

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 mustafayeveva@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 $3,4 \pm 0,06$ 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].

В структуре бесплодного брака эндокринное женское бесплодие занимает значительную часть – около 30-40% и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений. Однако, существует единственный признак, объединяющий все формы эндокринного бесплодия – это ановуляция. Механизм формирования ановуляции един – нарушение реализации связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, а причинами её являются повреждения на различных уровнях репродуктивной системы и нарушение функции других эндокринных желёз. Таким образом, принцип лечения эндокринного женского бесплодия заключается в обеспечении процесса овуляции [5].

В отличие от данных зарубежных и российских исследований, в Таджикистане встречаются ранние, родственные, неравные и насильственные браки, которые усугубляют течение психофизиологических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, особенно, в пубертатном и в раннем репродуктивном возрасте.

До сих пор врачи механически и нецелесообразно больным с аменореей проводят обследование инфекционного статуса и больным с эндокринными нарушениями без определения гормонов в крови назначают гормональное лечение и, тем самым часто оттягивают и усложняют процесс диагностики. При этом больные теряют время, снижаются шансы на своевременное излечение [1,5].

Неуклонно возрастающий жизненный темп современного техногенного общества, ухудшение экологии, возросшая миграция населения, демографическая ситуация, изменение режима и характера питания (отход от традиционной кухни), особенности репродуктивного поведения обосновывают необходимость изучения частоты клиники, диагностики и лечения бесплодного брака в различных климатогеографических регионах мира, в частности, в Республике Таджикистан.

Изучение медицинской географии бесплодия у женщин обосновывается частым сочетанием гинекологической патологии с заболеваниями щитовидной железы, другой эндокринной патологией, нарушением менструальной функции на фоне йоддефицитного состояния, с генитальным туберкулёзом. Всё это и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования: оценка причинных факторов и диагностика бесплодия в браке у жителей Республики Таджикистан.

Материал и методы. Обследованы 1278 супружеских пар с бесплодием по данным обращаемости в отделение гинекологической эндокринологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ за последние 5 лет (2006-2010гг.) в возрасте от 17 до 40 лет.

Средний возраст обследованных женщин составил $24,71 \pm 0,28$. Длительность бесплодия у супружеских пар составила $5,80 \pm 0,11$ год. Проведены следующие методы исследования: беседа с супружескими парами, общий и гинекологический осмотр, отбор больных и оценка фертильности спермы мужа (консультация андролога), лабораторно-инструментальные (бактериологические исследования из цервикального канала на TORCH инфекцию, гормональный скрининг -ЛГ, ФСГ, Пр,Е2,Т,К, 17-ОП, ДЭАС, ТТГ, Т4 и Т3 –на 2-5 день цикла; ЛГ, Е2- на 12-14 дни менструального цикла; прогестерон на 20-22 дни цикла (при регулярном ритме менструаций или после индуцированного гестагенами цикла), исследования менструальной крови на БК, оральная глюкозо-толерантная проба, посткоитальный тест, УЗИ матки и яичников (мониторинг фолликулов), диагностика и лечение маточных труб на комплекс ДЛТБ-01, ГСГ (гистересальпингография), гистероскопия и лапароскопия, рентгенография черепа и компьютерная томография (по показаниям).

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза обследованных 1278 бесплодных пар ранние браки составили 361 (28,3%) супружеских пар, родственные - 137 (10,7%), неравные - 103 (8,1%), насильственные – 270 (21,1%).

В процессе исследования больных был разработан следующий алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием

На основании анамнестических данных, клинико-гормональных исследований и анализа результатов дополнительного и эндоскопического обследования выявлены следующие клинико-патогенетические формы бесплодия в браке.

В структуре эндокринного генеза бесплодия у обследованных 1278 женщин патология с йод-дефицитным состоянием выявлена у 869 (68%) больных, с гипотиреозом – у 160 (12,5%), гипертериозом – у 65 (5,1%), с нарушением менструального цикла – у 461 (36,1%), по типу гипоолигоменореи – у 240 (18,8%), гиперполименореи – у 80 (6,3%), первичной аменореи – у 33 (2,6%), вторичной аменореи – у 108 (8,5%) больных.

