ գործողություն և պահանջում են ցավազրկողներ
10-րդ աստիճան	Անտանելի ցավեր, որոնք պահանջում են ուժեղ ցավազրկողներ

Ստորև ներկայացվում է էնդոմետրիոզի ախտանիշների և հատկանիշների դրսևորման գնահատման Մարդու վերարտադրողականության և էմբրիոլոգիայի ասոցիացիայի մշակած սանդղակը (աղյուսակ2):

Գինեկոլոգիական հետազոտության ժամանակ գնահատվել են արտաքին սեռական օրգանների անատոմիական կառուցվածքը, զարգացածության աստիճանը, լորձաթաղանթի վիճակը, որից հետո կատարվել է արգանդի պարանոցի և հեշտոցի գնում հայելիների միջոցով, իսկ հեշտոցային քնության միջոցով որոշվել են արգանդի մեծությունը, շարժունությունը, հավելումների վիճակը, ցավոտությունը:

Աղյուսակ 2

Էնդոմետրիոզի ախտանիշների և հատկանիշների գնահատման սանդղակ

Ծանրության աստիճան	Էնդոմետրիոզի ախտանիշների գնահատման սանդղակ՝ ըստ ախտանիշի արտահայտվածության աստիճանի				
	Ա) կոնքային ցավեր	Բ) դիսմենորեա	Գ) դիսպարեունիա (սեռական հարաբերության ժամանակ)	Դ) ներքին զննման ժամանակ կոնքային լարվածություն	Ե) ներքին զննման ժամանակ օրգանների խտաստիճանը
0 աստիճան	չկա	չկա	չկա	չկա	չկա
I°-թեթև	երբեմն դիսկոմֆորտ	աշխատունակության որոշ իջեցում	տանելի դիսկոմֆորտ	նվազագույն լարվածություն	արգանդը շարժուն է, պնդացած է միայն հավելումների շրջանում
II°-չափավոր	նշանակալի դիսկոմֆորտ ամբողջ ցիկլի ընթացքում	օրվա մեջ որոշ ժամերի ընթացքում աշխատունակության նշանակալի իջեցում	ցավեր, որոնք պահանջում են ընդհատել հարաբերությունը	էքստենսիվ լարվածություն	հավելումների շրջանում կա հաստացում և պնդացում, որը սահմանափակում է արգանդի շարժունությունը
III°-ծանր	ցավեր ամբողջ ցիկլի ընթացքում, պահանջվում է ցավազրկողների օգտագործում	մեկ կամ մի քանի օր աշխատունակության կորուստ	ցավերի պատճառով սեռական հարաբերությունից հրաժարում	լարվածության պատճառով հնարավոր չէ կատարել ներքին զննում	Հավելումների շրջանում հանգույցներ, որի հետևանքով արգանդը անշարժանում է
Կոնքային ցավերի ընդհանուր գնահատումը (Ա +Բ+Գ)				Ցավերի ընդհանուր ֆիզիկական հատկանիշների գնահատումը (Դ +Ե)	
չկա	0			չկա	0
թեթև	1-3			թեթև	1-2
չափավոր	4-6			չափավոր	3-4
ծանր	7-9			ծանր	5-6
Ախտանիշների և հատկանիշների ծանրության գնահատման ընդհանուր ցուցանիշները				(Ա +Բ+Գ +Դ +Ե)	
չկա	0				
թեթև	1-2				
չափավոր	3-5				
ծանր	6-10				
չատ ծանր	11-15				

Կլինիկական հետազոտության դեպքում ներառվել է ռետրո-ցերվիկալ շրջանի հետազոտությունը, էնդոմետրիոիդային օջախների և ցավային համախտանիշի հայտնաբերման նպատակով կատարվել է հեշտոցի և արգանդ-արբոսկրային կապանների պալպացիա, ընդ որում զննումն ու պալպացիան կատարվել են նաև դաշտանի ժամանակ, որի դեպքում էնդոմետրիոզին բնորոշ ախտանիշների հայտնաբերումն ավելանում է շուրջ 5 անգամ, ինչը հատկապես բնորոշ է դիսխեզիային [3,5]:

Ռետրոցերվիկալ շրջանի հետազոտությունը մեզ թույլ տվեց ստանալ լրացուցիչ տեղեկատվություն *cul-de-sac* վիճակի ու ռեկտո-վագինալ միջնապատի մասին:

