

Առաջարկված է ուժեղացնել դիսպանսեր աշխատանքները բժիշկների նկատմամբ, հաշվի առնելով մասնագիտական պրոֆիլը, բարելավել նրանց աշխատանքի, հանգստի և կենցաղի պայմանները, բարձրացնել բժշկների սոցիալական պաշտպանությունը:

O. G. Dindinian, Sh. P. Papoyan, A. M. Haroutyunian, V. N. Astvatsaturian,
A. M. Avakian

On the Problem of the Causes of the Letality of Doctors in Armenia

The analysis of the causes of death of doctors in Armenia is brought in the article. It is revealed that in the structure of the causes of death the first place belongs to ischemic heart disease, then to malignant tumors after which comes cerebrovascular diseases. In doctors younger than 60 years old the mortality from oncologic diseases is observed, while after 60 from ischemic heart disease.

It is recommended to improve the prophylactic medical examinations among the doctors and take different measures for improvement of their working conditions.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гребенчиков В. И. Вестн. обществ. гигиены и судебной медицины, 1898, 8, с. 44.
2. Деев А. Н. Здравоохран. Росс. Фед., 1985, 7, с. 22.
3. Жбанков Д. Н. Смертность врачей в 1924—27 гг. Харьков, 1928.
4. Капцов В. А., Алферова Т. С. Здравоохран. Росс. Фед., 1985, 5, с. 5.
5. Мкртчян Л. Н. Рак. Проблемы, перспективы предупреждения и лечения. Ереван, 1986.
6. Пивоваров К. В. Вопр. нервно-психической мед., 1903, 4, с. 621.
7. Кальченко Е. И., Киянов В. И., Сафонов В. Л. Сов. здравоохран., 1978, с. 37.
8. Куше П., Добрев Из., Бачев С. Гигиена и здравоохранение, XXVII, 1984, 4, с. 295.

УДК 618.31—08

Р. А. Абрамян, Г. С. Авакян

СОВРЕМЕННОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Внематочная беременность является одной из распространенных и тяжелых патологий репродуктивной системы женщин. По данным литературы [1, 4, 9], среди стационарных больных до 6% составляют женщины с эктопической беременностью, причем в 98% случаев она локализуется в трубах. В последние годы эта патология имеет тенденцию к росту, что обусловлено широким использованием внутриматочных контрацептивов, индукторов овуляции при неполноценных трубах, нарастанием числа воспалительных заболеваний, нейроэндокринных дисфункций и психоэмоциональных состояний.

До недавнего времени в практике ургентной гинекологии было принято при установлении диагноза внематочной беременности производить удаление трубы, в редких случаях—пластические операции. Достижения в исследовании хорионического гонадотропина, а также использование ультразвукового исследования в диагностике изменили принципы современного лечения внематочной беременности. В этом аспекте важным является ранний диагноз последней до разрыва маточной трубы и развития кровотечения. Благодаря усовершенствованию методов диагностики эктопической беременности в последнее десятилетие, по данным литературы [6, 8], частота трубной беременности без разрыва трубы возросла более чем в 6 раз. Ранний диагноз данной патологии позволяет осуществить консервативное хирургическое и медикаментозное лечение с применением метотрексата. Соответственно возникает необходимость разработки новых подходов ведения больных и пересмотра установившихся принципов лечения при развивающейся трубной беременности в ранние сроки.

Целью исследования явилась разработка и проведение консервативной терапии при развивающейся трубной беременности. Помимо общеклинического обследования, все больные были подвергнуты динамическому ультразвуковому исследованию (УЗИ), а при завершении курса медикаментозного лечения—и лапароскопии. У всех больных в динамике производили общий анализ крови и коагулограммы, а также в утренней моче определяли хориональный гонадотропин. УЗИ проводили в поперечном и продольном направлениях на аппаратах «Алока-260» и «Дженерал Электрик-2800», работающих в реальном масштабе времени, лапароскопию—лапароскопом фирмы «Карл Шторц» (Визап). К ультразвуковым признакам прогрессирующей трубной беременности нами отнесены следующие: наличие рядом с маткой жидкостного образования округлой или продолговатой формы, нормального или слегка увеличенного размера с плотным включением эмбриона, у которого часто определялось движение и сердцебиение.

Под нашим наблюдением находились 39 больных, госпитализированных в гинекологическом отделении Республиканского клинического роддома. У 8 больных в ходе обследования был исключен диагноз внематочной беременности. Возраст больных колебался от 19 до 33 лет, в среднем $23,1 \pm 1,7$ года. Первобеременных было 17 (54,8%), повторно—14 (45,1%). Из них 5 больных в анамнезе имели самопроизвольные выкидыши, первичное и вторичное бесплодие было у 10 больных. Воспалительные заболевания матки и придатков в анамнезе отмечены у 25 (80,6%) больных. При поступлении в стационар типичный болевой синдром выявлен у 24 (77,4%), кровянистые выделения из половых путей после задержки менструации от 8 до 15 дней—у 26 (83,8%) больных. Эхографически у 23 (74,1%) больных размеры плодного яйца колебались в пределах 1—2 см, у 8 (25,8%) больных—3—4 см. У 60,7% больных обнаружено наличие свободной жидкости в позадиматочном пространстве.

