

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК: 618.3-053.7-(575.1)

ДЖУРАЕВА Дилфуза Лутпуллаевна

РЕПРОДУКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В
СОВРЕМЕННОЙ ПОПУЛЯЦИИ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

14.00.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2010

Работа выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент
ХОДЖАЕВА Азиза Сагдуллаевна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
АЮПОВА Фарида Мирзаевна

доктор медицинских наук
АЛИЕВА Дилфуза Абдуллаевна

Ведущая организация: Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Защита состоится «_____» _____ 2010 г в _____ часов на заседании Специализированного совета Д.087.01.03. при Ташкентской медицинской академии (100048, Ташкент ул. Пахлавана Махмуда, 103)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской медицинской академии

Автореферат разослан «___» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
Специализированного совета
д.м.н., профессор

Г. А. ИСМАИЛОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Проблема репродуктивного здоровья девочек и их репродуктивного потенциала как будущих матерей привлекает пристальное внимание научных исследователей, поскольку наряду с медицинской значимостью все больше приобретает социальное значение. Негативные тенденции в медико-демографической ситуации (рост заболеваемости населения, экологические стрессы) настоятельно диктуют уделить особое внимание репродуктивному здоровью подрастающего поколения (Аюпова Ф. М., 1997; Уварова Е. В., 2003; Иргашева С. У., 2009).

Гинекологическая заболеваемость среди девочек-подростков заслуживает особого внимания. Возросла частота нарушений становления репродуктивной системы и отклонений в психосоматическом здоровье подростков. Соматическая патология нередко является пусковым моментом в развитии нарушений менструального цикла различной степени тяжести (Lukanova M., 2004; Иргашева С. У., 2009).

Вместе с тем общеизвестен факт прямой зависимости здоровья детей от состояния здоровья родителей. Однако, имеющие единичные исследования генных и средовых факторов, указывающие на очевидную наследственную отягощенность репродуктивных патологических состояний, также не нашли должного отражения у исследователей. В доступной литературе, особенно применительно к современной популяции девочек-подростков нашего региона подобные сведения крайне ограничены, что определило предмет наших исследований.

Степень изученности проблемы. Исследования последних лет с внедрением методов доказательной медицины позволили выявить некоторые тенденции в формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков, где отчетливо прослеживаются разнонаправленные изменения полового созревания (Кокolina В. Ф., 2001; Брюно Де Линвер, 2003).

Становление репродуктивной системы представляет собой сложный и длительный процесс развития, начинающийся в раннем перинатальном периоде и завершающийся достижением параметров взрослого организма в конце пубертатного периода. Течение полового созревания зависит как от соматического, так и от психо-эмоциональных изменений, сопровождающих этот возрастной этап (Баранов А. А. и Щеплягина Л. А., 2000; Пасман Н. М. и др., 2003; Иргашева С.У., 2009).

Не изучены особенности причинно-следственных взаимоотношений формирующихся репродуктивных нарушений;

- неоднозначно мнения относительно гормональных и иммунных взаимоотношений в генезе репродуктивных нарушений у девочек-подростков;
- недостаточно освещены проблемы доклинической диагностики;
- отсутствуют данные о наследственной предрасположенности к ним;
- отсутствует единая концепция ведения данного контингента больных

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научно-иссле-

довательской работы ТашИУВ (№ Гос. регистрации 01040010).

Цель исследования: изучение особенностей репродуктивных нарушений в современной популяции девочек-подростков, определение критериев ранней диагностики и мониторинга эффективности лечения.

Задачи исследования:

1. Провести скрининговое обследование девочек-подростков с целью выявления факторов риска развития у них репродуктивных нарушений.

2. Определить диагностическую ценность дерматоглифики в развитии репродуктивных нарушений.

3. Определить хронологические особенности репродуктивных нарушений в современной популяции девочек-подростков.

4. Разработать схемы и режимы медикаментозной коррекции репродуктивных нарушений у девочек-подростков.

Объект и предмет исследования. Объектом для исследования послужили результаты профосмотров в учебных заведениях города Ташкента и Ташкентской области полученные при скрининговом осмотре 1500 девочек подростков из них 109 девочек-подростков с репродуктивными нарушениями прошли полное клинико-лабораторное обследование. Предметом исследования служили кровь и отпечатки пальцев пробандов и их матерей.

Методы исследования. Клинико-анамнестические, ультразвуковые, рентгенологические, гормональные, дерматоглифические и статистические исследования.

Основные положения выносимые на защиту:

1. Для современной популяции девочек – подростков характерна высокая частота (31,6%) репродуктивных нарушений в результате разносистемных экстрагенитальных и генитальных заболеваний.

2. Дерматоглифический показатель является генетическим маркером репродуктивных нарушений, критерием ранней их диагностики и прогнозирования.

3. Применение модифицированной схемы лечения пациенток с репродуктивными нарушениями в периоде полового созревания обеспечивает успешное лечение в 74% случаев.

Научная новизна:

1. Уточнена частота репродуктивных нарушений при скрининговом обследовании девочек- подростков.

2. Изучена роль соматического статуса и клинических проявлений репродуктивных расстройств у девочек-подростков.

3. Определена роль наследственности в генезе репродуктивных нарушений с помощью дерматоглифических тестов.

4. Впервые разработана и внедрена модифицированная схема лечения девочек-подростков с репродуктивными нарушениями.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Полученные результаты исследований позволили выявить высокую частоту репродуктивных нарушений (31,6%) у девочек-подростков современ-

ной популяции в городе Ташкенте и Ташкентской области.