Բոլոր 185 հիվանդներն էլ ենթարկվել են ընդհանուր կլինիկական՝ մեզի, արյան ընդհանուր քննության, արյան կենսաքիմիական, արյան մակարդման և հակամակարդման համակարգի հետազոտության, ինչպես նաև **շճաբանական մեթոդով որոշվել են սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակները, բակտերիոսկոպիական և բակտերիոլոգիական մեթոդներով հեշտոցի բիոցենոզը**, մարդու իմունաանբավարարության վիրուսի (ՄԻԱՎ), սիֆիլիսի, ավստրալիական անտիգենի (HbsAg) նկատմամբ IgM և IgG հակամարմինների տիտրը, արյան մեջ գոնադոտրոպ և սեռական հորմոնների խտությունը, ինչպես նաև օնկոմարկերների տիտրը (CEA, CA-125, CA19-9, CA-15-3):

Կատարվել է բոլոր կանանց փոքր կոնքի օրգանների տրանս-աբդոմինալ/ տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտություն (ՏՎԳՁ) մինչև բուժումը և դինամիկայում՝ բուժման ընթացքում և հետո:

Գնահատվել են արգանդի, M-էխոյի, արգանդի պատի և միումետրիումի կառուցվածքը, արգանդի վզիկի երկարությունը, ձվարանների ֆոլիկուլային ապարատի վիճակը և դրանց ծավալն ու ձվարանների էխոգենությունը, միզարտազատման օրգանների (միզապարկ, միզածորաններ, երիկամներ), որովայնային օրգանների (յարդ, լեղապարկ, ենթաստամոքսային գեղձ և այլն) վիճակը, ինչպես նաև ծավալային գոյացությունների առկայությունը:

Գրականության տվյալների համաձայն՝ ՏՎԳՁ-ն ավելի զգայուն և յուրահատուկ մեթոդ է խոր ռեկտովագինալ էնդոմետրիոզի ախտորոշման համար, բիմանուալ հետազոտության, անգամ մագնիսառեզոնանսային և տրանսեկտալ գերձայնային հետազոտության համեմատությամբ, հատկապես, երբ այն կատարվում է հատուկ վերապատրաստված մասնագետի կողմից [3,14]:

ՏՎԳՁ-ն օգնում է ստանալ ճշգրիտ տեղեկատվություն էնդոմետրիոզի աղեկվատ բուժման կազմակերպման համար: Սկանավորման

մոդիֆիկացված տեխնիկան ներառում է առավելագույն ցավային համախտանիշի լոկալիզացիայի շրջանը, օգնում է հավաստիության ավելի բարձր աստիճանով հայտնաբերել ռեկտովագինալ, ռետրոցերվիկալ և դուզալայան տարածության էնդոմետրիոզը (սպեցիֆիկությունը կազմում է 95%, զգայունությունը՝ 90%), [12]:

ՏՎԳՁ-ի հավաստիության բարձրացման նպատակով այն կատարվում է հիվանդի հատուկ նախապատրաստման պայմաններում (մաքրող հոգնա հետազոտությունից մեկ ժամ առաջ):

ՄՌՏ-ն ներկայումս **ՏՎԳՁ-ի** նկատմամբ լրացուցիչ ախտորոշման մեթոդ է, հատկապես ծանր էնդոմետրիոզի ախտորոշման:

Ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզի կամ պարամետրիումի ինֆիլտրատի կասկածի դեպքում կատարվել է երիկամների ԳՁՀ, ռեկտոռեանոսկոպիա կամ կոլոնոսկոպիա՝ բիոպսիայով, հետմիզապարկային ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի կասկածի դեպքում ցիստոսկոպիա՝ բիոպսիայով:

Ուրոգրաֆիայի ենթ դիմել պրոցեսի մեջ միզային ուղիների ախտաբանական օջախների հայտնաբերման, համակարգչային և մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիայի (ՀՏ/ՄՌՏ)՝ ուղիղ աղիքի, միզածորանների, արգանդի պարանոցի հետերոտոպիկ ինվազիայի աստիճանի և աղիքների լուսանցքի նեղացման որոշման համար:

Նախավիրահատական փուլում միզապարկի էնդոմետրիոզի ախտորոշումը ներկայումս ևս շարունակում է մնալ բարդ հիմնախնդիրներից մեկը, քանի որ հաջողվում է ախտորոշել էնդոմետրիոզով տառապող միայն հիվանդների 1%-ի մոտ: ԳՁՀ-ն թույլ է տալիս ախտորոշել միզապարկի պատերի էնդոմետրիոզային ախտահարումը միայն 38% դեպքերում [18]:

Ներկայումս էնդոմետրիոզի ախտորոշման մեջ արյան շիճուկում $Ca-125 > 100 ՄՄ/մլ$ և ամիլոիդային սպիտակուցի $A > 50 գ/մլ$ ցուցանիշների և ֆիզիկալ զննման դեպքում հայտնաբերված ախտանիշների համադրությունը թույլ է տալիս կասկածել հիվանդի մոտ ռեկտովագինալ միջնապատի էնդոմետրիոզի առկայության մասին:

