

ՊՏՂԻ ԲԵՐԹՔՎԱԾՆՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՍՐՏԻ ՄՈՆԻՏՈՐԱՑԻՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԹՔՎԱԾՆԱՑԻՆ ՏԵՍՏԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄԲ

Պտղի Թերթքվածնությամբ 30 հղինների մոտ Թքվածնային տեստի օգնությամբ կատարված հետազոտությունների հիման վրա եղրակացություն է արվում այն մասին, որ այդ տեստը, որը անց է կացվում կարդիոմոնիտորային հսկողության տակ, ունի մեծ ախտորոշիչ նշանակություն որոշելու համար Թերթքվածնության խորությունը և դարձելիությունը: Այն կարող է ծառայել որպես լրացուցիչ ախտորոշիչ չափանիշ պորտալարի պաթոլոգիայի բացահայտման համար:

M. R. Grigor'yan, O. B. Sayadian, N. A. Voskan'yan

The Cardiomonitoral Control at the Fetus Hypoxia with Application of Oxygenous Test

On the base of the studies carried out with the help of oxygenous test in 30 pregnant with fetus hypoxia it is established that this test, carried out under cardiomonitoral control, has a significant diagnostic value for determination of the gravity and reversability of hypoxia and it can become an additional criterion for revelation of the umbilical cord pathology.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А. В кн.: Кесарево сечение. М., 1985, с. 44.
2. Гармашева Н. А., Константинова Н. Н. Введение в перинатальную медицину. М., 1978.
3. Пуоджюс С. С., Садаускас В. М., Фибионавицюс А. И. В кн.: Совр. методы диагностики и лечение перинатальной гипоксии. М.—Ереван, 1981, с. 93.
4. Федорова М. В. В кн.: Диагностика и лечение внутриутробной гипоксии плода. М., 1982, с. 77.
5. Breuker K. H., Kushe M., Müller U. МРЖ. X, 1987, 2, с. 15, реф. 254. 6, Krebs H. P., Peters R. I. Amer. J. Obstet. Gynec., 1978, 130, 765.
7. Stembera U. Arch. Gynäk., 1976, 87, 60.

УДК 616.6:616.9:618

Է. Ն. Դանելյան, Վ. Վ. Դեկտորսկի, Կ. Ռ. Բաբայան, Ն. Մ. Խաչիկյան

ԽԱՌԸ ԳՈՆՈԿՈՎԱՎԱՐԱՄԵՆՏԱԿԱՆ ՄԻԶԱՍԵՌԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

(Էրեկտոմամադնոպիտակային, ձեռչափական և անդրկառուցվածքային վերլուծական հետազոտություն)

Միզասեռական օրգանների ոչ գոնոկոկային հիվանդությունների տարածման տեմպերն առայժմ թուլացման հակում չեն ցուցաբերում: Դրանցից իր բժշկական և սոցիալական նշանակությամբ առանձնակի հետաքրքրություն է ներկայացնում քլամիդիոզը, չափազանց տարածված մի ինֆեկցիա, որի հարուցիչները սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների վիճակագրության մեջ իրենց համեստությամբ չեն առանձնանում (նրանք պատճառագիտորեն նշանակալի մանրէներ են 54,3 % դեպքերում տղամարդկանց և 61,7

«*Chlamydiales*» կանանց մոտ [2]: Քլամիդիաների դասակարգումը կատարվել է մանրէաբանական միությունների միջազգային կազմակերպության հանձնաժողովի կողմից 1. 01. 1980-ին: Այն ներկայանում է հետևյալ կերպ. կարգ՝ *Chlamydiales*. ընտանիք՝ *Chlamydiaceae*, սեռ՝ *Chlamydia*: Վերջիններս լինում են երկու տեսակ՝ *Chlamydia psittaci* և մեր խնդրո առարկան՝ *Chlamydia trachomatis*-ը: Այն զարգացման եզակի ցիկլով և պարտադիր ներբջջային մակարոմոմար մանրէ է [11], որի կենսաբանական շրջանում ապահովվում է հարուցիչի Ձ հիմնական ձևերը՝ տարրական և ռետիկուլար, ինչպես նաև նրանց փոխարկումների ժամանակ ի հայտ եկող միջանկյալ մարմնիկների միջոցով [3]: *C. trachomatis*-ի կողմից գործնականում անտահաբան են ենթակա շատ օրգան-համակարգեր, բայց բուժական հաջողություններն առ այսօր ակնբախ չեն, քանզի չկան լաբորատոր անտորոշման հասու մեթոդներ, կլինիկական երևույթներն առանձնապես պաթոգենոմոնիկ չեն և վերջապես, մասնագիտական, առավել ևս հանրամատչելի գրականություն աղբատ է քլամիդիոզի՝ ՁԻԴՀ-ին հետևող № 2 հիմնահարցի (համաշխարհային առումով) մասին տեղեկություններով: Բնականաբար, ճիշտ անտորոշման մասին միշտ չէ, որ կարելի է խոսել:

