

ISSN 2091-5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



JURNALI

**NAZARIY
VA
KLINIK
TIBBIYOT**

2 2016

ЖУРНАЛ

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
и КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

ХИРУРГИЯ

Нишанов Ф.Н., Абдуллажонов Б.Р., Бозоров Н.Э., Салиев Г.З., Низамидинов Д.Р. Хирургическая тактика при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Азизов М.Ж., Алимов А.П., Камалов З.С. Динамика состояния иммунитета на фоне остеотропной терапии препаратами бифосфонатами при эндопротезировании коленного сустава

Кадыров С.С. Хирургическое лечение врожденного вывиха бедра у детей и подростков

Салиев М.М., Кадыров С.С., Холов З.С., Жабборбергенов А.Д., Равшанов Ш.Н. Хирургическое лечение идиопатического сколиоза у подростков

Шотурсунов Ш.Ш., Саттаров А.Р., Ахмедов Ш.Ч., Кобилев А.О., Рахматов А.М., Саидов С.С. Наш опыт применения веноспондилографии в диагностике гемангиом тел позвонков при выполнении пункционной вертебропластики

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Муминова З.А., Саиджалилова Д.Д. Особенности течения беременности и родов у женщин, перенесших острые респираторные инфекции

Шукуров Ф.И. Эндокринные расстройства у женщин с бесплодием, обусловленным доброкачественными структурными изменениями яичников

СТОМАТОЛОГИЯ

Гаффаров С.А., Олимов С.Ш., Ахмадалиев Н.Н. Взаимосвязь между аномалиями зубочелюстной системы и соматических заболеваний у детей

Муртазаев С.С., Дусмухамедов М.З. Антропометрические параметры зубных рядов по Bolton у представителей узбекской популяции

Назаров О.Ж. Возможности применения дентального компьютерного томографа в практике ортопедической стоматологии

ПСИХИАТРИЯ

Ешимбетова С.З., Чембаев Б.Р. Особенности динамики шизофрении у больных, совершивших тяжкие общественно опасные действия

НЕВРОЛОГИЯ

Халимова Х.М., Маммуродов Р.Ж. Экстрапирамидал касалликларда S100B оксил микдорининг характера боғлиқ бўлмаган белгилар билан ўзаро боғлиқлиги

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

Порсохонова Д.Ф., Набиев Т.А., Алимов Б.Д., Росстальная М.Л., Халидова Х.Р. Основные вопросы диагностики и лечения клинических форм папилломавирусной инфекции гениталий

SURGERY

50 Nishanov F.N., Abdullajonov B.R., Bozorov N.E., Saliyev G.Z., Nizamiddinov D.R. Surgical tactics under postoperative recidivist ventral hernias

TRAUMATOLOGY

55 Azizov M.J., Alimov A.P., Kamalov Z.S. Dynamics immunity state on the background of osteotropic therapy with bisphosphonate in endoprosthesis of the knee joint

59 Kadyrov S.S. Surgerycongenital dislocation of the hip in children and adolescents

62 Saliyev M.M., SS Kadyrov, Holov Z.S., Zhabborbergenov A.D., Ravshanov Sh.N. Surgical treatment of adolescents idiopathic scoliosis

64 Shotursunov Sh.Sh., Sattarov A.R., Akhmedov Sh. Ch., Kobilov A.O., Rakhmatov A.M., Saidov S.S. Our experience venospondylography in diagnostic vertebral hemangiomas the percutaneous vertebroplasty

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

68 Muminova Z.A., Saidjalilova D.D. Pregnancy and labor in women with acute respiratory infections

71 Shukarov F.I. Endocrine disorders in women with infertility due to benign structural changes of the ovaries

STOMATOLOGY

74 Gaffarov S.A., Olimov S.Sh., Akhmadaliev N.N. The relationship between the anomalies of dental system and somatic diseases in children

78 Murtazaev S.S., Dusmuhamedov M.Z. Anthropometric parameters dentition in Bolton among representatives of Uzbek population

81 Nazarov O.Zh. Possible applications of the dental CT in the practice of Prosthetic Dentistry

PSYCHIATRY

85 Eshimbetova S.Z., Chembayev B.R. Features of the dynamics of schizophrenia in patients who have committed serious socially dangerous acts

NEUROLOGY

91 Khalimova Kh.M., Mammurodov R.J. Relationship non-motor manifestations and levels protein S100B at extrapyramidal disorders

CONTAGIOUS DISEASES

94 Porsohonova D.F., Nabiyev T.A., Alimov B.D., Rosstalnaya M.L., Khalidova H.R. The main issues of diagnosis and treatment of clinical forms of genital human papillomavirus infection

УДК: 618.177-006.2.04

ЭНДОКРИННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Шукуров Ф.И.

