

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

© 2015. Ф.С. Арипова, К.Я. Назарова, М.А. Тажиева, Д.А. Закирходжаева

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Таянч сўзлар: экстрагенитал касалликлар, ўсмир кизларнинг физикавий ривожланиши ва репродуктив функцияси, морфометрик кўрсаткичлар, иммун ва гормонал статус, пубертатлик ёши.

Keywords: extragenital diseases, reproductive function and physical development of girls, morphometric parameters, immune and hormonal status, pubertal age.

ЎЗБЕКИСТОННИНГ АЙРИМ ХУДУДЛАРИДА ЯШОВЧИ ҚИЗ БОЛАЛАР ОРАСИДА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАРНИНГ УЧРАШИ ВА ТАРКИБИ

Хоразм вилояти ўсмир кизлар орасида ўтказилган текширишларга кўра, барча текширилган гуруҳларда асосий соғлиқ кўрсаткичлари сустлиги аниқланди. Бу ўзгаришлар айниқса клиник текширув антропометрик кўрсаткичлари солиштириганда, эхографик, гормонал ва иммунологик текшириш усуллари натижаларида намоён бўлди. Ушбу натижалар Орол олди регионнинг ножўя экологик факторлар таъсири далили бўлиб ўсиб келаётган келажак авлодининг соғлиғига катта аҳамияти мавжуд.

THE STRUCTURE AND FREQUENCY OF GYNECOLOGICAL DISEASES OF GIRLS AND WOMEN IN SOME REGIONS OF UZBEKISTAN

F.S.Aripova, K.Ya.Nazarova, M.A. Tajieva, D.A.Zakirkhojaeva

It was taken complex research among 1064 practically healthy girls. At the result of examination it was revealed the disorders of reproductive system. It was determined meeting of pathologic processes, it was 16,4%. At the result of taken researches the stages of sexual maturity were developed and risk groups of sexual growth disorders were determined. On the base of taken researches with the account of literary data it was developed the complex of medical prophylactic measures and methods of morbidity prophylaxis.

Аральский экологический кризис – одна из крупнейших экологических проблем на планете. Среди экологических факторов, влияющих на состояние здоровья населения Приаралья, следует отметить опустынивание территории, дефицит доброкачественной питьевой воды, усиление солености с осушенного дна Аральского моря, массированное засоление земель, химическое загрязнение природных сред, повышение сухости воздуха, сильные перепады температур [10]. Репродуктивное здоровье – один из индикаторов экологического фона.

Тревожная демографическая ситуация, развивающаяся на фоне экологической обстановки, сложившийся уровень и качество жизни населения в республике потребовала разработки и осуществления государственной программы по комплексному решению проблем оздоровления подрастающего поколения.

Цель исследования. Изучение репродуктивного здоровья детей и подростков и неблагоприятного воздействия экологических факторов Приаралья на рост, развитие и состояние здоровья подрастающего поколения, так как современное выявление и лечение гинекологических заболеваний у девочек будет залогом сохранения репродуктивной функции у взрослых женщин.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование практически здоровых девочек, изучены показатели физического и полового развития (антропометрия, эхоостеометрия, ультразвуковая эхография органов малого таза, определение степени развития вторичных половых признаков по формуле полового развития, гинекологический осмотр по показаниям), а также гормональный (ЛГ, ФСГ, Е2, прогестерон) и иммунологический статус (Т- и В-лимфоциты, Т-хелперы и Т-супрессоры) [2, 4, 5].

Из общего числа обследованных были взяты 1064 девочки, которые, по данным узких специалистов, были признаны соматически здоровыми. Все обследованные были коренной национальности, выросли по месту проживания, посещали ясли, детские сады и школы. В результате углубленного комплексного обследования среди этого контингента девочек, были выявлены гинекологические заболевания органов репродуктивной системы

Результаты исследования и их обсуждение: Согласно полученным данным, пороки развития встречались в 8 (0,35±3,1%) наблюдениях: г. Ташкент - 2 (25±16,3%), Хорезмская область - 6 (75±16,3%) (P<0,05); опухолевидные образования - в 9-ти (0,84±3,1%): г. Ташкент - 2 (22,7±7,2%), Хорезмская область - 7 (77,7±1,4) (P<0,05), воспалительные процессы, в общем количестве - 49