Выделенные группы риска дали возможность проведения лечебно – профилактических мероприятий, направленных на своевременную коррекцию нарушений, усилению врачебной настороженности на реализацию генетически «запрограммированных» факторов риска.

Разработка генетического маркера (дерматоглифический показатель) способствовала доклинической диагностике и прогнозированию репродуктивных нарушений у девочек-подростков.

Определение клинко-патогенетических закономерностей появления и развития репродуктивных нарушений у девочек-подростков позволило дифференцированно выбрать индивидуальную схему обследования и модифицированную схему лечения, что облегчило успешное лечение в 74% случаев. Результаты проведенных лечебных мероприятий являются подтверждением целесообразности активного ведения девочек – подростков с репродуктивными нарушениями с использованием современных лекарственных технологий.

Реализация результатов. Полученные результаты внедрены в практику детских гинекологов Городского медицинского детского консультативно-диагностического центра (ГМДКДЦ). Основные положения диссертации внесены в программу последипломного обучения на кафедре Акушерства, гинекологии с курсом детской гинекологии ТашИУВ.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на конференции «Актуальные проблемы последипломной подготовки врачей и новые горизонты медицины» (Ташкент, 2007), 15 Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2008), конференции Молодые ученые - практическому здравоохранению (Ташкент, 2008).

Работа была обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом детской гинекологии ТашИУВ (Ташкент, 2008), межкафедральном заседании кафедр акушерства и гинекологии (Ташкент, 2009), научном семинаре при специализированном Совете ТМА (Ташкент, 2009).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, в зарубежной печати – два тезиса (г. Москва) и две статьи (г. Москва и г. Воронеж), выпущены 5 методические рекомендации.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Работа изложена на 120 страницах, содержит 12 таблиц и 8 рисунков.

Библиографический указатель включает 136 отечественных и 111 зарубежных источников.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материал и методы исследования. Для выявления различных репродуктивных нарушений у современной популяции девочек-подростков нами

были обследованы девушки с репродуктивными нарушениями в ходе профилактических осмотров (1500 девочек-подростков в возрасте от 10 до 19 лет, за период 2006-2008 г.г.) в школах и колледжах города Ташкента и Ташкентской области, а также, обратившиеся за специализированной медицинской помощью в ГМДКДЦ (городской медицинский детский консультативно-диагностический центр). Нами было выявлено 474 девочек-подростков с различными репродуктивными нарушениями, из них 109 пациенток прошли полное клинико-лабораторное обследование.

Возраст больных девочек-подростков колебался от 10 до 19 лет, в среднем составив $14,1 \pm 0,8$ года, что было обусловлено преобладанием в этой группе обследованных девочек-подростков.

Отбор больных проводился по мере уточнения клинического диагноза в результате детального клинико-генеалогического и лабораторного исследования пациенток. Критериями для включения в настоящее исследование служили девочки-подростки в возрасте 10-19 лет, имевшие:

- задержку физического развития;
- задержку полового развития;
- нарушения менструальной функции в виде: альгодисменореи, гипоменструального синдрома, ювенильных кровотечений, первичной и вторичной аменореи, предменструального синдрома;
- отягощенность перинатального, соматического, эндокринного, наследственного и гинекологических анамнезов;
- возможность комплексного обследования с акцентом на изучение наследственности в генезе репродуктивных нарушений у девочек – подростков.

В процессе обследования выявлено, что пациентки с репродуктивными нарушениями составили 31,6% больных, обратившиеся к смежным специалистам (эндокринолог, терапевт, подростковый врач) и специалисту-ювенологу.

Исключены из исследования пациентки с новообразованиями гипофиза, яичников, матки; врожденными пороками развития гениталий и дисгенезией гонад.

1 группу - составили 36 (33,3%) девочек с нарушенным половым развитием, но с сохранением нормальной менструальной функции;

2 группу – 42 (38,5%) девочки с нарушением менструального цикла на фоне нормального полового развития;

3 группу – 31 (28,4%) девочка с нарушением менструальной функции в сочетании с неправильным половым развитием.

Контрольную группу составили 20 девочек-подростков без репродуктивных нарушений.

Все данные вносились в специально разработанные скрининг-анкеты, которые заполнялись у всех больных.

Объективная оценка полового развития проводилась по распространен-

ной методике Tanner J. Выраженность половых признаков оценивалась по половой формуле, характеризующей его развитие – Ma Pb Ax Me.

Ma – молочные железы; Pb – оволосение на лобке; Ax – оволосение подмышечной области; Me – возраст наступления менархе.

Особенности гинекологического статуса изучались в динамике с целью уточнения клинического диагноза и контроля эффективности корригирующей терапии. Параллельно косвенно определяли выраженность эстрогенных влияний путем оценки тестов функциональной диагностики.

Лабораторно-инструментальные методы исследования.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось специалистами по функциональной диагностике (Кулангиева С. С., Салямова Д. Ж.) на базе Городского медицинского детского консультативно-диагностического центра г. Ташкента с помощью аппарата SIM 5000 Plus, относящихся к системам контактного сканирования и работающих в реальном масштабе времени, с трансабдоминальными датчиками частотой 3,5 и 5,0 МГц.

В качестве контроля использовали нормативные показатели функциональной диагностики для девочек-подростков (Лукманова Ю. Д., 2005).