Ташкентская медицинская академия

ХУЛОСА

Тухумдонлардаги структур ўзгаришлар билан боғлиқ бепуит 280 нафар аёл кузатувимизда бўлди. Беморларнинг эндокрин статуси УТТ, гормонал, биохимик текширувларни қўллаган ҳолда ўрганиб чиқилди.

Калит сўзлар: тухумдонлар, гормонал статус, бепуитлик, фолликуляр киста, тухумдонлар поликистози синдроми.

На долю доброкачественных структурных изменений яичников в структуре всех опухолей яичников приходится 30%. По разным данным, частота опухолей яичников за последние 10 лет увеличилась с 6-11 до 19-25% от числа всех опухолей половых органов [1,3,5]. Доброкачественные структурные патологии яичников не обладают способностью к пролиферации и образуются в результате задержки или избыточного накопления жидкости в префолликулярных полостях [2]. В практическом отношении из опухолевидных образований яичников наибольшее значение имеют фолликулярные кисты (83%), кисты желтого тела (5%), эндометриозные (10%), паровариальные (10%). В связи с этим изучение влияния инфекционного агента и, как следствие, воспаления, на гормональный фон женщин с доброкачественными структурными изменениями яичников является актуальной проблемой [2,4,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение фоновой патологии, изменений эндокринного статуса в сочетании с воспалением и связи этих заболеваний с доброкачественными структурными патологиями яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе 9-го акушерского комплекса г. Ташкента обследованы 160 пациенток с доброкачественными структурными патологиями яичников в возрасте от 18 до 44 лет. Длительность основного заболевания – от 2-х месяцев до 2-х лет. Диагноз подтверждали на основании результатов гинекологического осмотра, УЗИ органов малого таза (трансвагинальным 7,5 мГц и трансабдоминальным 5 мГц датчиками). Протокол обследования включал также исследование половых гормонов по фазам менструального цикла, ИФА-диагностику урогенитальных инфекций (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*), бактериологические посевы из цервикального канала.

На основании проведенного обследования у 70 (43,75%) были диагностированы фолликулярные

SUMMARY

Under supervision there were 280 women with infertility due to a benign structural abnormalities of the ovaries. With the help of ultrasonic, hormonal, biochemical and immune-enzyme analysis, the study of hormonal status in patients with benign ovarian structural abnormalities.

Key words: ovaries, endocrine status, infertility, follicular cyst, a polycystic ovary syndrome.

кисты, у 90 (56,25%) – поликистозные яичники. Определяли исходный фон гонадотропных гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактин), стероидных гормонов (эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА) на 5-8-й и 16-25-й дни менструального цикла. Уровень гормонов определяли у 160 женщин (1-я гр.) в образцах крови методом РИА в радиоиммунной лаборатории МЗ РСНПМЦ эндокринологии РУз. Для определения гормонов в сыворотке крови человека методом иммунорадиометрического анализа использовали наборы реагентов иммунологической тест системы (Immunotech, RIA DHEA sulfate, Чехия). Консервативное лечение, которое назначали в зависимости от результатов микробиологического исследования, включало антибиотикотерапию, антимикотические препараты, гепатопротекторы, энзимотерапию и пробиотики. Курс лечения – от 14 до 20 дней. Контроль излеченности проводился через 2 месяца.

При повторном обращении после лечения у 64 пациенток (1-я гр.) определяли половые гормоны методом РИА, а также проводили ИФА-диагностику перечисленных возбудителей и бактериологические посевы. После курса лечения всем женщинам выполняли УЗИ малого таза. С целью контроля овуляции рекомендовали измерение базальной температуры и проведение тестов на овуляцию. Результаты клинических и лабораторных исследований выражали в размерности Международной системы единиц и выделяли в базу данных. Статистическая обработка результатов исследований выполнена с применением программы Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При осмотре у пациенток диагностирована следующая фоновая воспалительная патология: хронический сальпингоофорит с формированием гидросальпинксов, подострый сальпингоофорит, хронический цервицит, эрозия шейки матки, вульвовагинит, дисбиоз влагалища. У 27 (37,5%) пациенток имело место сочетание подострого сальпингоофорита с цервицитом, у 32 (50%) с кольпитом, 18 (28,1%) с

дисбиозом влагалища, у 3 (4,6%) пациенток диагностированы двусторонние гидросальпинксы, у 12 (18,75%) пациенток подострый сальпингоофорит. Различные изменения менструального цикла (увеличение или/и уменьшение продолжительности, интервала, количества теряемой крови) зафиксированы у 41,5% женщин со всеми видами кист. Продолжительность менструального цикла у больных 1-й группы составила $36,11 \pm 3,21$ дня, время менструации – $5,54 \pm 0,411$ дня. При изучении анамнеза нарушение менструальной функции было выявлено у 87 (92,51%) пациенток, в том числе аменорея у 2 (2,29%), олигоменорея – 37 (42,52%), опсоменорея – 4 (4,59%), дисменорея – у 17 (19,54%), гиперменорея – у 23 (26,43%), меноррагии – у 4 (4,59%). После проведенной терапии продолжительность менструального цикла у больных 1-й группы составила $30,47 \pm 2,71$ дня, продолжительность менструальных выделений – $5,21 \pm 0,56$ дня.