Քլամիդիոզը ներառում է 20-ից ավելի համախտանիշ: Նշենք միայն նրանցից կարևորագույնները՝ միզուկաբորբ, մակամորձաբորբ (8,5), արգանդի և վզիկի բորբոքումներ [1]: Հատկապես ծանր են ընթանում կանանց մոտ վերել և դիսսիմինացված ինֆեկցիաները [10]: Այս առումով չափազանց մեծ է քլամիդիաների դերը անպտղության առաջացման գործում: Կոնքի օրգանների բորբոքումների ժամանակ քլամիդիաներ են հայտնաբերվել հետազոտված կանանց 86 % -ի մոտ [6]: Շվեդիայում գոնոկոկային սալպինգիտները անպտղությունը տառապող կանանց մոտ կազմում են 8 %, քլամիդիաների թիվը համեմատության հզոր [58 %] չունի վերջինիս հետ: Հիշարժան են նաև Ռեյթերի և Fitz-Hugh-Curtis-ի համախտանիշները (պերիհեպատիտ) հղիության և ծննդի անտաբանությունը, նորածինների թոքաբորբը, են [7]: Շատ հաճախ քլամիդիաները զուգակցված հանդես են գալիս այլ ինֆեկցիաների հետ: Գոնորեան և քլամիդիոզը զուգահեռ հանդիպում են 32—62 % դեպքերում [9]: Այս և ցանկացած այլ միջատասոցիալի ժամանակ հարուցիչներից յուրաքանչյուրի անտաբանությունն աճում է [4]:

Մեր կողմից ուսումնասիրման է ենթարկվել խառը գոնոկոկա-քլամիդային ինֆեկցիայով տառապող կանանց միզուկի և վզիկային խողովակի արտազատուկը և ծայրամասային արյունը հետևյալ եղանակներով.

- 1) հակաքլամիդային մոնոկլոնալ հակամարմինների մեթոդ
- 2) Մակ-Կոյի բջիջների կոկտուրայի վրա քլամիդիաների մեկուսացման մեթոդ

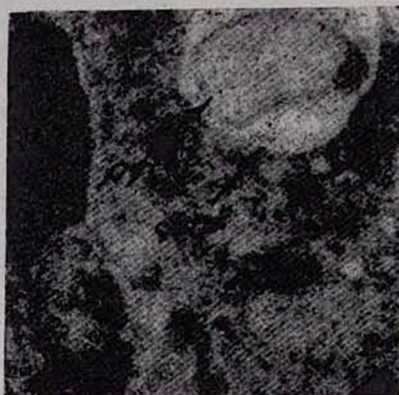
3) էլեկտրոնային մանրադիտման մեթոդ

4) ձևաչափական և անգրկառուցվածքային վերլուծության մեթոդ

5) ընդհանուր կլինիկական այլ մեթոդներ:

Առաջին մեթոդով հետազոտվել են 138 կին, որոնցից 70-ի մոտ գոնոկոկների հետ զուգահեռ հայտնաբերվել են և քլամիդիաներ (50,7 %) : Էլեկտրոնային մանրադիտման է ենթարկվել 25 հիվանդի արտազատուկը մինչև բուժումը, իմունոթերապիայի 6-րդ օրը և հակաբիոտիկների ընդունումից 3,24 և 48 ժամ անց: Ստացված արդյունքները մեզ հնարավորություն են ձևավորելու պաթոգենետիկ հիմնավորում տալ բուժական այն տարբերակին, որը կիրառվել է մեր կողմից (տակտիկին, դոքսիցիկլին, տեղային բուժում) և գործնական ապացույց