Изучение гормонального профиля с определением содержания гонадотропных (ФСГ, ЛГ) и стероидных (эстрадиол, прогестерон, тестостерон) гормонов в плазме периферической крови в динамике проводился сотрудниками лечебно-диагностического центра «Сихат ва фарогат» при помощи радиоиммунологических методов исследования (зав. лабораторией Учкина Е. Р.). Забор крови для исследования концентрации гормонов производился путем пунктирования локтевой вены с 9.00 до 11.00 утра на 5 -7 дни менструального цикла.

Рентгенологическое исследование. Рентгенография кисти – для определения биологического возраста; краниография – рентгенография костей черепа с прицельным исследованием турецкого седла.

Исследования проводились в Городском детском консультативно-диагностическом центре (врач-рентгенолог Кузьмина В. Ф.)

Дерматоглифическое исследование.

Кожный рисунок нами изучался параллельно у пробанда и её матери по отпечатку ладони, полученному с помощью типографской краски.

Исследование проводилось в медгенетическом кабинете Городского детского консультативно-диагностического центра (зав. медгенетического кабинета Мирсаатова М.Б.) по методике Cammins и Midlo, включившей определение суммарного гребневого счета на фалангах и ладонях, процентного соотношения каждого из видов пальцевых узоров, измерение осевого трирадиусного узла АТД, а также вычисление дактилоскопических индексов интенсивности, выражающих соотношение между различными типами пальцевых узоров:

Индекс Фарахата = (завитки / петли) × 100

Индекс Полла = (дуги / петли) × 100

По мере необходимости пациентки были консультированы смежными специалистами: эндокринологом, генетиком, гематологом, педиатром, невропатологом, окулистом.

Коррекция выявленных нарушений проводилась с учетом гормональной активности яичников в сопоставлении с гонадотропной активностью гипоталамо-гипофизарной системы.

Кроме того, учитывая деликатность возраста, гормонофобию родителей и затем уже и подростков, их недисциплинированность в соблюдении режима лечения, мы сочли оправданным назначение обследованному контингенту больных препарат фитотерапии, обладающий гормоноподобным (эстроген-подобным) эффектом – Климадион (Германия) в комплексе с противовоспалительными, общеукрепляющими, иммуномодулирующими лекарственными средствами. Методом установления эффективности лечения явилось сопоставления клиники (субъективных) и инструментально – лабораторных (объективных) данных в динамике наблюдения.

Результаты собственных исследований.

Детально изучены в сравнительном аспекте 109 девочек-подростков и в качестве «контроля» клиничко-анамнестические и лабораторные данные девочек-подростков, не страдающих репродуктивными нарушениями.

Частота репродуктивных нарушений по результатам собственных исследований составила 31,6%

Сохраненная менструальная функция на фоне нарушенного полового созревания наблюдалась у 36 (33,3%) пациенток (1 группа), нарушение менструальной функции на фоне нормального полового созревания имели 42 (38,5%) пациентки (2 группа), двойное отягощение отмечено у 31 (28,4%) пациенток (3 группа).

Сравнительная характеристика нарушений менструальной функции обследованных больных показало, что своевременное начало регулярного цикла (12,5-13 лет) отмечалось у 33 (80,6%) пациенток 1 группы, на становление менструальной функции потребовалось около 6 месяцев у 24 (66,7%), лишь у 12 (33,3%) наблюдалось более позднее становление.

Для пациенток с выраженными нарушениями менструального цикла (2 и 3 сравниваемые группы) характерно более раннее у 32 (76%) или позднее – у 10 (24%) менархе на фоне длительного становления менструального цикла – у 13 (30,9%). Для пациенток 2 группы характерна высокая частота неустановившегося менструального цикла у 29 (69%), сопровождающаяся выраженным болевым синдромом - у 28 (66,7%). Также для 35 (83,4%) пациенток с выраженными нарушениями менструальной функции характерна тенденция к формированию вторичной аменореи и олигоопсоменореи.

Средний возраст менархе составил $14,7 \pm 0,8$ лет. У 26 (23,8%) пациенток наблюдалась первичная аменорея, у 21 (19,2%) пациенток – вторичная аменорея, ювенильные кровотечения – у 3 (7,1%), тенденция к формированию гипоменструального синдрома отмечались у 23 (21%) пациенток. Указанные

выше нарушения репродуктивной системы развивались на фоне гиперандрогении у 9 (20,1%), предменструального синдрома – у 45 (42%), которые преобладали у пациенток 2 и 3 групп сравнения.

Следовательно, результаты анализа становления менструальной функции у девочек – подростков показали более длительный период формирования реципрокных взаимоотношений в ГГЯС при развитии репродуктивной патологии. При этом не всегда менструальный цикл оставался регулярным.

Ввиду неосведомленности девочек-подростков, а также невнимательности родителей, с трудом удавалось установить начало появления нарушения менструального цикла, выявить этиологические факторы. Вместе с тем, детально проведенный анамнестический опрос (карта-опросник), позволил выявить следующее: отягощенный преморбидный фон (ЭГЗ) - 88%, отягощенная наследственность - 87%, отягощенный перинатальный анамнез - 27%, стрессы - 24,7%, энтеробиоз и различные паразитарные заболевания – 64,2%. Каждая третья пациентка указывала на эмоциональные перенапряжения и перенесенные стрессы. Были указания на такие причины как аппендэктомия у 4 (9,5%), тонзилэктомия - у 8 (19,0%), операции на придатках матки - у 3 (7,1%) выполненные в пубертате.

