

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;<br>249 (87,1%) больных;                                                                              |
| 2. | Нарушение менструального цикла<br>с менархе                        | 91(35%) по типу гипоолигоменореи;<br>44 (15,4%) - по вторичной аменорее;                                           |
| 3. | Гирсутизм                                                          | 17,28±0,95;<br>189 (66,1%) больных;                                                                                |
| 3. | Ожирение по висцеральному типу                                     | ИМТ -28,39±0,67;<br>179(62,5%) больных                                                                             |
| 4. | Индекс ЛГ/ФСГ                                                      | 3,2±0,6МЕ/л                                                                                                        |
| 5. | Ультразвуковая характеристика яичников                             | 239 (83,5%) больных -<br>увеличение размеров яичников, пери-<br>ферическое расположение фоллику-<br>лярных кист    |
| 6. | Лапаротомические и видео-лапароскопические<br>особенности яичников | 174 (60,8%) больных -<br>плотные, серо-белесоватого цвета, от-<br>сутствие сосудистого рисунка на по-<br>верхности |
| 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-аменорея-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.

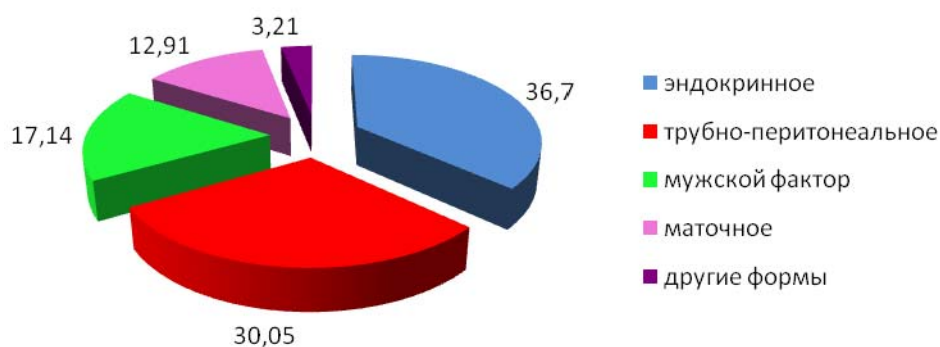


Рис 2. Структура основных форм бесплодия в браке по МКБ-10 (n=1278)

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 четвёртое 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.Хочимуродова**

Дар таркиби сабабҳои издивоҷи 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 боҳамоии (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](mailto: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

**Актуальность проблемы.** Пубертатный период – период полового созревания является основой в формировании репродуктивной функции девочек. Существует многообразие факторов, влияющих и определяющих особенности течения периода полового созревания. По данным Е.А.Богдановой, частота нарушений периода полового созревания составляет 15-18% [1].

Одной из проблем детской гинекологической науки является своевременная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников в пубертатном периоде. Исследования, проведённые в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) позволили установить, что частота опухолевидных образований яичников у девочек и у девушек составляет 37% [1]. Аналогичные данные приводятся и в других научных исследованиях. По данным авторов [3,6,8] за последнее десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты опухолей и опухолевидных образований яичников, что существенно отражается на частоте нарушений репродуктивной функции. Среди доброкачественных новообразований яичников на долю опухолевидных образований яичников приходится 30,9-45,6% [4,7].

Изучение структуры опухолевидных образований яичников позволили установить, что 70,9% занимают кисты яичников [2,5]. При этом частота фолликулярных кист составляет 85-90%, кист жёлтого тела 2-5%, текалютеиновых кист 1-2% [2,5].

По данным Богдановой Е.А., изучение клинических проявлений опухолей и опухолевидных образований яичников у детей выявило бессимптомное течение у 19,6% девочек, нарушение менструальной функции – у 30% девочек. Из них у 12% девочек отмечались нерегулярные менструации, у 23% девочек – аменорея [1].

Исследования клинических особенностей течения опухолевидных образований яичников позволили установить наличие фолликулярных и геморрагических кист яичников у девочек, высокую частоту осложнений: перекрута и разрыва яичника. Частота перекрута опухолевидных образований яичников, вызывающих клинику “острого живота”, составляет 15% [1].

**Цель исследования:** изучение частоты встречаемости, клинических проявлений различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку.

**Материалы и методы исследования.** Исходя из поставленной цели, было обследовано 177 девочек в периоде полового созревания. В основную группу были включены 41 (23,2%) девочка с различными опухолевидными образованиями яичников. Учитывая, что в последние годы синдром поликистозных яичников (СПКЯ) выделен в отдельную нозологическую единицу (по МКБ 10 – E.28.2), девочки, с клинко-диагностическими проявлениями синдрома поликистозных яичников (n=20), условно были отнесены к опухолевидным образованиям яичников. В настоящей работе СПКЯ выделен как патологический процесс яичников.

Сравнительную группу составили 136 (76,8%) девочек с физиологическим течением периода полового созревания. Обследование девочек включало изучение анамнеза девочек, жалоб, определение гемодинамических, антропометрических показателей, измерение наружных размеров таза, выраженности вторичных половых признаков и становления менструального цикла, а также проведение УЗИ органов малого таза и исследование гормонов в сыворотке крови. Полученные результаты подвергались статистической обработке по компьютерной программе “Statgraph”, предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчёта средних значений.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования было установлено, что частота опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания составляет 23,2%, что предполагает их наличие у каждой четвёртой обследуемой девочки.