Болевой синдром присутствовал у 78 (84,8%) женщин с кистами. При фолликулярных кистах боль была преимущественно тянущего ноющего характера и локализовалась внизу живота. Боль одинаково часто иррадиировала в нижние конечности, пах, прямую кишку и боковую область живота, поясницу. Болевой синдром у 1/2 женщин появлялся без связи с какими-либо факторами, а наиболее распространенными провоцирующими факторами появления болей были физическая нагрузка (10-30%), переохлаждение (5-20%). Диспареунию отмечала 21 (23,5%) пациентка.

Нарушение репродуктивной функции в виде первичного и вторичного бесплодия имело место соответственно у 23 (24,46%) и 12 (12,76%) пациенток. С помощью тестов на овуляцию мы наблюдали восстановление овуляторных циклов у 18 (28,12%) из них. Маточная беременность диагностирована после лечения в 1-й группе у 34 (21,25%) женщин с бесплодием более 2-х лет. При ультразвуковом исследовании учитывались размеры образования, форма, характер содержимого, толщина оболочки, наличие пристеночного компонента, в некоторых случаях с подключением доплера изучалось состояние кровотока, в зависимости от фазы менструального цикла проводилась оценка фолликулярного аппарата яичника, выявлялось присутствие доминантного фолликула до и после лечения.

Размеры образований варьировали от $23 \times 24 \times 24$ до $77 \times 57 \times 57$ мм. Двусторонние опухолевые процессы имели место у 6 женщин. У 44 (15,71%) пациенток после курса лечения ранее диагностированные кистозные образования не выявлялись. Такие результаты получены у женщин с кистами желтого тела и фолликулярными кистами.

Результаты анализа уровня стероидных и гонадотропных гормонов показал, что уровень пролактина в сыворотке крови при кистах яичников до и после лечения достоверно не различался. Уровень тестостерона отличался от исходного ($0,98$ нМоль/л) в 1-й группе 1, во 2-ой группе до $0,1$ нМоль/л, повысился в фолликулиновую фазу но не превысил нор-

му. Можно предположить, что повышение уровня тестостерона связано с повреждением тека-ткани яичника в процессе воспаления и уменьшением объема гранулезной ткани яичника. В результате в яичнике появляется большое количество атретических и премордиальных фолликулов, и гормональный синтез смещается в сторону с преобладанием прогестерона и андрогенов яичникового генеза. Имели место единичные случаи повышения уровней эстрадиола по сравнению с нормой. В 1-й группе уровень эстрадиола в фолликулиновую фазу составил $0,27$ нМоль/л, а в группе 1 $0,24$ нМоль/л. У пациенток 2-й группы с повышением уровня прогестерона в фолликулиновую фазу до $3,7$ нМоль/л выявлены кисты желтого тела и нарушения менструального цикла по типу меноррагий. Это объясняется тем, что уровень прогестерона повышается в фолликулиновую фазу менструального цикла. В последующем, в лютеиновую фазу менструального цикла у пациенток 1-й группы происходило снижение уровня прогестерона до $20,6$ нМоль/л. Таким образом, возникает гормональная дисфункция, в результате которой формируется чередование ановляторных циклов, что приводит к формированию бесплодия.

Содержание дигидроэпиандростендинона (ДГЭА) у больных 1-й и 2-й групп не имело достоверных различий. Содержание этого гормона возросло до 241 ($171,6-382$) мкг/100 мл, что, возможно, связано с активацией работы коры надпочечников в связи с воспалительными процессами гениталий и инфицированием. Из полученных данных видно, что у больных 1-й и 2-й групп имело место снижение содержания ФСГ в фолликулиновую фазу менструального цикла до $4,62$ ($3,15-6,3$) мМЕ/мл и увеличение уровня ЛГ до $7,4$ ($4,55-12,9$) мМЕ/мл, соответственно происходило изменения в соотношении ЛГ/ФСГ. В 1-й группе этот показатель превышал норму ($2,75$).