В контрольной группе половое развитие соответствовало от Ma0 Pb0 Ax0 Me0 до Ma3 Pb3 Ax3 Me12-13 в зависимости от возрастной принадлежности, причем хронологическая последовательность вторичных половых признаков была сохранена.

Изучение вторичных половых признаков в серии наших исследований показало следующее. В первой группе пациенток имело место незначительное отставание Pb от Ma (10%) и опережение Ax на 6-8-10 месяцев по отношению к Pb (в норме Ax появляется через 1-2 года после Pb) Телархе отставало от Pb на 6-8 месяцев. Выявленные отклонения в формуле полового развития у пациенток 1 группы отразились на хронологии формирования их вторичных половых признаков, где имелась тенденция к её незначительному десинхронозу, следствием чего явилось нарушение полового созревания на фоне сохраненной менструальной функции.

Более выраженными указанные отклонения оказались у пациенток 2 группы, где имелась явная негативная тенденция к десинхронозу и приведшая к нарушению менструального цикла у них. Значительный десинхроноз и нарушение хронологической последовательности в развитии вторичных половых признаков имелся у пациенток 3 группы, где отсутствие Ma0 могло сочетаться с Pb 3, следствием чего явилось двойное отягощение: нарушение полового созревания и нарушение менструального цикла.

Морфотипобиологическая оценка пациентов показала, что вариант нормального морфотипа в 28% случаев, евнухоидит – 3%, дефицит эстрогенов – 31%, преобладание эстрогенов – 4%, дисбаланс андрогенов/эстрогенов (нормальный рост, короткие ноги, то есть аномальный вариант нормоэстрогении) – 12%, снижение эстрогенов на фоне относительной гиперандрогении –

20,1%.

Таким образом, полученные нами данные о половом созревании пациенток подтвердили имеющееся в литературе мнение о том, что функционирование женского организма сопряжено с филогенетически обусловленным механизмом воздействия половых стероидных гормонов (Уварова Е. В., 2003).

Особо следует остановиться на наследственной отягощенности, поскольку имеющиеся репродуктивные нарушения матери сказались на потомстве в каждом третьем случае. Семейный анамнез оказался отягощенным: нейро-эндокринные заболевания в 32,9 % случаев, онкологические заболевания 3% случаев, нарушения репродуктивной функции у матерей, сестер (1 линии родства) - 78% случаев. В генеалогии встречались обменно-эндокринные заболевания: сахарный диабет в 3,6%, заболевания щитовидной железы – в 16,5%, ожирение - в 12,8% случаях. Отягощение наследственности гипертонической болезнью родителей отметили 8,2% девочек-подростков, туберкулез - 0,9%. При анализе менструальной функции у 31% матерей наблюдались более продолжительные и обильные менструации с менархе, ювенильные кровотечения с задержкой до 3-4 месяцев. Миомэктомию перенесли 11 (10%) матерей, кистэктомию – 28 (25,6%). Различные виды гормонотерапии принимали 33 (30,2%) матерей, патология молочной железы – наблюдалась у 16 (14,6%) матерей.

Анализ репродуктивного анамнеза свидетельствовал о его сохранении, однако сопровождался высокой частотой разнообразных нарушений менструальной функции.

Изучение соматического анамнеза показало, что у подавляющего большинства больных девочек-подростков с репродуктивными нарушениями были обнаружены разнообразные экстрагенитальные заболевания, причем многие из них в стадии хронизации.

Представленные в таблице 1 данные указывают на особенности преморбидного фона. В первую очередь обращает на себя внимание высокая частота хронических заболеваний ЖКТ: у 41 (61,2%) и энтеробиозы – у 43 (64,2%), заболеваниями верхних дыхательных путей – у 28 (41,8%) (в том числе риносинуситы, хронические тонзиллиты с сезонными обострениями), страдала каждая четвертая пациентка. Указанные ЭГЗ протекали на фоне анемии различной степени выраженности у 37 (55,2%) пациентки. Нарушения в щитовидной железе – у 32 (47,8%) и патология мочевыделительной системы (циститы, пиелонефриты) – у 29 (43,3%) пациентки.

Продолжая сравнительное изучение данных мы выявили высокую отягощенность гинекологического статуса воспалительными заболеваниями гениталий: вульвовагиниты у 84 (77%), хронические аднекситы у 24 (22%), дисфункция яичников у 33 (30,2%), киста яичника у 7 (6,4%), синехии у 8 (7,3%) больных.

Наибольшее отягощение гинекологического статуса наблюдалось у пациенток 2 и 3 группы, с взаимоотягощением особенно у пациенток 3 группы.

Таблица 1
Особенности соматического здоровья девочек-подростков с репродуктивными нарушениями

Нозология	1 группа (n=36)		2 группа (n=42)		3 группа (n=31)		Всего (n=109)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Заболевания органов пищеварения (ЖКТ, ГБК)	12	33,3±7,9	16	38,1±7,5	13	41,9±8,9	41	61,2±4,7
Хр. тонзиллит	9	25,0±7,2	11	26,2±6,8	8	25,8±7,9	28	41,8±4,7
Заболевания обмена веществ: ожирение	4	11,1±5,2	3	7,1±4,0	9	29,0±8,2	16	23,9±4,1
ЖДА	8	22,2±6,9	17	40,5±7,6	12	38,7±8,7	37	55,2±4,8
ИМТ	10	27,8±7,5	9	21,4±6,3	10	32,3±7,4	29	43,3±4,7
ДУЩЖ	11	30,6±7,7	10	23,8±6,6	11	35,5±8,6	32	47,8±4,8
Заболевания ОДА (сколиоз, нарушения осанки и др)	14	38,9±8,1	6	14,3±5,4	14	45,2±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 ВСД	3	8,3±4,6	18	42,9±7,6***	7	22,6±7,5	28	41,8±4,7

Примечание: * - достоверно по сравнению с данными 1 группы (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001);

Таким образом, проведенный сравнительный анализ клинико-анамнестических данных у девочек-подростков с репродуктивными нарушениями свидетельствует о наличии множественных системных изменений, которые в совокупности с возрастными особенностями спровоцировали гормональные нарушения, способствующие репродуктивным нарушениям у обследованных нами больных.

