

**ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ**

Н.А. КАРИМОВА, Н.Ю. ТУРАЕВА, С.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт,  
Республика Узбекистан, г. Самарканд

**Резюме:** Профилактические осмотры должны проводиться с участием детских гинекологов после предварительного обучения девочек. Проводить тщательную оценку физического, полового развития при выявлении соматической патологии проводить эффективную реабилитационную терапию. Таким образом, решение проблемы репродуктивной патологии (РП) требует совместного участия детского гинеколога, эндокринолога и педиатра.

**Ключевые слова:** Девочки-подростки, репродуктивное здоровье, щитовидная железа.

**THE PROBLEM OF REPRODUCTIVE PATHOLOGY**

N.A. KARIMOVA, N.Yu. TURAYEVA, S.T. DJURABEKOVA

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

**Resume:** Maintenance inspections should be carried out with the participation of pediatric gynecologists, after a preliminary education of girls conduct a thorough assessment of physical, sexual development in the identification of somatic pathology conduct effective rehabilitation therapy. Evaluation of pathology of the reproductive system should carried by commissioning with a gynecologist, endocrinologist and pediatrician

**Key words:** Teenage girls, reproductive health, thyroid

**Актуальность проблемы.** В последние годы во всем мире, проблема репродуктивного здоровья девочек-подростков приобретает особую медицинскую и социальную значимость, в связи с неуклонным ростом заболеваемости девочек [1]. Спектр патологии репродуктивной системы: воспалительные заболевания гениталий (77%), хронические очаги инфекций (41,8%), гормональные нарушения (61,2%) [2]. Оздоровление подростков и профилактика патологии репродуктивной системы, является актуальной проблемой

**Цель исследования:** Изучить факторы риска патологии репродуктивного здоровья девочек.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных цели и задач нами проводились профилактические осмотры в колледжах и школах районов: Общее число девочек составило 5982 девочек в возрасте от 11-16 лет проживающих в Самаркандской области. из них выявлены с патологией репродуктивной системы 4732. Структура патологии приведена в таблице 1.

На следующем этапе девочки с выявленной патологией обследованы в поликлинических условиях, где проводилась оценка соматического состояния и физического развития с использованием таблицы Танера. Результаты приведены в таблице 2.

Как видно рост отстает у больных с патологией репродуктивной системы при всех формах, таким образом нарушения менструального цикла связаны с соматическими нарушениями. В патологии репродуктивной системы наиболее существенной отягощающей патологией было глистная инвазия 64,2%, особенно при альгоменорее. На втором месте патология органов пищеварения гастриты, дуодениты, дискинезии желчевыводящих путей, дисбактериозы. Третья по частоте патология влияющая на развитие репродуктивной системы анемии. Патология щитовидной железы в 47,8% случаях (3). Для установления влияния патологии щитовидной железы на состояние репродуктивной системы проведено определение гормонов щитовидной железы. Гипофункция щитовидной железы, разной степени выраженности, диагностирована у 53 девочек (табл. 3).

У девушек контрольной группы длительность менструального цикла составила  $28,8 \pm 1,1$  дней, а продолжительность менструаций –  $3,2 \pm 0,2$  дня. Изучение содержания гонадотропных, половых и тиреоидных гормонов показало, что циклическое изменение уровня гормонов характерно не только гонадотропным и половым гормонам, а также ТТГ и тиреоидным гормонам. Содержание ТТГ в сыворотке крови у девушек контрольной

группы показало, что оно циклически колеблется от 2,3 до 5,3 МЕ/л.

Уровни  $T_3$  и  $T_4$  тоже колеблются противоположно друг к другу в течение менструального цикла, при этом изменения  $T_3$  в пределах от 2,8 до 3,2 нмоль/л, а изменения  $T_4$  – от 88 до 160 нмоль/л. Содержание ЛГ до овуляции возрастает от 2 до 6,6 нмоль/л, ФСГ – от 3,2 до 4,5 нмоль/л. Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием  $T_4$  в крови и ЛГ, а между ТТГ и ЛГ – обратная связь.