Следующей формой в структуре бесплодия эндокринного генеза является синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как проявление мультифакторной патологии – у 296 (23,2%) больных. Из 3 групп СПКЯ - центрального, надпочечникового и яичникового генеза, у наших больных превалировал яичниковый генез СПКЯ - у 286 больных. На таблице показаны характерные клинические и лабораторные признаки этого состояния.

Таблица 1

Признаки яичниковой формы синдрома поликистозных яичников

№	Клинические и лабораторные признаки	Результаты (n-286)
1.	Позднее наступление менархе	14,5±0,36год; 249 (87,1%) больных;
2.	Нарушение менструального цикла с менархе	91(35%) по типу гипеолигоменореи; 44 (15,4%) - по вторичной аменорее;
3.	Гирсутизм	17,28±0,95; 189 (66,1%) больных;
3.	Ожирение по висцеральному типу	ИМТ -28,39±0,67; 179(62,5%) больных
4.	Индекс ЛГ/ФСГ	3,2±0,6МЕ/л
5.	Ультразвуковая характеристика яичников	239 (83,5%) больных - увеличение размеров яичников, периферическое расположение фолликулярных кист
6.	Лапаротомические и видео-лапароскопические особенности яичников	174 (60,8%) больных - плотные, серо-белесоватого цвета, отсутствие сосудистого рисунка на поверхности
7.	Эффективность оперативного лечения	91,3%

Проведено оперативное вмешательство у 174 (60,8%) больных с СПКЯ: клиновидная резекция яичников, декапсуляция яичников, электрокаутеризация.

Смыслом всех проводимых оперативных вмешательств явилось разрушение или удаление части яичника, продуцирующего андрогены. Вследствие чего, по данным нашего исследования - у 91,3% больных восстанавливались нормальные взаимоотношения между центральными структурами и яичниками (см. табл.).

Большой процент больных составила вторичная гиперпролактинемия у 214 (16,9%) больных, наблюдаемая при гипотиреозе (синдром Ван-Вик-Роуз-Хенес) – у 68 (5,3%) женщин, и с поликистозом яичников – у 112 (8,8%). Гипотиреоз-амеорея-галакторея-гиперпролактинемия диагностировалась на основании жалоб больных и лабораторных показателей, указывающих на гипофункцию щитовидной железы.

Следующая группа больных с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью составила 177 (13,8%). Из анамнеза больных выяснилось: 89 % больных из группы уже в возрасте 16-17 лет при отсутствии менструации и отсутствии вторичных половых признаков не обратились за помощью к акушер-гинекологу по религиозным обычаям. При УЗ-исследовании выявлена гипоплазия матки I степени – у 329 (25,7%), II-III степени – у 44 (3,4%) пациентов. Больные имели низкие концентрации гонадотропинов (ЛГ<3,6±0,8 МЕ/л; ФСГ<2,3±0,4 МЕ/л) и эстрадиола (E2 < 41±3,4 пмоль/л) в плазме

крови при нормальных значениях других гормонов. 21 (1,6%) из исследуемых пациенток самостоятельно не менструировали, у 49 больных обнаружена первичная аменорея, у 107 (8,4%) - вторичная аменорея. Клинически они характеризуются диспропорциональным типом телосложения, гипоплазией вторичных половых признаков, наружных и внутренних половых органов (размеры матки соответствовали 7-11 летнему возрасту девочек).

Таким образом, в структуре бесплодного брака, эндокринное женское бесплодие занимает первое место – у 469 (36,7%) пациентов и характеризуется полиморфностью клинических и лабораторных проявлений (рис.2).

Частота трубно-перитонеальных форм бесплодия колеблется от 35% до 60%, по данным ряда авторов, и обнаруживается в среднем у половины всех пациенток, обращающихся по поводу лечения бесплодия. При этом преобладает трубный фактор (35-40%), а перитонеальная форма бесплодия встречается в 9,2 - 34% случаях [1-3,6,8,9].

В нашем исследовании частота трубно-перитонеальных форм в среднем составляет 30% (384/1278) и занимает второе место в структуре причин бесплодия в браке. Определены наиболее вероятные причины поражения маточных труб – у 258 (20,2%): образование спаечного процесса в малом тазу II и III ст. – у 107 (8,4%) после перенесённых ранее воспалительных заболеваний органов малого таза, эндометриодные кисты – у 19 (1,5%) .