($4,6 \pm 3,1\%$); г.Ташкент - 18 ($6,7 \pm 6,9\%$), Хорезмская область - 31 ($63,3 \pm 6,9\%$) ($P < 0,05$); аменорея, общее количество - 45 ($4,7 \pm 3,1\%$); г.Ташкент - 11 ($24,4 \pm 6,2\%$), Хорезмская область - 34 ($75,6 \pm 6,2\%$), ($P < 0,05$); нарушение полового созревания, общее количество - 64 ($6,1 \pm 3,1\%$); г.Ташкент - 18 ($28,1 \pm 5,6\%$), Хорезмская область - 46 ($71,9 \pm 5,6\%$) ($P < 0,05$). Всего патологические процессы были обнаружены у 175 обследуемых, из них среди девочек и девушек г.Ташкент - 51 ($9,5 \pm 4,1\%$), Хорезмской области - 124 ($23,4 \pm 3,8\%$), что также статистически достоверно.

Таким образом, даже у практически здоровых девочек, при углубленном обследовании, обнаружены заболевания органов репродуктивной системы. Их частота, по нашим данным, составила 16,4%.

В тоже время, при обследовании девочек и девушек Хорезмской области практически во всех группах наблюдения, отмечается отчетливая тенденция к снижению основных показателей здоровья, что особенно демонстративно выявляется при сравнении антропометрических данных клинического осмотра, эхографических, гормональных, иммунологических методов исследования и данных остеометрии, что является следствием неблагоприятного воздействия экологических факторов Приаралья на рост, развитие и состояние здоровья подрастающего поколения [1, 3, 6].

Одновременное комплексное использование разработанных нами методов обследования свидетельствует об их высокой диагностической информативности, они могут быть использованы как для первичного скрининга, так и для разработки рациональных мероприятий по оздоровлению девочек и девушек, находящихся в группах риска.

В группе из 74 девочек в 11 лет менструировали – 38 (51%), из них у 18 девочек был ановуляторный менструальный цикл, что можно отнести к физиологическому состоянию в течение 1 года после начала менархе. Эта группа девочек находилась под нашим наблюдением в течение последующего года.

Девочек с наличием вторичных половых признаков, но не менструирующих составили группу из 19 (26%) человек (1 стадия половой зрелости), находились на диспансерном учёте в течение 6 месяцев с момента выявления, после чего переходили во 2 стадию половой зрелости.

Девочек с 0-ой стадией полового созревания в 11 лет было 17 (23%), они отнесены в группу невысокого риска на задержку полового развития при нормальном физическом статусе и взяты на диспансерный учет в течение 1 года, при этом нами рекомендовано рациональное питание, обогащенное витаминами и микроэлементами, витаминЕ в капсулах (3 курса с перерывом 1 месяц).

В возрасте 12-13 лет, среди 165 девочек, менструации отмечены у 126 (76,3%), стойкие ановуляторные циклы наблюдались у 24 (14,7%), аменорея наблюдалась у девочек с нормальным физическим и с незначительным отставанием полового развития они составили группу из 15 человек (9,3%). Девочки с 0-ой стадией полового созревания в 12-13 лет (9,3%) отнесены в группу риска на задержку полового развития при нормальном физическом статусе. Нами предложено проведение комплекса профилактических мероприятий по оздоровлению этого контингента девочек, включающего в себя регуляцию режима труда и отдыха, питание, проведение витаминотерапии с включением элементов физиотерапии, что способствует как бы «скачку» в развитии полового созревания. Девочки с 1-й стадией полового созревания в течение 6-8 месяцев с момента наблюдения переходят во 2 стадию половой зрелости. Следует считать нормой наличие ановуляторных циклов у имевших место 14,7% девочек в возрасте 12-13 лет с нормальным физическим и половым развитием. Эта группа подлежит наблюдению в течение 1 года.

В группе из 89 девушек 14-15 лет, менструирующих - 78 (89,65%), выявлено нарушение полового созревания у 6,7%, ановуляторные циклы, аменорея - у 5 (5,6%) девочек. Девушки группы с 0 стадией полового созревания в 14-15 лет составили 5,6%, они отнесены в группу повышенного риска на задержку полового развития при нормальном физическом развитии. Нами было сделано полное клинико-биохимическое обследование и проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Эта категория девочек находилась на диспансерном учёте с рекомендацией повторного курса стационарного лечения, 2 раза в год. Девочки с 1-стадией полового созревания в 14-15 лет, которые составили 6,7%, были отнесены в группу риска на задержку полового развития, у этой категории девочек наблюдались стойкие ановуляторные циклы, что расценивалось нами как патология, требующая комплекса циклической витаминотерапии и гормональной коррекции, на диспансерном учёте они находились в течение 2-х лет. Девочек 14-15 лет со 2-стадией половой зрелости мы расценивали, как группу с физиологической патологией и они подлежали диспансерному наблюдению до исполнения полных 15 лет.