Сведения о гормональных нарушениях у девушек с нарушением менструального цикла (НМЦ) без экстрагенитальных заболеваний приведены в рисунке 3. В зависимости от времени поступления больной, исследования проведены 3 или 4 раза (если пациентка обратилась в течение 7 дней начала кровотечения, гормональные исследования проведены 4 раза - на 7-й, 10-й, 14-й и 21-й дни цикла), что имело место у 12 больных. У 18 пациенток, которые обратились через 7 дней и более от начала кровотечения, исследования проведены 3 раза (на 10-й, 14-й и 21-й дни цикла). Первое исследование соответствует периоду гемостаза, остальные характеризуют

период после гемостаза, однако соответствуют дням менструального цикла (7-й, 10-й, 14-й и 21-й день). Такая схема обследований позволяет провести сравнительный анализ полученных результатов с данными контрольной группы.

1. Изучение показателей гормонального статуса у девочек с НМЦ показывают значительные снижения уровня всех гормонов. Сохраняется обратная связь между показателями ТТГ и ЛГ, содержания обоих тропных гормонов значительно снижены, кроме того отмечается снижение амплитуды циклических (месячных) колебаний уровня ТТГ (от 2,4 до 4,3 МЕ/л, а в контрольной группы – от 2,2 до 5,1 МЕ/л). Снижение уровня  $T_3$  и  $T_4$  связаны со снижением уровня ТТГ. Снижение уровня ТТГ и последующая гипофункция щитовидной железы, по-видимому является вторичным и, возможно, связано с нарушением стероидных (половых) гормонов, которые имеют положительные и отрицательные обратные связи не только с гонадотропными, но и тиреотропными клетками аденогипофиза. Показатели половых гормонов у девочек с НМЦ приведены на рис. 4.

Таблица 1.

Структура патологии репродуктивной системы по данным просмотра

Заболевание	Число больных	% к общему числу обследованных (5982)	% к общему числу РП (4732)
Альгодисменорея	2488	41,5	52
Воспалительные заболевания гениталий	1050	17,5	22,1
Дисменорея	851	14,2	17,9
Аменорея	343	5,7%	7,2
Всего	4732	79,1	100

Таблица 2

Показатели физического развития девочек

№	Показатели	Аменорея (n=343)	Дисменорея (n=835)	Альгоменорея (n=2488)	Контрольная группа n=30
Рост, см					
1.	11-12 лет	141,4±0,5	140,2±0,9	142,3±0,7	153 ± 7,0
	13-14 лет	144,2±0,4*	144,2±0,6*	148,0±0,5	157 ± 6,0
	15-16 лет	150,3±0,4*	151,2±0,6*	156,2±0,4	180,5 ± 7,5
Вес, кг					
2.	11-12 лет	34,9±0,6*	34,4±0,2*	37,5±0,3	37,1±5,4
	13-14 лет	44,5±0,8*	44,5±0,6*	47,2±0,9	46,4±8,0
	15-16 лет	47,5±0,6*	48,8±0,9*	51,2±1,3	5,1±4,5
Массо-ростовой коэффициент					
3.	11-12 лет	0,25±0,004*	0,25±0,001*	0,26±0,002	18,75±0,75
	13-14 лет	0,31±0,01	0,31±0,003	0,32±0,02	19±0,75
	15-16 лет	0,32±0,004	0,32±0,005	0,33±0,01	19,6±0,15

\*Достоверность различия с показателями контрольной группы  $p < 0,05$ .

Структура патологии преморбидного фона

Нозология	аменорея (n-36)		дисменорея (n-42)		альгоменорея (n-31)		Всего (n-109)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Органы пищеварения	12	33,3+7,9	16	38,1+7,5	13	41,9+8,9	41	61,2+4,7
Хронический тонзиллит	9	25,0+7,2	11	26,2+6,8	8	25,8+7,9	28	41,8+4,7
ожирение	4	11,1+5,2	3	7,1+4,0	9	29,0+8,2	16	23,9+4,1
Анемия	8	22,2+6,9	17	40,5+7,6	12	38,7+8,7	37	55,2+4,8
индекс массы тела	10	27,8+7,5	9	21,4+6,3	10	32,3+7,4	29	43,3+4,7
Патология щитовидной железы	10	27,8+7,5	10	23,8+6,6	11	35,5+8,6	32	47,8+4,8
Заболевания опорно-двигательного аппарата	14	38,9+8,1	6	14,3+5,4	14	45,3+8,9	34	50,8+4,8
Неврозы ЦНС	6	16,7+6,2	12	28,6+7,0	9	29,0+8,2	27	40,3=4,7
Энтеробиозы	13	36,1+8,0	14	33,3+7,3	16	51,6+9,0	43	64,2+4,6
Пубертатная Вегето сосудистая дистония	3	8,3+4,6	18	42,9+7,6	7	22,6+7,5	28	41,8+4,7

