



**БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА**

**O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI**

3

**2016
TOSHKENT**

- мир патологияси ва патологиясиз ривожланган мигрен ва дисциркулятор энцефалопатиянинг C634 G VEGF генининг молекуляр-генетик тавсифи асосида қиёслаш
- Адамбаев З.И., Киличев И.А. Умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик касалликларини даволашда папаинни қўллашнинг самарадорлиги 41
- Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф. Болаларда биллак суягининг бошчасини эскирган чиқишини жаррохлик усулида даволашда бизнинг тажриба 45
- Тиялков Х.А., Тиялков Б.Т., Тиялков А.Б. Катта ёшдаги болалар ва ўсмирларда сонларнинг тугма чиқишини жаррохлик усулида даволашга оид 48
- Уринов Ж. З. Джураев А. М. Эшонхужаев К. О. Болаларда ясси оёқни консерватив даволаш ва уни олдини олиш 50
- Камалбаева Б.С., Отажонов И.О. Кекса ёшли инсонлар овқат рационидagi озуқа моддаларни гигиеник таҳлил қилиш 53
- Якубова О.А. Зухритдинов М.Н., Косимова Н.Ж., Китьян С.А. Бириктирувчи тўқима дисплазиясининг огриқли хайзи бор қизларда гормонал ўзгаришларга боғлиқлиги 55
- Шукуров Ф.И. Тухумдон структур патологияси билан боғлиқ бепушт аёлларда интраоперацион цитоморфологик текширув натижалари 58
- Зухритдинов М.Н., Якубова О.А., Косимова Н.Ж., Китьян С.А. Бириктирувчи тўқима дисплазияси бор қизларда огриқли хайздаги вегетатив асаб тизимининг гормонал ҳолатга боғлиқлиги 61
- Асатова М.М., Хегай О.А., Воитова Г.А., Насирова Г.У. Ановулятор бепуштликнинг патогенетик механизмлари ва хавф омиллари 64
- Абдуризаев А.А. Жанубий Оролбўйи худуди аёлларида сийдик туталоқлигининг тарқалиши ва акушер-гинекологик аспектлари 67
- характеристика мигрени с и без патологии сосудов головного мозга, а также дисциркуляторной энцефалопатии, в зависимости от молекулярно-генетических характеристик C634 G гена VEGF
- Адамбаев З.И., Киличев И.А. Эффективность папаинизации при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника
- Эранов Ш.Н., Эранов Н.Ф. Наш опыт хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей
- Тиялков Х.А., Тиялков Б.Т., Тиялков А.Б. К вопросу о хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей старшего возраста и подростков
- Уринов Ж. З. Джураев А. М. Эшонхужаев К. О. Консервативное лечение и профилактика плоскостопия у детей
- Камалбаева Б.С., Отажонов И.О. Гигиенический анализ питательных веществ в пищевом рационе пожилых людей
- Якубова О.А. Зухритдинов М.Н., Косимова Н.Ж., Китьян С.А. Гормональные изменения при ювенильной дисменорее и дисплазии соединительной ткани
- Шукуров Ф.И. Результаты интраоперационных цитоморфологических исследований при структурной патологии яичников у женщин с бесплодием
- Зухритдинов М.Н., Якубова О.А., Косимова Н.Ж., Китьян С.А. Связь изменения уровня гормонов с состоянием вегетативной нервной системы при ювенильной дисменорее у девушек с дисплазией соединительной ткани
- Асатова М.М., Хегай О.А., Воитова Г.А., Насирова Г.У. Факторы риска и патогенетические механизмы формирования ановуляторного бесплодия
- Абдуризаев А.А. Распространенность и акушерско-гинекологические аспекты недержания мочи у женщин в регионе Южного Приаралья

мочой по сравнению с нормальными параметрами не менялось ($16,2 \pm 2,3$ мкмоль/л), при нормальном содержании в плазме эстрадиола и прогестерона количество магния в сыворотке крови составило $0,9 \pm 0,2$ мкг/мл, что близко к нормативным значениям этого показателя.

У девушек, имеющих проявления ДСТ при дисменорее тяжелой степени отмечается значительная оксипролинурия, которая достигает $57,0 \pm 16,8$ мкмоль/л ($p < 0,05$), что на 20,1 % выше нормативных параметров этого показателя, содержание в плазме эстрадиола констатировалось несколько ниже нормативных показателей на $0,002$ нмоль/мл ($p < 0,05$), хотя прогестерон в плазме определялся в пределах нормы, а количество магния в сыворотке крови было $0,4 \pm 0,2$ мкг/мл, что на 61,9% ($p < 0,05$) достоверно ниже нормативных показателей.

