Усули пешниҳодшуда дар худ ҳамаи афзалиятҳои ҳам дахолати лапароскопӣ ва ҳам дахолати ҷарроҳии кушодро дорост, ки ин барои беҳтар гардидани сифати муоинаи узвҳои дарунии шикам дар рафти ҷарроҳӣ имконият медиҳад ва ҳангоми иҷроиши чунин ҷузъҳои асосии ҷарроҳӣ: ҷудо кардани ҳолиб, рагҳои асосии гурдаҳо, пӯчидани рагҳо бо исканҷа хеле кӯмак мерасонад.

SUMMARY

CASE OF LAPAROSCOPIC ASSIST NEPHRECTOMY IN KIDNEY HYDRONEPHROSIS

N.H.Temirov, A.B.Khojiev, A.A. Nikolaev

The result of laparoscopic nephrectomy in hydronephrosis of left kidney in 19-year-old patient with a transperitoneal access port settings for the introduction of the surgeon's hands was presented.

The proposed method combines the advantages of both laparoscopic and open surgical procedures, thus improving the quality of intraoperative revision of the abdominal cavity and provided substantial assistance in the implementation of key maneuver operations as selecting the ureter, renal main vessels and their intersection with the clipping.

Key words: laparoscopic nephrectomy, hydronephrosis, assisted laparoscopic nephrectomy

Адрес для корреспонденции:
Н.Х.Темиров – врач-уролог клиники «Эндохирургия»; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Дружбы Народов-106. E-mail:nurali1973@mail.ru 985-34-99-76

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ г.НАХИЧЕВАНИ

И.Р.Мустафаева, Э.М. Алиева, Ш.Ш.Асадова
Кафедра акушерства и гинекологии №3
Азербайджанского медицинского университета, г.Баку

Авторы провели обследование 260 девочек в возрасте 10-17 лет с целью выявления частоты различных патологических состояний и последующей их коррекции в периоде полового созревания. Исследование показало, что у 121 (46,5%) девочек отмечается физиологическое течение периода полового созревания, а у 139 (53,5%) девочек – различные патологии, влияющие на процесс формирования репродуктивной функции. В ходе исследовании выявлены: высокая частота поликистоза яичников (32,4%), ювенильные кровотечения (14,4%), фолликулярные кисты (22,3%), а также наличие различной степени выраженности гирсутизма (15,1%), преимущественно яичникового генеза.

Ключевые слова: поликистоз яичников, ювенильное кровотечение, гирсутизм, фолликулярная киста, период полового созревания девочек

Актуальность. Состояние женского организма определяется многообразием факторов: генетических, социально-экономических, психологических, алиментарных. Основу репродуктивного здоровья женщины составляет особенность периода полового созревания. В это время происходит формирование вторичных половых признаков и становление менструальной функции. Заболевания, перенесённые в периоде полового созревания, существенно влияют на течение пубертата и увеличивают частоту гинекологических заболеваний в последующие годы жизни [5].

По данным Богдановой Е.А., профилактический осмотр девочек выявил наличие у 15-18% девочек гинекологических заболеваний и нарушений менструального цикла. В структуре этих заболеваний преобладают инфильтративные процессы [2]. Мартыш Н.С. и соавт. определили опухоли и опухолевидные образования у 1-4,6% обследованных детей и подростков [6,7]. Исследование медико-социальных факторов, влияющих на формирование органов репродуктивной системы в г.Санкт - Петербурге позволили установить, что 28% девочек-подростков курят, 13% девочек употребляют алкоголь, 4% девочек периодически пробуют наркотики, что, безусловно, отражается на генеративной функции женского организма [1,4].

Исследование состояния репродуктивного здоровья у девочек, проживающих в г. Москве, выявили, что средний возраст начала половой жизни приходится на 16,81+0,06 лет. При этом 21,9% девочек начали половую жизнь в 13 лет, 40% - 14 лет, 21% - 15лет, 17,1% - старше 15лет [3]. Впервые исследование периода полового созревания девочек, проживающих в условиях г.Баку в Азербайджане, было проведено Фаталиевой Л.М. [8]. Учитывая ограниченность научных исследований относительно особенностей течения пубертатного периода в Республике Азербайджан и актуальность данной проблемы, определена цель настоящего исследования.

Целью исследования явилось изучение частоты различных патологических процессов и эффективности методов их коррекции у девочек в периоде полового созревания, проживающих в условиях г.Нахичевани Азербайджанской Республики.

Материал и методы. Исходя из поставленной цели, было обследовано 260 девочек в возрасте 10-17 лет, проживающих в г.Нахичевани. Из них у 121 (46,5%) девочки отмечалось физиологическое течение периода полового созревания, у 139 (53,5%) девочек определялись различные патологические процессы, влияющие на процесс формирования их репродуктивной функции.