Из 245 16-17 летних девушек менструировали 211 (86,12%), ановуляторные циклы наблюдались у 24 (9,8%), у 10 девушек отмечалась аменорея, что составило 4,08% от общего количества 16-17 летних девушек, причем 9 (3,67%) из них жительницы Хорезмской области. Девушки с 0-стадией половой зрелости отнесены к группе высокого риска нарушения полового развития - отсутствие полового созревания. Эта группа девушек проходила комплекс клинических исследований с выяснением генетического и гормонального фона. Нами показано проведение полного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по оздоровлению этого контингента девушек, требующего как длительной гормональной, так и хирургической коррекции по показаниям. На диспансерном учёте эта категория больных находится от 2 до 5 лет. Выявление в 16-17 летнем возрасте 1 стадии половой зрелости мы расценивали как нарушение полового созревания на задержку полового развития, требующее наряду с вышеперечисленными методами лечения, длительного приема гормонозаместительной терапии. Эта категория находилась на диспансерном учёте в течение 2 лет с рекомендацией стационарного лечения от 2 до 4 раз.

Таким образом, нами установлены стадии половой зрелости и выявлены группы риска на нарушения полового развития в зависимости от степени развития вторичных половых признаков, ультразвуковых параметров развития внутренних гениталий, данных антропометрии, остеометрии с учётом гормонального и иммунологического фона и возраста. Различают группу невысокого риска, группу повышенного риска и группу высокого риска, что является ценным диагностическим критерием к подходу выбора тактики лечения и диагностики данной патологии.

На основании проведенных исследований и с учётом данных литературы [7, 8, 9] нами разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающих такие методы лечения, как комплексная витаминотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия, лазеротерапия и элементы физиотерапии.

Выводы: Таким образом, выявленные нарушения репродуктивного здоровья у практически здоровых девочек Хорезмской области в 2,5 раза выше, чем у девочек, проживающих в городе Ташкенте.

Эти нарушения среди данного контингента девочек служат обоснованием для проведения комплексных мер лечения и профилактики заболевания и детской инвалидности.

Использованная литература:

1. Аюпова Ф.М. Иммунологические аспекты воспалительных заболеваний гениталий у девушек с хроническим пиелонефритом // Медицинский журнал Узбекистана. 1996. №4. С.86-88.
2. Аюпова Ф.М. Некоторые диагностические и клинические аспекты у девушек подростков // Медицинский журнал Узбекистана. 1996. №3. С.42.
3. Аюпова Ф.М. Состояние репродуктивного здоровья девушек в Узбекистане // Дис.... докт. мед.наук. Ташкент, 1997. С.236.
4. Виницкая В.К. и др. Опухоли гениталий у детей подростков // Тезисы I Всесоюзной научно-практической конференции: «Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков». Ереван, 1982. С.183-185.
5. Громбах С. М. Актуальные вопросы изучения состояния здоровья детей и подростков // Проблемы охраны здоровья детей дошкольного и школьного возраста. М., 1981. С.9-19.
6. Демидова Е.М., Самохвалова Т.М. Клинические особенности пороков развития внутренних половых органов в периоде полового созревания // Тезисы I Всесоюзной научно-профилактической конференции: «Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков». Ереван, 1982. С.191-192.
7. Мартыш Н.С. Применение эхографии в ряде гинекологических заболеваниях детей и юношеского возраста // Автореф. дисс. канд.мед.наук. М., 1984. 18 с.
8. Мартыш Н.С., Алимбаева Г.Н., Киселева И.А. Возможности эхографии в диагностике удвоение матки и влагалища с односторонним нарушением оттока менструальной крови // Акушерство и гинекология. 1990. №10. С.48-51.
9. Мартыш Н. С. Киселев И. Н. Корреляция данных эхографического обследования внутренних половых органов с физическим и половым развитием здоровых девочек // Нарушение репродуктивной системы в периоде детства и полового созревания. М., 1986. С.40-50.
10. Экологические факторы и здоровья матери и ребенка в регионе Аральского кризиса // Материалы международного семинара. Ташкент (14-16 сентября). 2001. 135 с.