У девушек без ДСТ при тяжелой дисменорее изменения количества оксипролина с мочой достигало верхнюю границу его содержания у девочек контрольной группы, количество эстрадиола в плазме было достоверно уменьшено на $0,003$ нмоль/мл, содержание прогестерона было также достоверно снижено на $0,003$ нмоль/мл, количество магния в сыворотке крови составило $0,7 \pm 0,2$ мкг/мл, что 33,3% ниже нормативных показателей.

Выявлена сильная прямая корреляционная связь между содержанием оксипролина в моче и степенью тяжести дисменореи у девушек с дисплазией соединительной ткани, которая составила $r=1,0$. Значительная оксипролинурия в сыворотке крови и отражалась на стероидном профиле, которая проявлялась дисгормонемией, а определение оксипролина в моче важно с точки зрения ранней диагностики повышенного распада коллагена у девушек с первичной дисменореей, имеющих признаки дисплазии соединительной ткани. Следовательно, ДСТ играет определенную роль в патогенезе первичной дисменореи, а недооценка состояния соединительной ткани приводит к увеличению частоты рецидивов заболевания с последующим нарушением репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинекология. Национальное руководство. ГЭОТАР «Медиа». - 2011. Ассоциация медицинских обществ по качеству.
2. Кадурина Т.И. Оценка степени тяжести недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - №2. - С.15-20
3. Котова О. В. Болевые синдромы у подростков // Сонсилиум медисум. - 2012. - № 9. - С. 55-59.
4. Сасунова Р. А., Межевитинова Е. А. Современный взгляд на терапию первичной дисменореи // Гинекология. - 2009. - Том 11, №2. - С. 13-17.
5. Уварова Е. В., Гайнова И. Г. Дифференцированный подход к диагностике и лечению дисменореи у девушек // Гинекология. - 2003. - Том 4, №5. - С. 151-157

УДК:618.11-008.64

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ЦИТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Шукуров Ф.И.

(ТМА)

Обследовано 280 женщин с бесплодием обусловленной структурными патологиями яичников. У всех больных провели интраоперационную изучению состава содержимое образований и перитонеальной жидкости.

Ключевые слова: яичники, цитоморфология, фолликулярная киста, синдром поликистозных яичников, лапароскопия

ТУХУМДОН СТРУКТУР ПАТОЛОГИЯСИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЕПУШТ АЁЛЛАРДА ИНТРАОПЕРАЦИОН ЦИТОМОРФОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Кузатов остида тухумдонда структур ўзгаришлар билан боғлиқ бепушт 280 нафар аёллар бўлди. Беморларда интраоперацион ҳосилалардан ва перитонеаль суюқликларини олиб цитоморфологик текширувлар натижасида ҳосилалардаги хужайралар таркиби ўрганиб чиқилди.

Калит сўзлар: тухумдонлар, цитоморфология, фолликуляр киста, тухумдонлар поликистозни синдроми, лапароскопия

RESULTS OF INTRAOPERATIVE CYTO MORPHOLOGICAL STUDIES IN THE STRUCTURAL PATHOLOGY OF THE OVARIES IN WOMEN WITH INFERTILITY

280 women with infertility (caused by structural changes of the ovaries) were surveyed. All patients had an intraoperative study of the composition of the contents of the formations, and peritoneal fluid.

Key words: ovaries, cytomorphology, follicular cyst, polycystic ovary syndrome, laparoscopy.

В последние годы наряду с эхографическим, эндоскопическим, иммуноферментным (определение уровня онкомаркеров в крови) и морфологическим методами диагностики структурной патологии яичников все большее признание получает интраоперационный экспресс-цитологический метод [2,5]. Цитологическая диагностика характера структурной патологии яичника (как доброкачественной, так и злокачественной) основана на том, что слущенные с поверхности капсулы опухолевые клетки попадают в брюшную полость и скапливаются внутри нее [3,6]. По характеру этих клеток можно уточнить не только доброкачественность или злокачественность опухоли яичника, но и ее гистоструктуру. Однако, по данным ряда авторов, частота цитологически отрицательных результатов достигает 40—50%, а у 10-30% пациенток оказывается невозможным получить перитонеальную жидкость путем кульдоцентеза. В связи с этим актуален поиск дифференциально-диагностических цитологических критериев доброкачественности или злокачественности опухоли яичника, особенно при эндохирургическом лечении больных [1,6].