После лечения наблюдалось уменьшение данного соотношения в фолликулиновую ($p \leq 0,0005$) и лютеиновую фазы ($p \geq 0,0009$). Соотношение ЛГ/ФСГ косвенно свидетельствует о том, что доброкачественные структурные патологии яичников развиваются на фоне нарушений соотношения ЛГ/ФСГ и что в яичниках с доброкачественными кистозными образованиями имеют место такие опухолевидные процессы как поликистоз. Клинически у наблюдаемых больных имело место нарушение фолликулогенеза и, как следствие, овуляции. Для полноценного фолликулогенеза и овуляции необходимо четко определенное соотношение гонадотропинов (ЛГ/ФСГ) в условиях нормального менструального цикла, не превышающее $2,5$. Увеличенное соотношение ЛГ/ФСГ способствует неадекватной стимуляции яичников, следствием которой является нарушение стероидогенеза в них. Эти нарушения занимают важное место в патогенезе структурных изменений яичника, в частности поликистоза, определяют степень выраженности клинических проявлений, а поэтому на них следует обратить особое внимание.

После проведенного лечения и нормализации соотношения ЛГ/ФСГ мы наблюдали восстановление менструального цикла у 25 (38,75%) женщин. На УЗИ и по тестам функциональной диагностики, тест-системам на овуляцию овуляция произошла у 18 (28,12%) пациенток. Анализ результатов микробиологических и молекулярно-генетических исследований (метод ПЦР) показал, что хламидийная инфекция имела место у 15 (16,30%) пациенток, микоплазменная – у 7 (7,60%), уреоплазменная – у 39 (42,39%). При повторных исследованиях ПЦР на хламидии ДНК последняя не выявлена ни у одной из пациенток, получивших лечение. Уреоплазменная инфекция повторно обнаружена у 5 (7,81%) женщин 1-й группы. Полученные результаты подтверждают, что инфицирование условно-патогенными и патогенными микроорганизмами имеет место у большинства женщин, лишь у 11,80% патогенной и условно-патогенной микрофлоры в посевах не обнаружено.

После проведенного лечения результаты бактериологических посевов были неоднозначными, поэтому необходимо дальнейшее углубленное изучение.

Таким образом, доброкачественные структурные патологии яичников в большинстве случаев возникают на фоне воспалительных процессов гениталий в сочетании с генитальными инфекциями и повышенной обсемененностью условно-патогенной микрофлорой. Хронический воспалительный процесс оказывает стимулирующее влияние на гипоталамо-гипофизарную систему, что приводит к активности периферических эндокринных желез яичников, надпочечников. Следовательно, при доброкачественных структурных патологиях яичников имеет место эндокринный дисбаланс. Повышение уровня прогестерона в фолликулиновую фазу менструального цикла может служить маркером-предиктором воспалительного процесса ранней диагностики воспалительных процессов в сочетании с доброкачественными структурными патологиями яичников.

ВЫВОДЫ:

1. Нарушение соотношения ЛГ/ФСГ свидетельствует о том, что при доброкачественных структурных патологиях яичников имеет место нарушение функции яичников, приводящее к ановуляции, которая, в свою очередь, является основной причиной расстройств менструального цикла и бесплодия. Изменение соотношения гонадотропинов ЛГ/ФСГ после проведенного лечения может служить одним из критериев его эффективности.

2. Противовоспалительное лечение, включающее антипротозойную, антибактериальную, ферментативную терапию инфекций, передаваемых половым путем, дает эффект при лечении фоновой воспалительной патологии гениталий и нарушений менструального цикла. Это способствует восстановлению менструального цикла и репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровина С.О. Этиология, патогенез и профилактика кист яичников: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Ростов н/Д, 2010. – 47 с.
2. Кулага О.К., Демидчик Ю.Е. Роль воспаления в формировании эндокринных расстройств в акушерстве и гинекологии // Репродуктивное здоровье: Тез. 9-го съезда акушеров, гинекологов и неонатологов Республики Беларусь «Инновации в акушерстве, гинекологии и неонатологии» // Репрод. здоровье. Восточная Европа. – 2012. – №5. – С. 121-124.
3. Кулаков В.И., Гатаулина Р.Г., Сухих Г.Т. Изменения репродуктивной системы и их коррекция у женщин с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников. – М.: Триада-Х, 2008. – С. 70-106.
4. Панькова М.В. Роль специфической и неспецифической урогенитальной инфекции в развитии ургентной негнойной патологии яичника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2010. – 37 с.
5. Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Трофименко А.С., Зборовская И.А. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте: современные воззрения на патогенез и клинические проявления // Пробл. жен. здоровья. – 2013. – Т. 8, №2. – С. 74-80.
6. Савельева Г. М. и др. Опухоли и опухолевидные образования яичников и их клинические проявления // Междунар. мед. журн. – 2010. – №7. – С. 65-71.
7. Соболева Е.Л. Состояние углеводного обмена при синдроме поликистозных яичников // Пробл. эндокринол. – 2012. – Т. 58, №5. – С. 41-45.
8. Morin-Papunen L.C. et al. Chlamydia antibodies and self-reported symptoms of oligomenorrhea and hirsutism: A new etiologic factor in polycystic ovary syndrome? // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 94. – P. 1799-804.