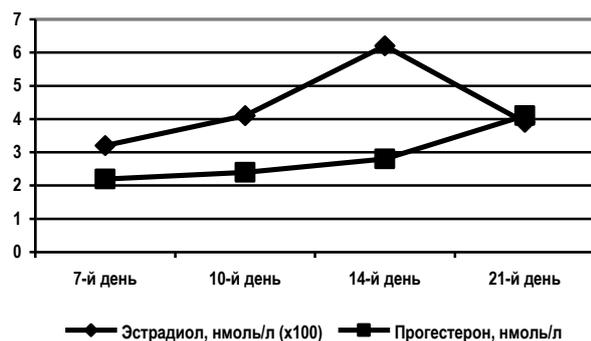


Рис. 1. Содержание эстрадиола и прогестерона в течение менструального цикла в контрольной группе.

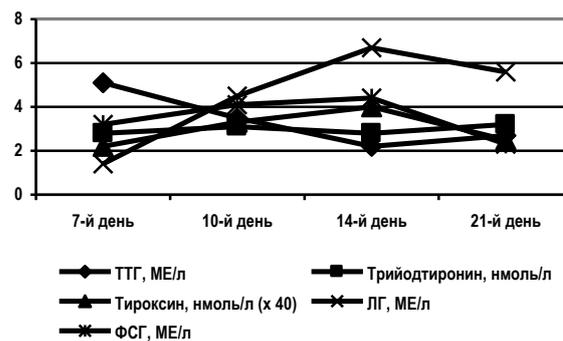


Рис. 2 Циклические изменения тиреотропных, гонадотропных и тиреоидных гормонов в контрольной группе

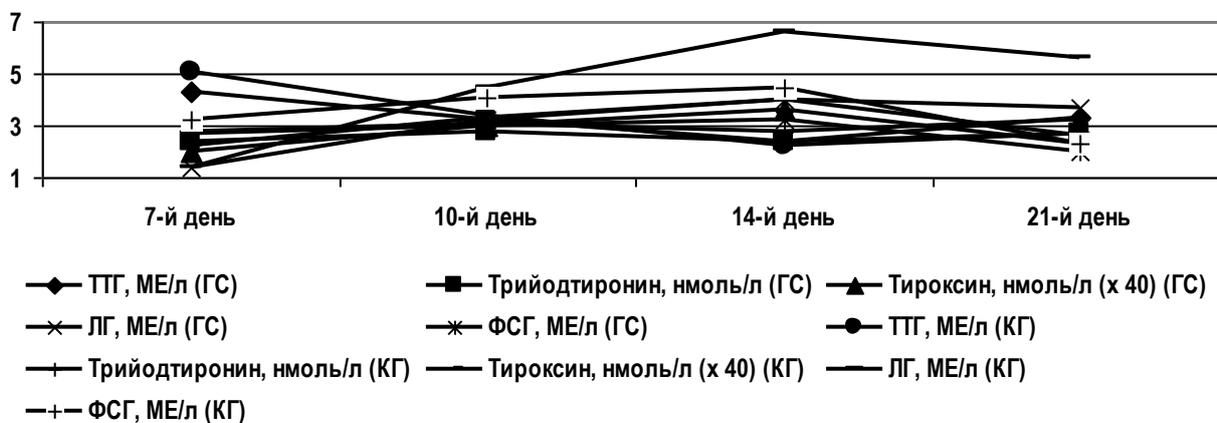


Рис. 3. Циклические изменения тиреотропных, гонадотропных и тиреоидных гормонов в группе сравнения (n=30)