Цель исследования - изучить цитоморфологическую характеристику структурных изменений яичников у женщин различного репродуктивного возраста, подвергнутых эндохирургическому лечению.

Материал и методы. Обследованы 280 пациенток в возрасте от 18 до 34 лет с доброкачественными структурными изменениями яичников, подвергнутых хирургическому лечению методом лапароскопии. По результатам эндоскопического осмотра органов брюшной полости и ретроспективного учета данных гистологического исследования удаленных тканей больные были разделены на группы. В I группу вошли 160 больных с фолликулярными кистами яичников, во II – 120 пациенток с СПКЯ. До операции больные были подвергнуты общеклиническому, эхографическому, эндоскопическому обследованию. Кроме этого, выполнены бактериоскопические, бактериологические и иммуноферментные исследования на инфекции, передающиеся половым путем. Степень выраженности сальпингоофорита оценивали на основании данных лапароскопии по шкале Henry Suchet, Gayraud.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях выполнено цитологическое исследование перитонеальной жидкости, полученной во время лапароскопии, жидкостного содержимого структурных патологий яичников, мазков-отпечатков биоптатов опухолей. Интраоперационно лапароскопически всегда удавалось получить достаточное количество перитонеальной жидкости. Жидкостное содержимое доброкачественных структурных патологий яичников получали интраоперационно путем пункции этих образований иглой, введенной через боковой троакар. Цитологический статус перитонеальной жидкости у здоровых женщин (контрольная группа) характеризовался наличием единичных или групповых клеток мезотелия нормального строения, а также небольшого количества неизмененных эритроцитов, попавших при взятии аспирата или проникших в брюшную полость путем диапедеза.

В I группе цитологическая картина перитонеальной жидкости у больных была следующей. У 11 (78,6%) пациенток отмечали клеточный состав (лимфоциты, гистиоциты, белковый преципитат), наблюдаемый при воспалительном процессе. Реактивные и дистрофические изменения клеток мезотелия обнаружили у 8 (57,1%) больных. По данным бактериоскопического и иммуноферментного анализов, у этих пациенток выявлен генитальный хламидиоз и уреоплазмоз. По данным осмотра органов малого таза, имел место сальпингоофорит и выраженный фиброзно-спаечный процесс. Гистологически доказано наличие воспалительного процесса половых органов (лимфогистиоцитарная инфильтрация маточных труб, признаки воспаления в стенках опухолей). Пролиферацию клеток мезотелия в перитонеальной жидкости обнаружили в 2 (14,3%) случаях на фоне сальпингоофорита и плоскостных свежих желатиноподобных спаек. Бесструктурное гомогенное вещество получили у 3 (21,4%) больных с сопутствующим эндометриозом брюшины. Только у 2 (14,3 процентов) пациенток 15 и 20 лет, отрицавших половую жизнь, была выявлена нормальная цитологическая картина (эритроциты, группы клеток мезотелия без особенностей, отсутствие других клеточных элементов) перитонеальной жидкости. Клеточные элементы, характерные для воспалительного процесса, отмечены у 13 (86,7%) пациенток. Из них у 9-лапароскопически наблюдали признаки сальпингоофорита, у 2-лабораторно выявили генитальный хламидиоз и уреоплазмоз. В лютеиновую фазу цикла у 9 (60%) пациенток наблюдали единичные группы клеток призматического эпителия с дегенеративными изменениями, сходные с эндометрием, и макрофаги в большом количестве. В перименструальный период у 6 (40%) женщин визуализировали нормальные и реактивно измененные эритроциты, в раннюю фолликулиновую фазу только макрофаги.

Лабораторно генитальный хламидиоз выявлен у одной 1ой больной. Лапароскопически картина сальпингоофорита имела место лишь у 24 пациентки. При гистологическом исследовании капсулы опухоли только в двух случаях были выявлены признаки воспалительного процесса. Содержимое кист в 44 (57,1%) случаях включало элементы воспаления: макрофаги в большом количестве, умеренное количество лимфоцитов, нейтрофильные лейкоциты, белковый преципитат. Эритроциты обнаружили у 3 (42,9%) пациенток с серозно-геморрагическим аспиратом

из опухоли, перекрутом ножки кистомы, кровоизлияниями в ее стенку. Кроме этого, у 6 (85,7 процентов) больных выявлены элементы выстилки капсулы опухоли (цилиндрические эпителиальные клетки с атрофическими и дегенеративными изменениями), а в одном (14,3%) случае и текалютеиновые клетки.