Իրականացվել է բոլոր հիվանդների արգանդի վզիկի բջջաբանական հետազոտություն՝ ըստ Պապանիկոլաուի: Լայնացված կոլպոսկոպիան իրականացվել է ըստ ցուցումների, համընդհանուր մեթոդաբանությամբ:

Հեռացված մատերիալի, էնդոմետրիումի քերուկի, հեռացված օրգանների կամ հյուսվածքների հյուսվածքաբանական հետազոտությունն իրականացվել է ընդունված մեթոդաբանությամբ, իսկ էնդոմետրիումի վիճակի դինամիկ հսկողությունը՝ «ՓՄՅՊԱԼ» բիոպսիայի մեթոդաբանությամբ:

Լապարասկոպիան և հիստերասկոպիան կատարվել են ըստ ցուցումների, համընդհանուր մեթոդաբանությամբ:

Արդյունքները և քննարկումը

Հիմնական կլինիկական խմբի 185 հիվանդներն էլ ենթարկվել են կլինիկական, ժամանակակից ինվազիվ և ոչ ինվազիվ մեթոդներով ախտորոշման, որի հավաստիությունը գնահատվել է էնդոսկոպիական մեթոդների, լապարասկոպիայի ու հիստերասկոպիայի կիրառմամբ ստացված արդյունքների համադրմամբ:

Հետազոտված կանայք պատկանում էին 25-45 տարիքային խմբին: Ըստ տարիքային խմբի՝ հիվանդները բաշխվել են հետևյալ կերպ. 31 հիվանդ 21-25 տարեկան էին, 49-ը՝ 26-30, 62-ը՝ 31-35, 35-ը՝ 36-40, 8-ը՝ 41-45 հիվանդներ հիմնականում 31-40 տարիքային խմբերում էին (97-52.4%), միջին տարիքը կազմել է 32±7,2տարի:

Առաջնային անպտղություն էին նշել յուրաքանչյուր երկրորդ հիվանդ՝ 102(55,14%), իսկ երկրորդային անպտղություն՝ 83(44,86%): Անպտղության տևողությունը կազմել է 2-16 տարի, 1-2 տարվա անպտղություն ունեին 15(8,1%), 2-5տարվա՝ 34 (18,4%), 5-10 տարվա՝ 72(38,9%), 10-15 տարվա՝ 54 (29,2%), 16 և ավելի տարվա՝ 10 (5,4%): Միջին տևողությունը կազմել է 6±1.3 տարի:

Հիմնական խմբի հիվանդների ցավային համախտանիշը, դիսմենորեան ու դիսպարեունիան մեր կողմից գնահատվել են ըստ մարդու վերարտադրողականության և էմբրիոլոգիայի ասոցիացիայի սանդղակի, որի արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 3-ում:

Ինչպես երևում է աղյուսակի տվյալներից, հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ, անպտղությունից բացի, հայտնաբերվել են էնդոմետրիոզին բնորոշ ախտանիշներ՝ ծանրության տարբեր աստիճաններով, ընդ որում ամենից հաճախ գանգատները վերաբերում էին դիսմենորեային (95,1%), կոնքային ցավերին (80,5%) և դիսպարեունիային (76,2%): Ներկայացված տվյալների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հետազոտված հիվանդների մոտ գերակշռում էին կլինիկական ծանր դրսևորումները:

Դաշտանային ֆունկցիայի ուսումնասիրությունը ցույց տվեց, որ հետազոտված հիվանդներից 174-ի (94,1%) մոտ մենարխեն եղել է 13-15 տարեկանում, դաշտանները՝ կանոնավոր, սակայն 164(88,6%)-ի 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%):

Աղյուսակ 3

Հիմնական խմբի հիվանդների ցավային համախտանիշի, դիամենորեայի ու դիսպարեունիայի գնահատումը