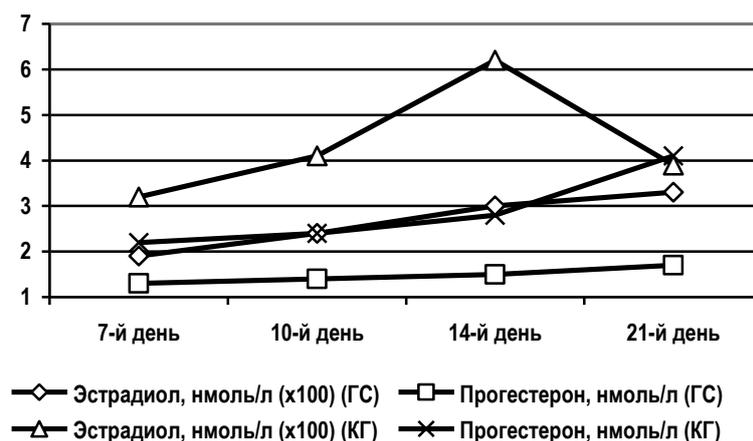


Рис 4. Содержание половых стероидов у девочек с НМЦ

Исследование уровня половых стероидов представляет важную информацию для понимания сущности патогенеза НМЦ. Как видно из рисунка, кривая уровня эстрадиола имеет характер неуклонного роста:  $192,2 \pm 25,5$  нмоль/л на 7-й день,  $233,2 \pm 31,1$  нмоль/л на 10-й день,  $304,2 \pm 34,5$  нмоль/л,  $332,1 \pm 32,1$  нмоль/л. Среднее абсолютное содержание эстрогенных гормонов почти в 1,5 раза ниже таковых в контрольной группе, их уровень в динамике не имеет тенденцию к снижению и, следовательно, приводит к повышенной эстрогенной насыщенности, что проявляется гиперплазией эндометрия и длительным маточным кровотечением. Содержание прогестерона почти не меняется в течение цикла, но отмечается небольшое повышение в конце цикла. “Завуалированные” симптомы недостаточности щитовидной железы часто вовремя не распознаются врачами, а имеющиеся жалобы на прекращение менструаций, нарушения менструального цикла у девочек и бесплодие в будущем. Ранняя диагностика и адекватное лечение гипотиреоза обусловит улучшение общего состояния, исчезновение жалоб и клинических проявлений тиреоидной недостаточности, а также нарушений со стороны репродуктивной системы.

Таким образом, у девочек с увеличением щитовидной железы и нарушением менструального цикла в комплекс лечебно-диагностических мероприятий необходимо включать исследование функции щитовидной железы. При выявлении недостаточности функции щитовидной железы необходимо патогенетическое лечение (коррекция тиреоидного статуса) тиреоидными гормонами (L-тироксин). Изменения со стороны репродуктивной системы у девочек с гипотиреозом носят функциональный характер и

полностью восстанавливаются после адекватного патогенетического лечения.

#### Литература:

1. Алимджанова Н.Т. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья молодой семьи // Автореферат дисс. к.м.н.Ташкент 2008 с.14
2. Банюшевич И. Репродуктивное здоровье девочек-подростков 15-17 лет Омского региона // Врач-Москва 2010. №8- С. 79
3. Богданова Е.А. Особенности гормонального статуса девочек с маточным кровотечением пубертатного периода. // Проблемы репродукции – Москва, 2010.-№3 с.35

#### РЕПРОДУКТИВ ПАТОЛОГИЯНИНГ МУАММОЛАРИ

Н.А. КАРИМОВА, Н.Ю. ТУРАЕВА,  
С.Т. ДЖУРАБЕКОВА

Самарқанд Давлат медицина институти,  
Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

Ўсмир кизларнинг профилактик кўриги болалар гинекологи билан биргаликда текширилиши шарт. Соматик патологияси топилган беморларда синчковлик билан жисмоний ва жинсий ривожланишни баҳолаш ва уларда эффектив реабилитацион даво ўтказиш керак. Репродуктив система патологиясининг ривожланишини болалар гинекологи, эндокринологи ва педиатр биргаликда баҳолайди.

**Калит сўзлар:** Ўсмир кизлар, репродуктив саломатлик, қалқонсимон без.