В II группе цитограммы перитонеальной жидкости у больных характеризовались наличием элементов воспаления (макрофаги, лимфоциты, нейтрофильные лейкоциты, гистиоциты), групп клеток мезотелия с реактивными изменениями. По данным лабораторного исследования на инфекционный процесс, гарднереллез установлен у одной больной. Лапароскопически у 12 женщин обнаружены признаки сальпингоофорита. Стандартное морфологическое исследование опухоли в дальнейшем подтвердило правильность выбора обследования и хирургического лечения.

При доброкачественных структурных патологиях яичников цитограмма перитонеальной жидкости характеризовалась наличием элементов воспаления у 10 (71,4%) пациенток. Из них в 3 случаях лабораторно были выявлены хламидии, в 8 лапароскопически подтвержден сальпингоофорит с инфильтрацией и гиперемией труб, наличием гидросальпинксов, желатиноподобных и фиброзных спаек, выраженным изменением анатомии и топографии органов малого таза. При выраженной инфильтрации и значительном отеке маточных труб в жидкостном содержимом брюшной полости выявляли белковый преципитат и большое количество гистиоцитов. Во всех случаях обнаружен измененный мезотелий. При длительной (более 1 года) персистенции кисты выявляли пласты реактивно, пролиферативно и дегенеративно измененных клеток мезотелия. Единичные дегенеративно измененные клетки мезотелия отметили у 6 (42,9%) больных с серозными кистами при отсутствии сальпингоофорита и спаечного процесса. Цитограмма поликистозных яичников отличалась бедностью клеточного состава. В 9 (64,3%) случаях определяли примесь элементов крови, причем эритроциты были у 6 (42,9%) пациенток, макрофаги - у 5 (35,7%), лимфоциты - у 7 (50%), нейтрофильные лейкоциты - у 1 (7,1 %). У 9 (64,3%) больных обнаружены также дегенеративно измененные единичные клетки мезотелия. В остальных 5 (35,7%) случаях клеточные элементы вообще отсутствовали. Содержимое фолликулярных кист по клеточному составу было неоднородным. У 6 (75%) клеточные элементы отсутствовали, у 3 (37,5%) отмечена примесь элементов крови. Гистиоциты, макрофаги и лимфоциты наблюдали у 2 (25%) больных с сопутствующим сальпингоофоритом и хламидиозом. Обнаружены единичные цилиндрические эпителиальные клетки с дегенеративными изменениями. У пациенток с поликистозом яичников измененные цитограммы перитонеальной жидкости выявлены в 5 (62,5%) из 8 случаев. Наличие макрофагов, белкового преципитата, гистиоцитов и лимфоцитов в перитонеальной жидкости подтверждало существование воспалительного процесса в органах малого таза как по данным лапароскопической картины, так и по данным лабораторного исследования на инфекцию. Группы, пласты реактивно и дегенеративно измененных клеток мезотелия обнаружили у 4 (50%) пациенток с бесплодием и спаечным процессом после чревосечений по поводу гинекологической или хирургической патологии. Цитологический состав аспирата доброкачественных структурных патологий яичников отличался отсутствием клеточных элементов при фолликулярных кистах и наличием эритроцитов при СПКЯ.

Выводы:

1. Срочное интраоперационное цитологическое исследование содержимого структурных патологий яичников в 86-100% случаев отражает клинко-морфологическую характеристику и доброкачественность процесса.
2. Интраоперационная цитологическая характеристика перитонеальной жидкости у больных с доброкачественными структурными изменениями яичников обусловлена воспалительным процессом органов малого таза и брюшной полости, а также видом опухоли только при самопроизвольной микроперфорации ее стенки.
3. При воспалительном процессе органов и структур малого таза цитоморфологическое исследование перитонеальной жидкости наиболее информативно по сравнению с визуальным осмотром брюшной полости во время лапароскопии или лабораторным исследованием мазков из уретры, цервикального канала, влагалища. Степень изменений цитоморфологической картины перитонеальной жидкости связана с характером воспалительного и деструктивного процессов. Наличие у больных в перитонеальной жидкости элементов воспаления указывает на важную роль урогенитальной инфекции в развитии этой патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мельник А.Н. Цитоморфологическая диагностика опухолей. — Киев: Здоров'я, 2012. — С. 259—263.
2. Нечаева И.Д. Опухоли яичников. — Л., 1987. — 120с.
3. Петрова А.С. Цитологическая диагностика опухолей и предопухолевых процессов. — М., 2010. — 304 с.