Ախտանիշի բնույթը	Ախտանիշների բնույթը	Դրստորման աստիճանը	Հիվանդներ	
			թիվը	%
Կոնքային ցավեր n=149	Ցավի բացակայություն	0	36	19,5
	թույլ, ժամանակ առ ժամանակ դիսկոմֆորտի առաջացում կամ ցավ դաշտանից առաջ	թեթև 1-4	35	18,9
	չափավոր, տանելի ցավեր, նկատելի դիսկոմֆորտ դաշտանային ցիկլի տարբեր ժամկետներում	չափավոր 5-6	81	58,2
	ինտենսիվ, սուր, համարյա մշտական ցավեր, հիվանդները ստիպված օգտագործում են անալգետիկներ	ծանր 7-10	33	23,7
Ընդամենը	Ցավեր ունեն		149	80,5
Դիամենորեա n=176	Ցավի բացակայություն	0	9	4,9
	դաշտանի ժամանակ թույլ ցավեր, աշխատունակության որոշ խանգարում	թեթև	39	21,1
	չափավոր ցավեր, հիվանդին ստիպում են մի քանի ժամ մնալ անկողնում, ժամանակ առ ժամանակ դառնալ անաշխատունակ	չափավոր	74	40,0
	ուժեղ ցավեր, որոնք հիվանդին ստիպում են մեկ կամ մի քանի օր գամվել անկողնուն, դառնալ անաշխատունակ, օգտագործել ուժեղ ցավազրկողներ	միջին	63	34,1
Ընդամենը	Դիամենորեա է հայտնաբերվել		176	95,1
Դիսպարեունիա n=141	Ցավ չկա	0	44	23,8
	տանելի ցավ սեռական հարաբերության ժամանակ	1	29	15,7
	արտահայտված ցավ, որը ստիպում է կնոջն ընդհատել սեռական հարաբերությունը	2	70	37,8
	արտահայտված ցավ, որը ստիպում է կնոջը խուսափել սեռական հարաբերությունից:	3	42	22,7
Ընդամենը			141	76,2

Դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումների դրստորումները նույնպես գնահատել ենք մարդու վերարտադրողականության և էմբ-

րիոլոգիայի ասոցիացիայի սանդղակով, որի չափանիշները ներկայացված են աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4

Հետազոտված հիվանդների դաշտանային ֆունկցիայի առանձնահատկությունները

Ախտանիշի բնույթը	Ախտանիշների բնույթը	Դրսևորման աստիճանը	Հիվանդներ	
			թիվը	%
n=147	Խանգարումներ չկան	0	38	20,5
	պարբերաբար առաջացող քսվող արյունային արտադրություն մինչև դաշտանը	1	64	43,5
	քսվող արյունային մուգ շագանակագույն արտադրություն դաշտանից 4-ից մինչև 7 օր առաջ	2	49	33,3
	շարունակական քսվող արյունային արտադրություն անկախ դաշտանի օրվանից	3	34	23,1
Ընդամենը			147	79,5
Արյան կորուստը դաշտանի ժամանակ n=185	սակավ արյունային արտադրություն	1	45	24,3
	չափավոր արյունային արտադրություն	2	64	34,6
	առատ արյունային արտադրություն	3	59	31,9
	առատ արյունային արտադրություն, արյունահոսության տիպի (մենորագիա)	4	17	9,2

Դաշտանային ֆունկցիայի ուսումնասիրության ժամանակ պարզվեց, որ հետազոտված հիվանդների մեծամասնության մոտ (79,5%) առկա էին դաշտանային ֆունկցիայի ռիթմի և կորցրած արյան քանակի տարբեր խանգարումներ, մասնավորապես մենորագիա, հիպեր- և պոլիմենորեա, կամ ունեին երկարատև միջդաշտանային քսվող շագանակագույն արյունային արտադրություն, ինչն ուղեկցվում էր տարբեր աստիճանի սակավարյունությամբ:

Հատուկ ուշադրության է արժանի այն փաստը, որ անպտոլությամբ տառապող 17 (9,2%) հիվանդների մոտ էնդոմետրիոզը, անգամ ծանր ինֆիլտրատիվ ախտահարման դեպքում, չունեի կլինիկական դրսևորումներ և ընթանում էր անցավ (անախտանիշ):

Հեշտոցային քնության ժամանակ էնդոմետրիոզի տարածված ձևերի դեպքում շոշափվում էին պինդ, տարբեր չափերի ցավոտ գո-

յացություններ: Մյուս ախտանիշը դուգլասյան տարածության օբլիտերացիան էր, որը հաճախ ուղեկցվում էր արգանդի ֆիքսված ռետրոֆլեքսիայով:

Արգանդի հավելումների էնդոմետրիոիդային ախտահարումների դեպքում դրանց պրոյեկցիայով 99(53,5%) շոշափվում էին տարբեր չափերի ծավալային գոյացություններ՝ ֆիքսված շրջակա հյուսվածքների հետ, որոնք 36-ի (36,4%) մոտ ունեին երկկողմանի բնույթ: Մեծ էնդոմետրիոիդ ուռուցքների դեպքում, ինչը սովորաբար ուղեկցվում էր կպումնային պրոցեսով, ձվարանները քիչ շարժուն էին կամ անշարժ և պահանջում էին հստակ տարբերակում փող-ձվարանային ուռուցքներից:

Հայելիներով զննության ժամանակ 15(8,1%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել էին կապտագույն հանգույցներ հեշտոցի հետին կամարում:

Սակայն անգամ շատ մանրակրկիտ կլինիկաանամնեստիկ տվյալների վերլուծությունը թույլ է տալիս ախտորոշել, բայց ոչ միշտ է թույլ տալիս որոշել էնդոմետրիոիդային պրոցեսի տարածվածության աստիճանը:

Աղիների ախտահարումը հայտնաբերվել է էնդոմետրիոզով տառապող հիվանդներից 54-ի (29,1%) մոտ: Ճնշող մեծամասնության մոտ շուրջ 85% դեպքերում ախտահարված էր ռեկտոսիգմոիդային հատվածը, ավելի հազվադեպ մյուս հատվածները, ինչպես նաև կույր աղիքը, ապենդիքսը, գատաղիքի տերմինալ հատվածը և բարակ աղիքը:

Աղիքների ախտահարման դեպքում համարյա բոլոր հիվանդները գանգատվում էին որովայնի ցավերից և դիսկոմֆորտից: Աղիքի պատի մեջ պրոցեսի տարածվածության աստիճանից կախված՝ մակերեսային՝ սահմանափակված շճային և մկանային շերտի մասնակի ախտահարման դեպքում հիվանդները գանգատվում էին թույլ ցավերից ու դիսկոմֆորտից, աղիքների գրգռման ախտանիշներից՝ փքվածություն և կծկանքանման ցավեր որովայնում, որոնք առավել արտահայտվում էին դաշտանի ընթացքում, իսկ խորը թափանցող ախտահարման դեպքում, երբ ախտաբանական պրոցեսն առաջացրել է աղիքի ստենոզ, նաև փորկապությունից, սպաստիկ ցավերից ու կղման պրոցեսի խանգարումից:

Աղիքների խոր ինֆիլտրատիվ ձևերի դեպքում այդ ախտանիշների առավել արտահայտվածությանը գումարվում էր հաստ աղիքի էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարումը՝ փորկապության տիպի: Էնդոմետրիոզի ինֆիլտրատիվ ձևերի դեպքում, որոնք ընթանում էին աղիքների ստենոզով և դաշտանի ժամանակ կղանքում արյան հետքերի առաջացումով, հնարավոր եղավ ախտորոշել էնդոսկոպիական

միջամտության և ռենտգենաբանական հետազոտությունների արդյունքում:

Միզարտադրման համակարգի խանգարումներ էին նշել 22 հիվանդ (11,5%):

Ուսումնասիրելով հիվանդների ներկայացրած գանգատները՝ կարելի է նշել, որ ախտանիշներն առավել դրսևորվում էին դաշտանի ժամանակ, փաստորեն մեր կողմից հետազոտված համարյա բոլոր հիվանդների մոտ ուժեղանում էր 4 դիսերի համախտանիշը (դիսմենորեան, դիսպարեունիան, դիսուրիան, դիսխեզիան):

Անպտուղ կանանց հիմնական գանգատը խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի արգանդի միոմայի կամ ադենոմիոզի, ձվարանի էնդոմետրիոզի դային կիստաների հետ զուգակցման դեպքում անկանոն դաշտանային ֆունկցիան էր, առատ և ցավոտ դաշտանը (89,6%):

Հոգեհուզական խանգարումներ էին հայտնաբերվել հիվանդների ճնշող մեծամասնության մոտ՝ 156 (84,3%), մասնավորապես թուլություն, գրգռվածություն, տրամադրության անկայունություն, քնի խանգարում, հուզական լաբիլություն:

Վիզուալ անալոգիական սանդղակով (ՎԱՍ՝ 10 բալային համակարգ) գնահատման դեպքում նշված ախտանիշները՝ կոնքային ցավեր, դիսպարեունիա, դաշտանային ֆունկցիայի խանգարումներ, գնահատվել են 8-10 միավոր:

Այսպիսով, հետազոտված հիվանդների գանգատների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ կլինիկական դրսևորումները կախված էին էնդոմետրիոզի դային պրոցեսի տեղակայումից, ախտահարման աստիճանից, հարակից օրգանների՝ ախտաբանական պրոցեսի մեջ ներգրավումից, ցավի նկատմամբ անհատի զգայնության շեմից:

Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ յուրաքանչյուր 3-րդ հիվանդ երկարատև բուժվել է այլ ախտաբանություններից, մասնավորապես արգանդի միոմա, քրոնիկական սալպինգոօֆորիտ, ձվարանների բարորակ ուռուցքներ, պրոկտիտ և պարապրոկտիտ, գրգռված աղիքի համախտանիշ, թուրք, քրոնիկական սպաստիկ կոլիտ, աղիքների կպումնային անանցանելիություն, հեմոռագիկ ցիստիտ և այլն:

Տրանսվագինալ գերձայնային հետազոտությունը (ԳՁՀ) մեր կողմից խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի կասկածի դեպքում կիրառվել է որպես ախտորոշման պարտադիր մեթոդ, սակայն ԳՁՀ-ի հավաստիությունը կախված էր ախտաբանական պրոցեսի անատոմիական տեղակայումից, տարածվածության աստիճանից և լոկալիզացիայից:

Ձվարանների էնդոմետրիոիդային կիստաների դեպքում հայտնաբերվում էին տարբեր չափերի գոյացություններ՝ կարծր պատյանով, հիպերէխոգենային պարունակությամբ, մանր դիսպերսային կախույթի տեսքով:

Ադենոմիոզի դեպքում հայտնաբերվեցին միոմետրիումում բարձր էխոգենության տեղամասեր՝ միոմետրիումի սահմանների անհամաչափություն և ատամնավորվածություն, մինչև 5մմ տրամագծով կլոր, էխոգեն ներառումներ, հանգուցավոր ձևերի դեպքում՝ մինչև 30մմ տրամագծով հեղուկի պարունակությամբ խոռոչներ:

Բոլոր հետազոտված կանայք ենթարկվել են հիստերասալպինգագրաֆիայի, 35(18,9%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է փողերի տարբեր հատվածների անանցանելիություն, 52 (28,1%) հիվանդի մոտ՝ ադենոմիոզ:

Կուլպասկոպիան թույլ տվեց 15(8,1%) հիվանդի մոտ հայտնաբերել արգանդի պարանոցի էնդոմետրիոզ, առկա էր «թռչնի աչքեր» ախտանիշը:

Բոլոր հետազոտված հիվանդների մոտ ախտորոշման նպատակով իրականացվել են լապարասկոպիա, հետագա օպերատիվ միջամտություն՝ անհրաժեշտ ծավալով: Հիստերասկոպիան թույլ տվեց հայտնաբերել էնդոմետրիոիդային ուղիները, արգանդի պատերի կուպիտ ուրվագծերը՝ խորդուբորությունների տեսքով:

Լապարասկոպիական և հիստերասկոպիական մեր հետազոտությունների արդյունքների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի դեպքում պրոցեսի մեջ ամենից հաճախ ներգրավվում են հետին կամարը, սրբոսկր-արգանդային կապանները, ռեկտովագինալ տարածությունը, ռեկտոսիզմոդի հատվածը՝ 25(13,5%), ապենդիքսը՝ 28 (15,2%), ուղիղ աղիքը՝ 18(9,7%), ավելի հազվադեպ մյուս օրգանները, բարակ աղիքը՝ 5 (2,7%) և այլն:

Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզը հաճախ հայտնաբերվում էր ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզի տիպով, որը հյուսվածքաբանորեն ակտիվ առաջընթացող պրոցես էր: Այն հաճախ լոկալիզացված էր սրբոսկրարգանդային կապանի, հեշտոցի հետին պատի, ուղիղ աղիքի առաջնային պատի և ծանր ձևերի դեպքում պարամետրիալ բջջանքի ինֆիլտրացիայով՝ մագիստրալ անոթների և միզածորանի դիստալ հատվածի ախտահարումով:

Ինչ վերաբերում է խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի լոկալիզացիային, ապա, համաձայն լապարասկոպիական հետազոտության տվյալների, ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզն ախտորոշվեց 30 (16,2%), հետին կամարի, արգանդափողերի լայն կապանների և որովայնամզի էնդոմետրիոզը՝ 39 (21,08%), միզապարկի և էքստրագենիտալ էնդո-

մետրիոզը համապատասխանաբար՝ 7(3,78%) և 9(4,86):

Կլինիկական և գործիքային (տրանսվագինալ ԳՁՀ, ՀՍԳ, կոլպասկոպիա) արդյունքում հայտնաբերված և ինվազիվ մեթոդներով (լապարասկոպիա, հիստերասկոպիա) հաստատված ախտաբանությունների բնույթը ներկայացված է աղյուսակ 5-ում:

Աղյուսակ 5

Էնդոսկոպիական մեթոդներով հաստատված էնդոմետրիոզի բնույթն ու տարածվածությունը

Ախտաբանության բնույթը	Ախտորոշված հիվանդներ	
	թիվը	տոկոսը
Չախ կամ աջ ձվարանի էնդոմետրիոզային կիստա	61	32,9
Չվարանի երկկողմանի էնդոմետրիոզային կիստա	36	19,5
Արգանդի սուբմուկոզ, սուբսերոզ միումա	32	17,3
Արգանդի խոռոչի անոմալիաներ՝ միջնապատ, զարգացման արատներ	5	2,7
Էնդոմետրիումի ախտաբանություն՝ պոլիպ, ատիպիկ հիպերպլազիա,	21	11,4
Աջ/ձախ պարամետրիումի էնդոմետրիոզային կիստա	8	4,3
Արգանդափողի/փողերի էնդոմետրիոզ	7	3,8
Փոքր կոնքի կպումնային պրոցես	155	83,8
Արգանդափողերի անանցանելիություն ինտրամուրալ մասում	14	7,6
Արգանդափողերի անանցանելիություն ամպուլյար մասում	21	11,4
Միակողմանի/երկկողմանի հիդրոսալպինքս	6	3,2
Դիֆուզ ադենոմիոզ	23	12,4
Հանգուցավոր ադենոմիոզ	31	16,8
Արգանդի վզիկի էնդոմետրիոզ	17	9,2
Խոր ինֆիտրատիվ ռետրոցերվիկալ էնդոմետրիոզ	30	16,2
Հետին կամար, սրբուկր-արգանդային կապաններ, ռեկտովագինալ տարածություն, ռեկտոսիզմոիդ հատված	25	13,5
Ադիքի ռեկտոսիզմոիդային, սիզմոիդային հատվածի էնդոմետրիոզ	45	24,3
Ապենդիքսի էնդոմետրիոզ	28	15,2
Ուղիղ աղիք	18	9,3
Արգանդ-ուղիղաղիքային տարածության մասնակի օբլիտերացիա	30	16,2
Արգանդ-ուղիղաղիքային տարածության լրիվ օբլիտերացիա	24	12,9
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, I աստիճանի	26	14,1
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, II աստիճանի	29	15,7
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, III աստիճանի	61	32,9
Արտաքին սեռական էնդոմետրիոզ, IV աստիճանի	66	35,6
Միզուղիների էնդոմետրիոզ՝ հիդրոնեֆրոզ, հիդրոուրետր	7	3,8
Աճուկային շրջանի էնդոմետրիոզ	2	1,1
Կյուր/յան կապանների էնդոմետրիոզ	4	2,2
Էքստրագենիտալ էնդոմետրիոզ	9	4,9

Այսպիսով, լապարասկոպիան ընտրության մեթոդ է անպտոդությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի լոկալիզացիայի, տարածվածության աստիճանի ճշգրիտ ախտորոշման համար, ինչը թույլ է տալիս ադեկվատ միջամտություններ, ինչպես նաև գնահատել անպտոդության բուժման /հաղթահարման հնարավորությունները և ընտրել վարման ադեկվատ տակտիկա:

Եզրահանգումներ

1. Չնայած ժամանակակից տեխնոլոգիայի զարգացմանն ու ներդրմանը՝ առայսօր որևէ կասկած չի առաջանում, որ խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման առաջին փուլն անամնեզի, կլինիկական ախտանիշների մանրակրկիտ հավաքագրումն է ու վազինալ, ռեկտովազինալ հետազոտության արդյունքների ադեկվատ վերլուծությունը:
2. Մեր հետազոտության արդյունքում պարզվեց, որ յուրաքանչյուր 3-րդ հիվանդ երկարատև բուժվել է այլ ախտաբանություններից, մասնավորապես արգանդի միոմա, քրոնիկական սալպինգոօֆորիտ, ձվարանների բարորակ ուռուցքներ և նաև այլ ուղեկցող ախտաբանություններից, մասնավորապես պրոկտիտ և պարապրոկտիտ, գրգռված աղիքի համախտանիշ, թութք, քրոնիկական սպաստիկ կոլիտ, աղիքների կպումնային անանցանելիություն, հեմոռագիկ ցիստիտ և այլն:
3. Անպտոդության երկարատև և անարդյունավետ 1.5-2 տարվա բուժումը ցուցում է լապարասկոպիական հետազոտության համար, ինչը թույլ է տալիս վաղ հայտնաբերել էնդոմետրիոզի տարածվածությունը, ախտահարման բնույթը և ընտրել անպտոդության բուժման/հաղթահարման ադեկվատ տակտիկա:
4. Անպտոդությամբ զուգակցված խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի ախտորոշման ու բուժման ոսկե ստանդարտը լապարասկոպիական հետազոտությունն է, որը թույլ է տալիս ոչ միայն հայտնաբերել էնդոմետրիոզային օջախների, իմպլանտների առկայությունը, այլ նաև որոշել տարածվածության աստիճանը, հիվանդության փուլը, իրականացնել նպատակային միջամտություն՝ ամբողջությամբ հեռացնելով էնդոմետրիոզային օջախներն ու իմպլանտները:
5. Խոր ինֆիլտրատիվ էնդոմետրիոզի տարածված ձևերով տառապող անպտուղ կանայք բարդ կոնտինգենտ են ոչ միայն ախտորոշման, այլ նաև պտղաբերության վերականգնման համար և պահանջում են լապարասկոպիայի պարտադիր կիրառում, էն-