Заболевания, передающиеся половым путём (ЗППП), обнаружены у 604/1278 (47,3%) больных, характерное сочетание с хламидиозом - в 78 случаях, с другими возбудителями половой инфекции: с гонококками - 22, трихомонадой - 32, уреаплазмой - 118, микоплазмой - 108, кандидозом - 121 и гарднереллёзом - 168, ЦМВ - у 217 и ВПГ - у 185 больных и 4 ВИЧ-положительных пациенток. Микс-инфекция от 2 и больше отмечается у 457/604 (75,7%) больных, и только 24% супружеских пар с трубно-перитонеальным бесплодием не отмечают в анамнезе заболеваний, передаваемых половым путём, ни у одного из партнёров.

Количество больных с генитальным туберкулёзом, с развитием туберкулёзного эндометрита и сальпингита составило 114 (8,9%) больных.

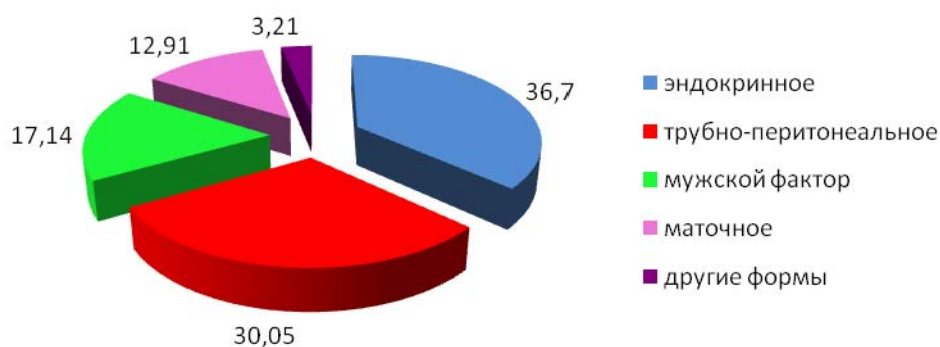


Рис 2. Структура основных форм бесплодия в браке по МКБ-10 (n=1278)

Больные с маточной формой бесплодия по частоте встречаемости при бесплодном браке заняли третье место – у 165 (12,9%) обследованных женщин. Исследования обнаружили характер патологических изменений матки и эндометрия: полипы эндометрия – у 37 (2,9%), цервикального канала – у 14 (1,1%), миома матки - у 31 (2,4%), аденомиоз – у 36 (2,8%), внутриматочные синехии

– у 11 (0,9%), аномалии развития матки – у 18 (1,4%), гиперпластические процессы эндометрия – у 18 (1,4%).

Другие формы женского бесплодия занимали четвертое место по частоте встречаемости и были выявлены у 3,2% (41/1278) больных. Анализ эндоскопического обследования больных показал, что преобладающим заболеванием являлся синдром Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser – у 17 (1,3%), доброкачественные новообразования яичников – у 24 (1,9%) больных.

Таким образом, в соответствии с требованиями МКБ-10, результаты обследования 1278 бесплодных супружеских пар были проанализированы и закодированы в соответствии с разделом №97 «Женское бесплодие» [4].

В структуре причин бесплодного брака ведущее место занимают эндокринное бесплодие, оно составляет 36,7%, затем следует трубно-перитонеальное – 30%, мужской фактор – 17,1%, маточный фактор – 12,9%, другие формы бесплодия – 3,2%. И только у 19,4% больных наблюдается один из факторов (изолированная форма), приводящая к бесплодию, тогда как в 80,6% случаях отмечалось сочетание от 2 до 5 факторов и в среднем для каждой бесплодной пары приходится $3,4 \pm 0,06$ форм бесплодия (рис. 2).

Таким образом, разработанный нами алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием, анализ структуры факторов развития данной патологии, а также своевременная диагностика с использованием современных технологий позволили нам качественно и информативно установить формы и причинные факторы бесплодия в браке за короткий срок.