Для определения роли наследственности в генезе репродуктивных нарушений у девочек – подростков нами был проведен дерматоглифический анализ. Для дерматоглифов пробандов были характерно увеличение процента завитков по сравнению с контрольной группой, увеличение тотального гребневого ладонного счета при уменьшении гребневого пальцевого счета и суммы трирадиусных углов. Вместе с тем при индивидуальном анализе дерматоглификограмм обращал на себя внимание почти неизменный рисунок кожных узоров у матерей с реализованной репродуктивной функцией, в то время как описанные изменения были характерны для пробандов с репродуктивными нарушениями. Также обнаружены дактилоскопические особенности у пациенток и их матерей в виде дополнительного осевого трирадиуса и рисунка на гипотенаре (табл. 2).

Таким образом, параллельное дерматоглифическое исследование у пробандов 1 группы и их матерей выявило сходство кожного рисунка ладоней с контролем. Дерматоглифический анализ у пробандов 2 и 3 групп показал тенденцию к увеличению общего гребневого счета при склонности к уменьшению трирадиусного угла. Доля этих же групп пробандов было характерно появление дополнительных осевых трирадиусов.

Необходимо отметить, что дерматоглифические показатели сопоставлялись с тестами функциональной диагностики (монофазная базальная температура) и данными РИАГ (гипоэстрогения, относительная гиперандрогения).

При обследовании по тестам функциональной диагностики у всех пациенток была выявлена ановуляция.

Согласно проведенным на 5-7 дни менструального цикла исследованиям гонадотропных и стероидных гормонов в плазме крови в первой группе пациенток, где отмечался регулярный менструальный цикл продолжительностью 28-30 дней, концентрация эстрадиола была в пределах нормы (в норме эстрадиол - $297 \pm 5,9$ пмоль/л). Среди девочек составивших 2 группу наибольшее количество отмечались гипоменструальный цикл ($n=17$) 40,5% и вторичная аменорея ($n=18$) 42,9%, ювенильные кровотечения наблюдались у 3 пациенток. Уровень ЛГ не отличался от аналогичного в контроле, при этом содержания эстрадиола у пациенток второй группы колебались в среднем $105 \pm 25,6$ пмоль/л, что было достоверно ниже его контрольных значений ($P < 0,001$).

У 22 (70,9%) пациенток 3 группы наблюдалась первичная аменорея, у 3 (9,7%) вторичная аменорея и у 6 (19,4%) девочек гипоменструальный цикл. Средние значения ФСГ составили $8,1 \pm 1,49$ МЕ/л, ЛГ – $9,2 \pm 1,02$ МЕ/л. При

Таблица 2

Дерматоглифические показатели девочки-подростков с репродуктивными нарушениями

Показатель	Контрольная (n=20)		1 группа (n=36)		2 группа (n=42)		3 группа (n=31)	
	пробанд	мать	пробанд	мать	пробанд	мать	пробанд	мать
Дуги, %	8,0±0,23	8,2±0,20	11,6±0,31 ^В	10,2±0,25 ^В	6,4±0,15 ^{ВД}	6,0±0,21 ^{ВД}	4,3±0,2 ^{ВЕЖ}	5,8±0,19 ^{ВД}
Петли, %	61,0±1,42	59,0±1,65	48,0±1,32 ^В	49,0±1,20 ^В	42,0±1,20 ^В	44,0±1,21 ^В	38,0±0,69 ^В	39,0±1,05 ^В
Завитки, %	26,0±0,80	25,0±0,82	29,0±0,68 ^В	28,0±0,67 ^В	30,0±0,92 ^В	28,0±0,70 ^В	31,0±0,92 ^В	29,0±0,85 ^В
Гребневой ладонный счет	142±3,81	138±3,51	145±4,0	140±3,6	148±2,9	146±4,7	152±4,2	151±3,6 ^а
Гребневой пальцевой счет	174±3,04	173±4,30	135±3,4 ^В	136±3,4 ^В	131±3,4 ^В	130±3,6 ^В	128±3,2 ^В	130±3,2 ^В
Индекс Фарахаха, %	80,0±2,31	78,0±2,03	84,0±1,90	85,0±2,16 ^а	88,0±2,19 ^а	87,1±2,29 ^б	89,0±2,34 ^б	87,0±2,67 ^а
Индекс Пола, %	19,0±0,52	18,0±0,54	15,0±0,43 ^В	14,0±0,38 ^В	13,0±0,30 ^В	12,0±0,27 ^В	11,0±0,29 ^В	12,0±0,30 ^В
Сумма углов АД	89,0±2,09	88,0±2,19	85,0±1,89	84,0±2,01	81,0±2,22 ^а	80,0±1,76 ^б	78,0±2,01 ^В	80,0±2,12 ^а
Дополнительные осевые трирадиусы, %	3,0±0,10	3,0±0,13	6,0±0,21 ^В	6,0±0,18 ^В	8,0±0,23 ^В	6,0±0,20 ^В	9,0±0,24 ^{ВГ}	6,0±0,19 ^В
Рисунок на тыльной стороне, %	35,5±0,72	34,0±0,77	24,0±0,58 ^В	25,0±0,66 ^В	25,0±0,67 ^В	23,0±0,63 ^В	27,0±0,73 ^В	28,0±0,77 ^В
Рисунок на тыльной стороне, %	11,9±0,29	11,9±0,35	22,0±0,51 ^В	21,0±0,62 ^В	27,0±0,72 ^В	24,0±0,66 ^В	29,0±0,74 ^В	28,0±0,72 ^В