ներկայացնել այն երևույթի, որը կոչվում է տրանզիտոր բակտերեմիա: Այն մենք կոչեցինք քլամիդիա (նկ.)։ Մայրամասային արյան լեյկոցիտների անդրկառուցվածքային վերլուծությունը ցույց տվեց, որ խառը ինֆեկցիաների ժամանակ խիստ ընկճվում է բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտների ակտիվությունը, լինում է արտահայտված դեգրանուլյացիա և ցիտոպլազմայի վակուլիզացիա։ Այս շափանիշները խոսում են բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտների դյուրարեկ լինելու և ցածր ֆագոցիտար պոտենցիայի մասին։ Ցիտոպլազմատիկ գրանուլների քանակի պակասումը ոչ միայն համահարաբերակցվում է լեյկոցիտների ֆագոցիտար ակտիվության նվազման հետ, այլև ցույց է տալիս նրանց մարսողական ֆունկցիայի թուլությունը։



Խառը գոնոկոկա-քլամիդային ինֆեկցիայով հիվանդի ծայրամասային արյան բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտի ֆրագմենտ։ Ֆագոսոմը (FC) ներառել է C. trachomatis-ի ինտակտ ռետիկուլար մարմնիկը (PT)։ Քլամիդիա։ էլեկտրոնային մանրադիտում։ Խոշորացումը՝ 20.000 անգամ։

Այսպիսով, ձևաչափական վերլուծությամբ տրվում է ցիտոպլազմատիկ գրանուլների քանակական գնահատականը։ Այն կատարվել է բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտների կտրվածքի հարաբերականորեն ընտրված տարբեր մակերեսների վրա, էլեկտրոնային մանրադիտակի 20.000 անգամ մեծացման պայմաններում։ Ստացված ցուցանիշները բուժման տարբեր փուլերում և նրանց համեմատությունը դոնորներից (առողջ անձինք) ստացված ցուցանիշների հետ ներկայացնում ենք ստորև։

Բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտների ցիտոպլազմատիկ գրանուլների միջին քանակը խառը գոնոկոկա-քլամիդային ինֆեկցիաներով տառապող կանանց մոտ՝ թերապևտիկ ազդեցության տարբեր ժամկետներում։

Ինչպես դժվար չէ նկատել, մինչև իմունաբուժումը ցիտոպլազմատիկ գրանուլների քանակի միջին ցուցանիշը առողջների համեմատ իջած է 33 %-ով։ Տակտիվի ներբուժման 6-րդ օրը այն հասնում է 27 %-ի։ Բուժման վերջում բազմաձև կորիզավոր լեյկոցիտների ցիտոպլազմատիկ գրանուլների քանակը կազմում է 92 %:

Այլ կերպ ասած, խառը գոնոկոկա-քլամիդային միզասեռական ինֆեկցիաներին բնորոշ լեյկոցիտների մարսողական ֆունկցիայի ընկճումը, որը շրտկման բացահայտ միտում է ցուցաբերում տակտիվիտի կիրառման արդեն 6-րդ

Մինչև բուժումը	Բուժման բն- թաղանթ	Բուժումից հետո	Համեմատ- կան խումբ (հոնարու)
9,0±1,2	10,0±0,48	14,1±0,72	14,3±1,44
7,8±1,2	10,5±0,96	11,3±0,96	14,3±1,2
9,2±0,96	10,6±0,72	11,3±0,96	12,7±0,96
8,9±0,72	10,4±0,72	13,4±0,72	13,3±1,2
10,3±0,72	9,5±1,2	11,2±0,72	12,9±1,44
8,5±0,72	9,6±0,96	11,8±1,2	13,0±1,2
8,9±0,96	9,7±0,96	13,0±0,96	12,3±1,68
9,5±0,72	9,4±0,72	12,9±0,96	14,4±0,72
9,9±0,96	9,6±1,2	12,0±1,2	13,9±1,44
9,2±1,48	10,0±1,2	13,0±1,2	16,0±1,2

$$N=9,12\pm0,86 \quad N=9,93\pm0,91 \quad N=12,5\pm0,96 \quad N=13,6\pm1,25$$

$$P<0,05$$

որը (մինչև հակաբիոտիկաբուժումը) (3-րդ ներարկումից հետո), կոմպլեքս բուժման ավարտին գրեթե հասնում է նորմալ թվերի:

և՛ՄՄ ՄԱ Կենտրոնական մաշկավեներաբանական ինստիտուտ,
Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտի մաշկային հիվանդու-
թյունների ամբիոն,

Երևանի քաղաքային մաշկավեներաբանական դիսպանսեր.

ընդունվել է 21. 11. 1989 թ.