Обследование включало сбор анамнеза, включая возраст родителей при рождении девочек, состояние их здоровья, жилищно-бытовые условия, особенности питания, наличие вредных привычек. Оценка физического развития девочек проводилась измерением веса, роста, наружных размеров таза.

У всех девочек для характеристики периода полового созревания определялись выраженность вторичных половых признаков в каждой возрастной группе, гирстное число, особенности становления менструальной функции. Было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза. С целью исследования гормональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы девочек определялись уровни фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреотропного (ТТГ) гормонов, а также дегидроэпиандостерон-сульфата (DEAS), тестостерона, эстрадиола. Учитывая, что г.Нахичевань является зоной эндемического зоба, у всех девочек функциональная активность щитовидной железы оценивалась определением уровней тироидина (Т3) и тироксина (Т4).

Результаты исследования. Обследование девочек в периоде полового развития в условиях г.Нахичевани на основании клинических, функциональных, гормональных методов исследования

выявило высокую частоту поликистоза яичников (32,4%), ювенильных кровотечений (14,4%), фолликулярных кист (22,3%), а также наличие различной степени выраженности гирсутизма (15,1%) преимущественно яичникового генеза.

Проведённое исследование позволило установить различную вариабельность патологических процессов у девочек в пубертатном периоде, существенно меняющихся в динамике периода полового созревания. Наиболее частой патологией, выявленной при скрининговом обследовании девочек в условиях г.Нахичевани, был поликистоз яичников. Установлено, что частота синдрома поликистозных яичников в 10-11 лет составила 16,7%, в 12-13 лет - 15,4%, в 14-15 лет - 52,2%, в 16-17 лет - 37,5%, что позволяет утверждать увеличение частоты данного патологического процесса с последующим снижением её к началу репродуктивного периода.

Данный синдром определялся на фоне отсутствия выраженных клинических проявлений и жалоб девочки. При этом диагноз ставился на основании динамического исследования за состоянием яичников с помощью ультразвукового исследования (УЗИ). Проведение УЗИ в динамике менструального цикла позволило определить наличие ановуляторного маточного цикла, увеличение размеров яичников. Обследование этих девочек выявило наличие высоких параметров гирсутного числа, а также повышение уровня эстрогенов в раннюю фолликулярную фазу. При этом у девочек с установившимся менструальным циклом отмечалось отсутствие патологических изменений в длительности менструального цикла и характере менструации. Коррекция данного патологического процесса включала нормализацию учебных нагрузок, снижение стрессовых нагрузок, массы тела с последующим назначением циклической гормональной терапии эстроген-гестагеновыми препаратами с относительно низким содержанием эстрогенного компонента: Дианэ-35, Ригевидон (35мкг), Логест (20мкг) с 5-го по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев с последующим повторным проведением клинических и функциональных методов обследования.

Одним из наиболее частых патологических процессов в пубертатном периоде у девочек в условиях г.Нахичевани явились ювенильные маточные кровотечения (ЮМК). В возрасте 10-11 лет частота данной патологии была 44,4%, в 12-13 лет - 30,8%, в 14-15 лет - 8,7%, в 16-17 лет - 2,8%. Таким образом, относительно раннее становление менструальной функции предполагало высокую частоту ЮМК, что отражает недостаточную зрелость гипоталамо-гипофизарной системы, регулирующую менструальную функцию.

Высокая частота ювенильных кровотечений у девочек в 10-11 лет и 12-13 лет предполагала проведение комплекса дополнительных методов обследования и этапности лечебных мероприятий. В каждом отдельном случае проводился комплекс лабораторных исследований, включающих клинических анализ крови с лейкоформулой, определение времени свёртывания крови, биохимическое исследование крови с последующей консультацией эндокринолога, после чего девочкам с ЮМК проводился комплекс консервативных методов лечения. При этом тактика терапии ЮМК зависела от оценки общепринятых критериев, отражающих выраженность маточных кровотечений: интенсивность кровотечений, тяжесть анемии, календарный возраст девочки, особенности физического и полового развития, становления менструальной функции. Симптоматическая терапия включала назначение средств, сокращающих матку: окситоцин, метилэргометрин; кровеостанавливающих препаратов: хлорид кальция, викасол; витаминотерапию, препаратов железа. Учитывая величину кровопотери и наличие постгеморрагической анемии, с целью стабилизации гемодинамики и улучшения общего состояния проводилась инфузионная терапия 5% растворами глюкозы, Рингера-Локка, низкомолекулярных декстранов, при необходимости с целью гемостаза проводилось переливание донорской плазмы.