Примечание: ^{а,б,в} - достоверно по сравнению с данными контрольной группы (^а - P<0,05, ^б - P<0,01, ^в - P<0,001); ^{г,д,е} - по сравнению с данными 1 группы (^г - P<0,05, ^д - P<0,01, ^е - P<0,001); ^ж - по сравнению с данными 3 группы (^ж - P<0,05)

рассмотрении значений в зависимости от типа аменореи выявлено, что у 8 девушек имела место гипергонадотропная аменорея, значения ФСГ составили $10,5 \pm 0,49$ МЕ/л, ЛГ – $11,1 \pm 0,56$ МЕ/л, что достоверно выше чем в 1 и 2 группах, а также в контроле ($P < 0,01$). У остальных 14 девочек-подростков уровень гормонов составили ФСГ – $6,1 \pm 0,58$ МЕ/л, а ЛГ – $6,2 \pm 0,48$ МЕ/л, что достоверно не отличалось от контрольных значений. Данная аменорея трактовалась нами как нормогонадотропная. Уровень эстрадиола были достоверно ниже у пациенток всех трех групп по отношению к контролю ($P < 0,001$).

Согласно полученным результатам сравнительного анализа гормонов и дерматоглифического показателя в 1 группе девочек-подростков отмечалась относительная нормоэстрогения, что дерматоглифически проявлялось «женским» типом узоров и соответственно высоким индексом Полла. Клинические признаки в данной группе больных проявлялись сохраненной менструальной функцией на фоне нарушенного полового развития. Во 2 и 3 группах обследованных больных, где наблюдались более выраженные клинические проявления репродуктивных нарушений в виде, как изолированного нарушения менструальной функции, так и её сочетания с задержкой полового развития, имели место более выраженные нарушения как гормональных, так и дерматоглифических данных. Так, дисгормоноз наблюдался у больных в виде выраженной гипоэстрогении с признаками относительной гиперандрогении дерматоглифически проявился «мужским» типом и соответственно высоким индексом Фарахата.

Проведенный корреляционный анализ гормональных и дерматоглифических данных показал высокую корреляционную зависимость лабораторных и клинических проявлений у пациенток сравниваемых групп.

Таким образом, анализ сопоставления результатов гормональных и дерматоглифических данных показали тождественность их клиническим проявлениям в виде вышеописанной репродуктивной патологии у пациенток сравниваемых групп, что послужило основанием для нас отнести дерматоглифические показатели к альтернативным диагностическим критериям оценки репродуктивного здоровья девочек-подростков, позволяющим провести их доклиническую диагностику, прогнозирование и профилактику нарушений репродуктивного здоровья девочек-подростков

Необходимо отметить факт взаимного сочетания экстрагенитальных заболеваний у одной пациентки с элементом взаимоотношения, следствием чего явились развившиеся в дальнейшем гормональные нарушения.

Дальнейшее сопоставление клинико-anamnestических данных соматического и гинекологического здоровья показало его отягощение различными гинекологическими заболеваниями, где высокая частота гинекологических заболеваний воспалительного генеза (вульвовагиниты, аднекситы, синехии) наблюдалась у пациенток всех сравниваемых групп, что не могло не сказаться на формировании репродуктивного здоровья девочек-подростков в дальнейшем.

Длительное становление характера и ритма менструального цикла наблюдалось у пациенток 3 группы по сравнению с таковыми 1 и 2 групп.

Анализ детального изучения вторичных признаков полового созревания в сравниваемых группах выявил десинхроноз и нарушение хронологической последовательности их появления и развития. Особо выраженными указанные изменения наблюдались у пациенток 3 группы (двойное отягощение). По-видимому, отягощенный преморбидный фон явился триггером для развития указанных нарушений у обследованных нами больных. Поскольку десинхроноз и нарушение последовательности развития вторичных половых признаков заняли определенный (более или менее продолжительный) промежуток времени до появления нарушений менструальной функции и проявились у каждой второй-третьей пациентки, их можно считать прогностическими критериями оценки репродуктивного здоровья девочки-подростка и отнести к достоверным факторам риска возникновения и развития репродуктивных нарушений у девочек-подростков.

Дальнейший сравнительный анализ наследственности по 1 линии родства показал её отягощение у всех обследованных пациенток, как с изолированными, так и с сочетанными репродуктивными нарушениями. Разница состояла лишь в степени отягощения, которую мы определяли при помощи генетического маркера - дерматоглифического показателя. Данный показатель изучался параллельно у пробандов и их матерей, что повышало его информативность и диагностическое значение в плане доклинического выявления репродуктивной патологии.