Յ. Ա. Դանիելյան, Վ. Վ. Դեկտորսկի, Կ. Ր. Բաբայան, Խ. Մ. Խաչիկյան

СМЕШАННАЯ ГОНОРЕЙНО-ХЛАМИДИЙНАЯ УРОГЕНИТЕЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН

Частота негонokokковых воспалительных заболеваний урогенитального тракта продолжает неуклонно расти. Вызывают огромный интерес особенно микстинфекции, в частности хламидийно-гонорейного генеза. Проведено электронно-микроскопическое исследование мазков женщин, страдающих этими инфекциями, и ультраструктурный анализ лейкоконцентратов периферической крови тех же больных в разные сроки лечения тактивином и доксициклином. Дано патогенетическое обоснование применения названного Т-иммуностимулятора. Показаны принципы взаимодействия гонококков и хламидий в различных стадиях лечения и механизм элиминаций хламидий.

Ե. Ա. Դանիելյան, Վ. Վ. Դեկտորսկի, Կ. Ր. Բաբայան, Խ. Մ. Խաչիկյան

Mixed Gonorrheal-Chlamydial Urogenital Infection in Women

In connection with the constant growth of the incidence of nongonococcal inflammatory diseases of urogenital tract the electronmicroscopic study of vaginal smears of women with these infections were carried out. The ultrastructural analysis of leukoconcentrates of peripheral blood at different terms of the treatment with tactivin and doxycycline was carried out. The results obtained have a certain practical value.

1. Гомберг М. А., Есаулова И. Н., Гладкова Н. С. Вестн. дерматол., 1988, 9, с. 37.
2. Мавров И. И., Кутюва В. В. Вестн. дерматол., 1983, 2, с. 29.
3. Овчинников Н. М., Делекторский В. В. Ультраструктура возбудителей венерических заболеваний и ее клиническое значение. М., 1986.
4. Осмоналиев М. К. Автореф. дис. канд. М., 1983.
5. Berger R. E., Holmer K. K. et al. J. Urol., 1980, 124, 60.
6. Gjoonaess H. Obstet. u. Gynec., 1982, 59, 550.
7. Gschnait F. Genitale Chlamydieninfektionen. Hautarzt, 1986, 37, 6, 312 (нем.).
8. Heap G. Med. J. Aust., 1975, 12, 718.
9. Jahn G., Blalastewicz A. A., Jentsch A., Blenk H. S. Afr. med. J., 1984, 65, 12, 462.
10. Oriel J., Ridgway G. Genital infection by chlamydia trachomatis. Ltd. 41.
11. Trevoix R. Gynecologie, 1985, 36, 2, 106.

УДК 616.681—006.4:611—081

Р. Т. Адамьян

ЛАПАРОСКОПИЯ И СРОЧНОЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ГОРМОНАЛЬНО-AКТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Лапароскопия, а также срочное гистологическое исследование широко применяются в дооперационной диагностике опухолей яичников [1, 2]. Однако работ, посвященных применению указанных методов диагностики у больных с гормонально-активными новообразованиями яичников, мы в доступной литературе не встретили. В то же время клиническая диагностика гормонально-активных опухолей яичников и, особенно, распознавание их гистологического типа и злокачественности остаются весьма трудными по сей день [2]. Знание же последних необходимо для выбора адекватного объема оперативного вмешательства, поскольку степень злокачественности различных гистотипов гормонально-активных опухолей яичников далеко неодинакова [3].

Исходя из вышеизложенного, нами были изучены результаты лапароскопий с гистологическим исследованием биоптатов опухолей и цитологическим—мазков-отпечатков с них у 17 и результаты срочного гистологического исследования у 86 больных практически со всеми гистологическими типами этих новообразований, леченных в отделениях гинекологии ВОИЦ АМН СССР, 1 городской и 62 онкологической больниц г. Москвы с 1960 по 1984 г. Все больные были радикально оперированы, поэтому результаты указанных методов диагностики сверялись как с визуальными данными, обнаруженными на операции, так и с результатами гистологического исследования удаленных опухолей. При этом было выявлено следующее.

По лапароскопической картине у 4 больных с гранулезоклеточными опухолями (1—доброкачественной и 3—злокачественными) были правильно поставлены диагнозы доброкачественного и злокачественных новообразований яичников. При гистологическом исследовании биопсийного материала у больной с доброкачественной гранулезоклеточной опухолью была диагностирована «опухоль стромы полового тяжа», у 2 больных с злокачественными гранулезоклеточными опухолями