Своевременное назначение гормонального гемостаза является важным компонентом успешного лечения. Показаниями к назначению гормональной терапии были: обильные кровотечения, отсутствие эффекта от симптоматической терапии, а также длительные менструации у девочек. Гормональный гемостаз проводился эстроген-гестагеновыми препаратами с содержанием низкодозированного эстрогенного компонента (35мкг). При этом применялся Ригевидон, Диане-35, Марвелон от 3 до 4 таблеток через каждые 3 часа в зависимости от интенсивности кровотечения с последующим снижением дозы и частоты приёма препарата до полного прекращения кровопотери - до 1 таблетки в сутки. Следует отметить необходимость длительного приёма данного эстроген-гестагенового препарата: в течение 3-6 месяцев, что обеспечивает достаточно стойкий положительный эффект. Учитывая, что в большинстве наблюдений причиной ЮМК была длительная персистенция фолликула, девочки находились под наблюдением более двух лет, в течение которых определялась регулярность менструального цикла, наличие овуляторного маточного цикла. Учитывая отсутствие органических изменений эндометрия (по данным УЗИ) у девочек с ЮМК, показаний для диагностического выскабливания стенок матки не было. В проведённом нами исследовании отмечалась высокая эффективность своевременной терапии ЮМК с применением гормонального гемостаза.

В результате настоящего исследования было установлено, что наиболее частой патологией у девочек в периоде полового созревания в условиях г.Нахичевани было наличие фолликулярных кист (22,3%). При этом частота этих опухолевидных образований существенно не различалась во всех возрастных группах: в 10-11 лет составила 16,7%, в 12-13 лет - 26,9%, в 14-15 лет - 21,7%, в 16-17 лет - 22,2%. Следует отметить, что характерной особенностью клинического течения фолликулярных кист у девочек было, преимущественно, её бессимптомное течение, в единичных случаях отмечались тянущие боли внизу живота, увеличение волосяного покрова по всему телу. По данным УЗИ, средние размеры фолликулярной кисты составили 3,7+0,8см. Таким образом, основным методом диагностики опухолевидных образований яичников у девочек явилось ультразвуковое исследование.

При определении фолликулярной кисты в пубертатном периоде и отсутствии её клинических проявлений тактика была выжидательной, проводилось динамическое наблюдение за размерами фолликулярной кисты в течение 3-6 месяцев. В большинстве случаев фолликулярная киста исчезала спонтанно, что позволяло не проводить гормональную терапию, а также необоснованное оперативное вмешательство. При сохранении фолликулярной кисты проводилась циклическая гормональная терапия эстроген-гестагеновыми препаратами в течение 3 месяцев, под влиянием которой отмечалась полная редукция опухолевидного образования.

Одним из патологических процессов, отмечаемых у девочек в периоде полового созревания в условиях г.Нахичевани, был гирсутизм. При этом частота избыточного оволосения значительно увеличивалась с возрастом девочек, достигая максимальных значений к 16-17- летнему возрасту.

По данным проведённого исследования у девочек в возрасте 10-11 лет явления гирсутизма не отмечались, в 12-13 лет частота избыточного оволосения составила 11,5%, в 14-15 лет - 8,7%, в 16-17 лет - 22,2%, что, безусловно, является результатом высокой частоты поликистоза яичников и фолликулярных кист. Учитывая спонтанное разрешение этих патологических процессов, становится важным динамическое наблюдение за формированием функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, за установлением овуляторного менструального цикла.

При нарастании выраженности гирсутизма к 16-17 годам после клинических, функциональных, гормональных и биохимических методов исследования при наличии гиперандрогении яичникового генеза проводилась коррекция эстроген-гестагеновыми препаратами с 5-го по 25 день менструального цикла в течение 3 месяцев с последующим динамическим наблюдением за функциональной активностью яичников.

Таким образом, в преимущественном большинстве определяемых патологических процессов, учитывая формирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы в периоде полового созревания, является важным динамическое наблюдение за состоянием репродуктивной системы. При отсутствии спонтанного разрешения процесса: установления овуляторного менструального цикла, является важным проведение коррекции нарушений применением гормональных препаратов. При наличии ЮМК показана госпитализация девочки с последующим проведением симптоматической и патогенетической терапии.