Литература

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению/ Под ред. В.И. Кулакова. – М., ГЭОТАР- Медиа, 2005. - 616 с.
2. Кулаков В.И. Лечение женского и мужского бесплодия// Вспомогат. репродуктив. технологии. - М., 2005
3. Кулаков В.И. Спорные и нерешённые вопросы вспомогательной репродукции у гинекологических больных// Акушерство и гинекология. - 2006. - Приложение. - С. 4-8
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем// 10-й пересмотр. В 3-х томах: Пер. в англ.-ВОЗ, Женева: Медицина-1995
5. Назаренко Т.А. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия в браке // Российский вестник акушера-гинеколога. -2006. - Т. 6, № 5. - С. 63-65.
6. Овсянникова Т.В. Диагностика и лечение бесплодия, обусловленного генитальным эндометриозом // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - Т. 8, № 4. - С. 98-100
7. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодия супружеских пар/ Пер. с англ. - М, Мед.Пресс, 1997. – 91 с.
8. Pregnancy rates after laparoscopic treatment. Differences related to tubal status and presence of endometrioses /Maruyama M., Osuga Y., Momoeda M et al.//J. Reprod. Med. '2000. -Vol.45, №2. – P. 89-93
9. Role of hysteroscopy in the diagnosis and treatment of infertility / Merviel P., Mergue J.L., Sananes S. et al. //Presse Med.-2000. Vol. 29, №23.-P. 1302-1310

ХУЛОСА ТАРКИБИ САБАБҲО ВА ТАШХИСГУЗОРИИ ИЗДИВОЧИ БЕНАСЛ ДАР БАЙНИ АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Ҷ.А.Ҳочимуродова

Дар таркиби сабабҳои издивочи бенасл ҷои намоёнро безуриётии эндокринӣ бо 36,7% ишғол менамояд, баъд аз он, сабаби тухмронӣ сифокӣ – 30%, омили мардӣ – 17,1%, омили бачадонӣ – 12,9% ва дигар шаклҳои безуриёти бошад 3,2%-ро ташкил медиҳанд. Ҷӣ хеле, ки тадқиқот нишон дод, дар 19,4% (247/1278) беморон танҳо яке аз омилҳое (шакли чудошуда), ки ба безуриёти меорад, мушоҳада шуд, ин дар ҳоле, ки дар 80,6% (1031/1278) мавридҳо боҳамии (омезиши) 2-5 омилҳо ба назар мерасад ва ба ҳисоби миёна барои ҳар як ҷуфти бенасл тақрибан $3,4 \pm 0,06$ шаклҳои безуриёти рост меояд.

SUMMARY STRUCTURE OF THE CAUSES AND DIAGNOSIS OF INFERTILE MARRIAGES THE INHABITANTS OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

D.A. Khojamurodova

In the main causes of infertile marriages, took the lead endocrine sterility, which is 36,7%, followed by tubal-peritoneal - 30% -17.1% male factor, uterine factor - 12,9%, other forms of infertility - 3,2 %. As shown by our study, only 19.4% (247/1278) of patients has one of the factors (isolated form), leading to infertility, whereas 80.6% (1031/1278) of cases patients had a combination of 2-5 factors and the average for each infertile couples have an average $3,4 \pm 0,06$ forms of infertility.

Key words: barren marriage, the male and female infertility, endocrine sterility

Адрес для корреспонденции:

Д.А. Ходжамуродова – зав.отделением гинекологической эндокринологии НИИ АГиП МЗ РТ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31. E-mail: innfamilya@hotmail.com

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ В УСЛОВИЯХ г. БАКУ

Л.А.Наджи, Э.М.Алиева

**Кафедра акушерства и гинекологии №3
Азербайджанского медицинского университета, г.Баку**

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости, клинических проявлений различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку. Было обследовано 177 девочек в периоде полового созревания, из которых у 41 (23,2%) девочки были определены различные опухолевидные образования яичников.

В результате проведенного исследования было установлено, что частота фолликулярной кисты составляет 7,34%, поликистоза яичников – 11,3% и воспалительного процесса яичника – 4,52%.

Ключевые слова: фолликулярная киста, воспалительный процесс яичника, поликистоз, пубертатный период