դրականացնող բարձր որակավորում և նեղ մասնագետների (ուրոլոգներ, պրոկտոլոգներ) մասնակցություն և մուլտիդիսցիպլինար մոտեցում:

Ընդունված է 29.07.2020

Современные подходы к методам исследования глубокого инфильтративного эндометриоза в сочетании с бесплодием

А.А. Дрампян

Известно, что диагностика больных, страдающих бесплодием и глубоким инфильтративным эндометриозом является довольно сложной. В работе оценена достоверность неинвазивных и инвазивных методов исследования 185 больных, страдающих бесплодием и глубоким инфильтративным эндометриозом. Подтверждено, что клинические и современные неинвазивные методы диагностики имеют низкую достоверность для диагностики глубокого инфильтративного эндометриоза.

Целью работы явилась оценка достоверности неинвазивных и инвазивных методов исследования больных, страдающих глубоким инфильтративным эндометриозом и бесплодием.

Contemporary Approaches to Diagnostic Methods of Patient with Deep Infiltrative Endometriosis and Infertility

A.A. Drampyan

The study clearly demonstrates, that diagnosis of patients with DIE and infertility is rather complicated. In current study we evaluate sensitivity of noninvasive and invasive diagnostic methods in 185 patients with DIE and infertility. We demonstrated that current noninvasive diagnostic methods have low prognostic value for diagnosis of deep infiltrative endometriosis.

The aim of our study was the evaluation of predictive value of noninvasive and invasive diagnostic methods in patients with deep infiltrative endometriosis and infertility

Գրականություն

1. *Геркулов Д. А.* Место гормональной терапии в преодолении бесплодия ассоциированного с тяжелыми формами эндометриоза. Журнал акушерства и женских болезней, 2015, т. LXIV, 5, с.32-35.
2. *Попов А. А., Рамазанов М.Р., Коваль А.А., Чантурия Т.З.* 1-й Европейский конгресс по эндометриозу. Рос. Вестник акушера-гинеколога, 2013, 13, (3), с.96-98.

3. *Цвелев Ю.В., Абашиян В.Г., Берлев И.В. и др.*, Лучевая диагностика эндометриоза. Пособие для врачей под ред. проф. Ю.В. Цвелева - СПб., 2015.
4. *Щукина Н.А., Буянова С.Н.* Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза . РМЖ, 2014,14, с. 1002.
5. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных. М., 2013.
6. ACOG Updates Guideline on diagnosis and treatment of endometriosis. Am FamPhys, 2011, (Ja 1; 83), p. 84-95.
7. *Bulun S.E.* Endometriosis. Engl J Med., 2009, 360, p. 268-79.
8. *Buttram V.C.* Evolution of the revised American Fertility Society classification of endometriosis/Fert.steril., 1982, v. 43, 3, p.347-352.
9. *Chapron C.* Глубокий инфильтрирующий эндометриоз: диагностика и терапевтические стратегии. Репродуктивная эндокринология, 2011, 1, с. 70–6.
10. CNGOF // Guidelines for management of endometriosis, 2006.
11. *Cramer D.W., Missmer S. A.* The epidemiology of endometriosis. Acad. Sci., 2002, v. 955, p. 11–22.
12. Endometriosis: Diagnosis and Management, Journal of obstetrics and gynecology, Canada, №244, July, 2010.
13. ESHRE guidelines for diagnosis and treatment of endometriosis, Hum Repr., 2005, Oct. 20 (10), 2698-7041.
14. *Guidice L.C.* Clinical practice. Endometriosis// N Eng J Med 2010 Jun 24; 362; ACOG Updates Guideline on diagnosis and treatment of endometriosis//Am Fam Phys, 2011, Jan 1, 83, 84-95.
15. Randonized Trial on fast track Care in Colorectal Surgery for Deep infiltrating endometriosis. M. Scioscia, M.Ceccaroni, I. Gentile et al. JMIG, N 5. 2017. P. 815-821.
16. *Schweppe K.W.* Prevalence of endometriosis and current treatment guidelines, Gynaecology Forum 2011, 16, 2, 8—12. 4.
17. *Schweppe K.P. et al.* Endometriosis pathogenesis, diagnosis and therapeuticoptions for clinical and ambulatory care, J ReproduktionsmedEndocrin, 2013, 10, p. 102-11.
18. SOGC Guideline — Endometriosis: Diagnosis and management Endometriosis, J. Endometriosis, 2010, v. 2, (3).
19. Systematic review of endometriosis pain assessment:how to choose a scale? Hum Repord Update, 2014, 21(1,136-152 doi:10.1093/humupd/dmu046.