Литература

1. Баранов А.Н., Санников А.Л, Банникова Р.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин // Архангельск. – Изд-во АГМА. – 1997. –177 с.
2. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков // -М. -Медиц. информ. агентство, 2004.-302 с.
3. Григорьева Е.Е. Резервы оптимизации репродуктивного здоровья в современных социально-экономических условиях крупного промышленного города //Автореф. дисс…д.м.н.-М.2007.-37с.
4. Захарова Т.Г., Филиппов О.С. Роль репродуктивного здоровья девушек-подростков в перинатальной охране плода // – Актуальные вопросы организации акуш. и гинек., -2001-2002, Т.1, №1, -С.1-5
5. Малявская С.И.Физиологические механизмы развития гиперандрогенных состояний в процессе полового созревания, ранняя диагностика и прогнозирование возникновения // Автореф. дисс... к.м.н. – Архангельск. – 1995
6. Мартыш Н.С., Богданова Е.А., Кузнецова М.Н. Эхографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек // Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии. – РАМН – 1997.-180с.
7. Мартыш Н.С., Кузнецова М.Н., Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста //– М. – Медицина.-1994.-113с.
8. Фаталиева Л.М., Алиева Э.М. Особенности исследования гипоталамо-гипо-физарно-яичниковой системы девочек при задержке полового развития в условиях г. Баку // -2006. – №10.-С.47-52

Хулоса

ХУСУСИЯТҲОИ РАВАНДҲОИ ПАТОЛОГӢ, УСУЛҲОИ ТАСҲЕҲИ ОНҲО ДАР ДУХТАРОНИ СИННИ БАЛОҒАТ ДАР ШАРОИТИ ш. НАХИЧЕВАН

И.Р.Мустафаева, Э.М.Алиева, Ш.Ш.Асадова

Муаллифон муоинаи 260 нафар духтарони 10-17 соларо бо мақсади ошкор кардани басомади ҳолатҳои гуногуни эътилолӣ ва тасҳеҳи баъдинаи онҳоро дар давраи балоғат гузарониданд.

Тадқиқот нишон дод, ки дар 121 (46,5%) нафар духтарон ҷараёни физиологии давраи балоғат ва дар 139 (53,5%) нафар – эътилолоти гуногун мушоҳада карда шуд, ки ба ҷараёни ташаккули вазоифии насловарии духтарон таъсир мерасонад.

Дар рафти тадқиқот басомади поликистози тухмдонҳо (32,4%), хунравии ювенилӣ (14,4%), кистаҳои фолликулярӣ (22,3%), инчунин мавҷудияти дараҷаҳои гуногуни возеҳии гирсутизм (15,1%), яъне сермӯйии вобаста аз пайдоиши тухмдонӣ ошкор карда шуд.

SUMMARY

THE PECULIARITIES AND CORRECTION METHODS OF PATHOLOGICAL PROCESSES IN PUBERTY GIRLS IN NAKHICHEVAN CITY CONDITIONS

I.R.Mustafaeva, E.M.Alieva, Sh.Sh.Asadova

The authors conducted an examination of 260 girls at the age of 10-17 years for the purpose of exposure of different pathological conditions frequency and following their correction in pubertal period.

The study showed that physiological course of pubertal period was observed in 121 (46.5%) girls, and 139 (53.5%) had different pathologies that influence on reproductive function forming process. In the course of study high frequency of polycystic ovaries (32.4%), juvenile hemorrhages (14.4%), follicular cysts (22.3%) and also different degrees of hirsutism (15.1%), mainly ovarian genesis, were detected.

Key words: polycystic ovaries, juvenile hemorrhage, hirsutism, follicular cyst, pubertal period of girls

Адрес для корреспонденции:
И.Р.Мустафаева - аспирантка кафедры акушерства и гинекологии №3 Азербайджанского медицинского университета; г.Нахичевань, E-mail:doctor mustafayeva@yahoo.com

СТРУКТУРА ПРИЧИН И ДИАГНОСТИКА БЕСПЛОДНОГО БРАКА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Д.А.Ходжамуродова

Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В структуре причин бесплодного брака ведущее место занимает эндокринное бесплодие, что составляет 36,7%, затем следует трубно-перитонеальное – 30%, мужской фактор –17,1%, маточный фактор – 12,9%, другие формы бесплодия – 3,2%. Как показали наши исследования, только у 19,4% (247/1278) больных наблюдается один из факторов (изолированная форма), приводящих к бесплодию, тогда как в 80,6% (1031/1278) случаях отмечалось сочетание от 2 до 5 факторов. В среднем на каждую бесплодную пару приходится 3,4±0,06 форм бесплодия.

Ключевые слова: бесплодный брак, женское и мужское бесплодие, эндокринное бесплодие

Введение. Одной из наиболее сложных и актуальных проблем гинекологии до настоящего времени продолжает оставаться проблема бесплодия в браке. Несмотря на совершенствование комплексных клинико-лабораторных обследований и эндоскопических методов, внедрение в широкую клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий, частота бесплодия в браке колеблется в широких пределах и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира [1-3,8,9]. Всемирная организация здравоохранения определяет бесплодие как болезнь и излечение от этой патологии становится воплощением важнейшего права человечества – возможность иметь детей, подобно получению помощи в случае необратимого анатомического или физиологического отклонения. Поэтому бесплодные супружеские пары имеют право на лечение с использованием всех средств, доступных современной репродуктивной медицине [7].