У пациенток всех групп сравнения имелась негативная тенденция к развитию репродуктивных нарушений, выражающаяся в различных отклонениях от контрольных значений женского фенотипа. Так, если у пациенток с изолированными репродуктивными нарушениями (1 и 2 группа) имелись некоторые отклонения в виде увеличения гребневого счёта, уменьшения трирадиуса и индекса Полла, то у пациенток 3-й группы (двойное сочетание) первые два показателя были значительно деформированы, что привело к повышению индекса Фарахата.

Следовательно, выявленные нами генеалогические особенности обследованных девочек-подростков позволяют провести доклиническую диагностику репродуктивных нарушений, поскольку имеют характерные особенности и могут считаться достоверными факторами риска репродуктивных нарушений. Вместе с тем, реализация их зависит от множества причин (социально-бытовых и прочих).

Сравнительный анализ клинико-патогенетических особенностей развития репродуктивных нарушений показал, что у современной популяции девочек-подростков фактором риска явилось преобладание достоверных факторов риска (воспалительные заболевания гениталий, десинхроноз и нарушение хронологической последовательности развития вторичных половых признаков, отягощенная наследственность) над относительными (заболевания

желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы и др. экстрагенитальные заболевания).

Вместе с тем нами отмечен факт отсутствия реализации генетически запрограммированных сигналов на репродуктивные нарушения при своевременной (ранней) коррекции факторов риска их возникновения (лечение соматических и гинекологических патологий, качество жизни).

Таким образом, проведенный сравнительный анализ клинико-патогенетических и лабораторных данных выявил не только факторы риска развития репродуктивных нарушений у девочек-подростков, но и свидетельствует об их патогенетической значимости.

С целью повышения эффективности лечения девочек-подростков с репродуктивными нарушениями нами проведена ретроспективная оценка клинического эффекта различных (рутинных) методов лечения (табл. 3)

Таблица 3

Ретроспективная оценка лечения пациенток с репродуктивными нарушениями

Терапия	К-во больных	Положительный эффект		Отсутствие эффекта		Отрицательный эффект	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%
Витаминотерапия	19	6	31,6±10,7	5	26,3±10,1	8	42,1±11,3
Антианемическое лечение	17	6	35,3±11,6	4	23,5±10,3	7	41,2±11,9
Гормонотерапия (регивидон)	22	9	40,9±10,5	4	18,2±8,2	9	40,9±10,5

Под «положительным» эффектом подразумевалось нормализация (появление) менструальной функции, остановка ювенильного кровотечения, появление вторичных половых признаков, синхронизация их развития. Под «отрицательным» эффектом было обозначено возобновление ювенильного кровотечения, прогрессирующая анемизация (тромбоцитопения), возможное присоединение других жалоб. Следует отметить, что относительно высокая частота «отсутствия» и «отрицательного» эффектов связана с несколькими объективными и субъективными причинами. Во-первых, подростковый возраст не располагает к дисциплинированному приему лекарственных препаратов. Усугубляет ситуацию нарушение режима лечения, беспокойность прибавкой веса, гормонофобией родителей. Логическим следствием этого, а также в силу филогенетической незрелости ГГЯС у девочек-подростков, неустановившихся реципрокных взаимоотношений, некорректного подбора препаратов чаще наблюдаются «отрицательный» и «отсутствие» эффекта от терапии

Вместе с тем, согласно представленным в таблице данным ретроспективного анализа лечения в прошлом гормонотерапия обладает преимуществами перед рутинными методами лечения.

Наряду с «положительным» эффектом, наблюдались аллергии, тошнота, прибавка веса, которые повышали удельный вес «отрицательного» эффекта и становились причиной отказа от приема гормональных препаратов. У каждой третьей – четвертой пациентки «положительный» эффект был кратковременным, рецидив (особенно ювенильные кровотечения, дисменорея) наблюдался через 6-8 месяцев. В большинстве случаев не назначалась комплексная терапия.

Таким образом, вышеперечисленные методы лечения не способствовали стойкой нормализации репродуктивных нарушений, в результате чего все обратившиеся к нам пациентки имели выраженные клинические проявления патологии репродуктивной системы.

С целью оптимизации тактики ведения девочек-подростков с репродуктивными нарушениями нами был применен фитопрепарат Климадинон в сочетании с комплексным лечением. Терапевтическая эффективность Климадинона очевидна у пациенток с изолированными репродуктивными нарушениями (80,5%, 78,6% соответственно по 1 и 2 группам), в 3 группе с двойным отягощением - эффективность лечения ниже (61,0%).

Снижение эффективности при лечении Климадиноном у пациенток 3 группы нами нивелировано более длительным его назначением в течении 4-6 месяцев, что дало нормализацию репродуктивных нарушений в 61% случаев. Обоснованием к длительному фитолечению послужило отсутствие жалоб и побочных эффектов у пациенток (отсутствие тошноты, прибавки веса, аллергий), а также легкая переносимость препарата.

Сравнение результатов лечения Климадиноном у пациенток трех групп с разными репродуктивными нарушениями свидетельствует о сходном его влиянии на состояние репродуктивной системы: появлялась синхронизация в развитии вторичных половых признаков, улучшались эхографические параметры матки и придатков, исчезали признаки воспалительного процесса гениталий, нормализовался гормональный профиль (тесты функциональной диагностики, радиоиммунный анализ гормонов).