В зависимости от применяемых лекарств и методики лечения об-

следованные больные были разделены на две клинические группы: в I группу вошли 18 больных, которым было проведено консервативное лечение метотрексатом (0,5 мг/кг внутримышечно в течение 5 дней с одновременным введением фолиевой кислоты—0,1 мг/кг), во II группу—13 больных, у которых впервые был применен цитостатический препарат растительного происхождения—винбластин (0,1 мг/кг внутримышечно в течение 5 дней).

После первого курса лечения у 14 (78%) больных I и у 11 (84,6%) больных II группы наблюдался положительный эффект. При лапароскопии установлено уменьшение диаметра маточной трубы почти в 1—1,5 раза, выпот в брюшной полости отсутствовал. Содержимое беременной трубы удалили путем легкого массирования. У 2 больных I группы и у одной больной II группы наблюдался трубный аборт, остатки плодного яйца были удалены и опорожнено содержимое маточной трубы. У остальных 3 больных (2 из I группы) лечение оказалось безрезультативным, и они подверглись лапаротомии. У 3 больных I группы наблюдались осложнения—мастит, высыпания кожи и зуд, у 1—дисфункция желудочно-кишечного тракта, у 4—снижение количества эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов. Отдаленные результаты гистеросальпингографии свидетельствуют о полной проходимости просвета маточной трубы у 86% больных I и 94%—II группы.

Как показали наши наблюдения, винбластин имеет некоторые преимущества перед метотрексатом: он обладает более быстрым действием, высоким антимикробным эффектом, не оказывает угнетающего влияния на эритропоэз и тромбоцитопоэз, хорошо переносится больными.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о перспективности консервативной тактики лечения больных при развивающейся трубной беременности ранних сроков. Учитывая преимущества винбластина, по сравнению с остальными цитостатическими препаратами, считаем целесообразным рекомендовать его при лечении развивающейся трубной беременности.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступила 23/1 1991 г.

Ռ. Ա. Աբրահամյան, Գ. Ս. Ավագյան,

ՓՈՂԱՅԻՆ ՀԳԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ԿՈՆՍԵՐՎԱՏԻՎ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Հոդվածում բերված են փողային հղիության բուժման արդյունքները: Հսկողության տակ են եղել և բուժվել 19-ից 33 տարեկան 39 հիվանդներ վաղ ժամկետի փողային հղիությամբ:

Տարվել է բուժում մետրոտրեկսատով և վինբլաստինով:

Ստացված տվյալները հիմք են տալիս հեղինակներին եզրակացնելու արտարգանդային հղիության դեպքում կոնսերվատիվ, դեղորայքային բուժման հեռանկարության և արդյունավետության մասին:

The Modern Conservative Treatment of Tubal Pregnancy

The results of the conservative treatment of tubal pregnancy at early terms with metotrexate and vinblastin are brought in the article. The data obtained testify to the effectiveness of the medicamentous treatment of this pathology.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азлина Н. В., Жарская Э. К., Доржаев Д. Д. *Акуш. и гинекол.*, 1990, 3, с. 68.
2. Бакулева Л. Н., Перельман В. М., Бакина З. А. *Акуш. и гинекол.*, 1988, 1, с. 53.
3. Гладышев В. Ю., Вельских О. Л. *Акуш. и гинекол.*, 1990, 8, с. 66.
4. Грязнова И. М. *Внематочная беременность*. М., 1980.
5. Озерова О. Е., Булгаг М. А. *Акуш. и гинекол.*, 1989, 3, с. 62.
6. Carson S. A., Stocall T., Umstot S., Andersen R. *Fertil. Steril.*, 1989, 51, 4, 593.
7. Chryssikopoulos A., Grigor O., Vitarahos N. *Geburtsh Frauenheilk.*, 1989, 49, 8, 753.
8. Huber J., Hosmann J., Vitiska-Bierstorfer E. *Int J. Gynecol. Pathol.*, 1989, 29, 2, 153.
9. Leach R. E., Ory S. L. J. *reprod. Med.*, 1989, 34, 5, 324.
10. Zakeet H., Sadan O., Kaiz A., Drexal D. *Brit J. Obstet. Gynaecol.*, 1989, 96, 6, 725.

УДК 616.284—002.2

В. С. Багдасарян, В. Г. Скрипченко

К ВОПРОСАМ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОТОСКЛЕРОЗА

Вопросам этиологии и патогенеза отосклероза посвящено немало научных исследований. Интерес к проблеме объясняется тем, что заболевание сопровождается прогрессирующей глухотой вследствие анкилоза стремени и постоянным сильным шумом в ушах. По данным Х. Вульштейн [3], оно встречается в 1,2% случаев. Однако до сих пор многие вопросы этиологии и патогенеза отосклероза остаются невыясненными, что затрудняет лечение и профилактику болезни.

Имеется много различных теорий и гипотез, пытающихся пролить свет на указанную проблему [9]. И хотя в некоторых из них, основанных на клинических и патологоанатомических наблюдениях, имеется рациональное звено, вопрос нуждается в дальнейшем исследовании. К. Л. Хиллов [10] считает, что для генеза отосклероза имеет значение фактор наследственности. По его мнению, в возникновении заболевания известную роль играют расстройства функций эндокринных органов, а в этиологии отосклероза определенное место занимает звуковая травма.

В данной статье сделана попытка раскрыть некоторые вопросы этиологии и патогенеза отосклероза и объяснить их взаимосвязь, основываясь на явлении из области гидромеханики.

С этой целью вначале рассмотрим гидродинамический механизм