4. Огороков, А.О. Роль воспалительных процессов малого таза в формировании кистозных образований яичников [Текст] / А.О. Огороков, И.А. Петров, Ю.А. Кадесникова и др. // Сб. научных тр. межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2008. – С. 88-92.
5. Петров, И.А. Морфогенез рецидивирующих кист яичников [Текст] / И.А. Петров, О.А. Тихоновская, М.С. Петрова и др. // Морфология. – №3, Том 133. – 2008. – С. 87-88.
6. Gia-Khanh Nguyen, Tilde S. Kline, Igaku Shom. Essentials of aspiration biopsy cytology. – New York; Tokyo, 2011. – P.184.
7. Koss L.G. Aspiration biopsy: cytologic interpretation and histologic bases. – New York, 2010. – P. 5–9.

УДК: 618.175.-055.23

СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ГОРМОНОВ С СОСТОЯНИЕМ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ДИСМЕННОРЕЕ У ДЕВУШЕК С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Зухритдинов М.Н., Якубова О.А., Косимова Н.Ж., Китьян С.А.
(АнДМИ)

Проведено изучение взаимосвязи изменения уровня гормонов с состоянием вегетативной нервной системы при ювенильной дисменорее у 53 девушек с дисменореей, из них 37 имели признаки ДСТ (1 группа), 16 не имели критериев ДСТ (2 группа), 20 девушек с нормальным менструальным циклом (контрольная группа). У 79,8% девушек, имевших проявления ДСТ при всех степенях тяжести ювенильной дисменореи отмечается превалирование признаков симпатического влияния вегетативной нервной системы, стероидный профиль характеризовался гипопрогестеронемией на фоне нормального содержания эстрадиола.

Ключевые слова: дисменорея, вегетативная нервная система, симпатическое влияние, гормональный фон

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА ДИСПЛАЗИЯСИ БОР ҚИЗЛАРДА ОҒРИҚЛИ ХАЙЗДАГИ ВЕГЕТАТИВ АСАБ ТИЗИМИНИНГ ГОРМОНАЛ ҲОЛАТГА БОҒЛИҚЛИГИ

53 та оғриқли хайзи бор қизлардаги вегетатив асаб тизими ҳолати гормонлар миқдори билан боғлиги ўрганилди, улардан 37 тасида бириктирувчи тўқиманинг дисплазияси критериялари аниқланган (1 гуруҳ), 16 тасида критериялар йўқ эди (2 гуруҳ), 20 та қиз нормал хайзли қизлар бўлган. 79,8% қизларда вегетатив асаб тизимида симпатик таъсирининг устунлиги аниқланган, стероид профилида эстрадиолнинг нормал миқдорида гипопрогестеронемия бўлган.

Калит сўзлари: дисменорея, вегетатив асаб тизими, симпатик таъсир, гормонал фон

COMMUNICATION OF CHANGE OF LEVEL OF HORMONES WITH THE CONDITION OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM AT JUVENIL DISMENOREE AT GIRLS WITH DISPLAZIEY THE CONNECTING FABRIC

The study of the relationship changes in hormone levels with the state of the autonomic nervous system in juvenile dysmenorrhea in 53 women with dysmenorrhea was conducted, of them, 37 showed signs of DST (group 1), 16 had no criteria DST (group 2), and 20 women were with normal menstrual cycle (control group). In 79.8% of girls who had symptoms of DST for all degrees of severity of juvenile dysmenorrhea noted the prevalence of signs with sympathetic influence of the autonomic nervous system, the steroid profile was characterized by hyper-poprogesteronemiy on the background of normal estradiol.

Key words: dismenoreya, vegetative nervous system, sympathetic influence, gipoprogesteronemie.

Дисменорея – самое частое гинекологическое страдание у женщин независимо от возраста или национальности. Проблема дисменореи в настоящее время приобрела особую значимость в связи с распространенностью, как медицинской, так и социальной значимостью. Частота дисменореи у женщин в возрасте 14–44 лет составляет 43–90%, из них – 10% нетрудоспособны от нескольких часов до 1–4 дней [2]. Длительный болевой симптом может повлечь за собой серьезные нарушения здоровья женщины в виде расстройств центральной нервной системы и развития психопатологических состояний, вплоть до астении и депрессии, а также глубоких дисгормональных нарушений [3]. В последнее время появились данные о причислении дисплазии соединительной ткани (ДСТ) к факторам риска развития первичной дисменореи у девушек [1].

Цель исследования - изучить взаимосвязи изменения уровня гормонов с состоянием вегетативной нервной системы при ювенильной дисменорее у девушек с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования: Изучение состояния вегетативной нервной системы