Принимая во внимание высокую частоту разносистемных нарушений, способствующих развитию репродуктивных нарушений у девочек – подростков, в комплекс лечебных мероприятий входили лекарственные средства, улучшающие функциональное состояние вовлеченных в патологический процесс органов и систем: общеукрепляющие, противовоспалительные, антианемические и другие препараты.

Обращает на себя внимание более быстрое наступление лечебного эффекта у больных 1-2 групп (2-3 месяца), в то время, как у пациенток с двойным отягощением (3 группа) лечение шло более замедленными темпами (4-6 месяцев).

Таким образом, нами доказана высокая эффективность лечения репродуктивных нарушений у девочек-подростков с использованием препарата Климадинон (74%), что является основанием его включения в схему лечения данного контингента больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. Современная популяция девочек-подростков характеризуется высокой частотой репродуктивных нарушений 31,6%, факторами риска развития которых являются воспалительные заболевания гениталий (77%) и отягощенный преморбидный фон: обменно-эндокринные нарушения (72%), заболевания органов пищеварения (61,2%), хронический тонзиллит (41,8%).

2. Дерматоглифический показатель является генетическим маркером, позволяющий выявить характерные отклонения кожного рисунка при репродуктивных нарушениях у девочек-подростков, провести раннюю их диагностику, подтверждая тем самым семейную предрасположенность к нарушениям репродуктивного здоровья.

3. Десинхроноз (46,9%) и дисхроноз (60,6%) вторичных половых признаков в период полового созревания являются предвестниками репродуктивных нарушений у девочек-подростков в дальнейшем.

4. Модифицированная схема лечения девочек-подростков с репродуктивными нарушениями позволил оптимизировать тактику их ведения и способствовать успешному лечению в 74% случаях.

Практические рекомендации:

1. Девочки-подростки с отягощенной репродуктивной наследственностью относятся к группе высокого риска развития репродуктивных нарушений и нуждаются в возможно более раннем (до менархе) обследовании с целью ранней (доклинической) диагностики патологического процесса и своевременной медикаментозной коррекции его.

2. Группу высокого риска составляют родственницы по 1 линии родства (матери), отягощение соматического здоровья экстрагенитальными заболеваниями органов пищеварения (61,2%), обменно-эндокринные нарушения (72%), хронический тонзиллит (41,8%) и гинекологические заболевания воспалительного генеза (77%).

3. Рекомендуем в комплекс обследования девочек-подростков с репродуктивными нарушениями изучение дерматоглифического показателя – генетического маркера доклинической диагностики и прогнозирования нарушений репродуктивного здоровья девочек-подростков.

4. При выявлении у девочек-подростков репродуктивных нарушений корректирующее лечение должно быть комплексным и осуществляться с учетом выраженности репродуктивных нарушений, способствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. Целесообразно использовать схему лечения включающую параллельное назначение противовоспалительных

тельной, общеукрепляющей (циклическая витаминотерапия), антианемической (препараты железа) и фитотерапии.

5. Длительность фитотерапии препаратом Климадинон (3 месяца по 1 таблетке 2 раза в день) пропорционально зависит от выраженности репродуктивных нарушений у девочек-подростков и эффективность её определяется длительностью режимов приема препарата, а также возрастом пациентки.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Стандарты диагностики причин репродуктивных нарушений у девочек-подростков // Конференция «Актуальные проблемы последипломной подготовки врачей и новые горизонты медицины» посвященная 75-летию Ташкентского института усовершенствования врачей. – Ташкент, 2007. – С. 110-111.

2. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Медикаментозная коррекция гипогонадизма у девочек-подростков // Конференция «Актуальные проблемы последипломной подготовки врачей и новые горизонты медицины» посвященная 75-летию Ташкентского института усовершенствования врачей. – Ташкент, 2007. – С. 132-133

3. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Факторы риска развития репродуктивных нарушений у современной популяции девочек-подростков // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2007. - №3. – С. 99-100.

4. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Принципы организации лечебной и профилактической работы в гинекологии детского возраста: Методические рекомендации. – 2007. – 22 с.

5. Джураева Д. Л. Предикторы репродуктивных нарушений в современной популяции девочек-подростков // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – Ташкент, 2008. - №1. – С. 20-22.

6. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Значение преморбидного фона в генезе репродуктивных нарушений у девочек-подростков // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2008. - №3. – С. 114-115.

7. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Роль генетических факторов в развитии репродуктивных нарушений у девочек-подростков // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2008. - №3. – С. 116-117.

8. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Репродуктивные нарушения в пубертатном периоде: стандарты диагностики: Сб.: XV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». - М., 2008. – С. 478

9. Джураева Д. Л. Перспективы в лечении предменструального синдрома у девочек-подростков: Сб.: XV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». - М., 2008. - С. 479

10. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Репродуктивные расстройства у девочек в возрастном аспекте // Конференция «Молодые ученые - практическому здравоохранению» Тез. докл. - 2008. - С. 43-44.

11. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Значение дерматоглифики в клинической практике детского гинеколога // Конференция «Молодые ученые - практическому здравоохранению» Тез. докл. - 2008. - С. 13-14.
12. Ходжаева А. С., Муминова Н. Х., Джураева Д. Л. Вирильный синдром у девочек: Методические рекомендации. – 2008. – 19 с.
13. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Воспалительные заболевания половых органов у девочек – вульвовагиниты: Методические рекомендации. – 2008. – 24 с.
14. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Особенности состояния здоровья девочек-подростков с задержкой полового созревания // Новости дерматологии и репродуктивного здоровья. – Ташкент, 2009. - №2. – С. 57.
15. Джураева Д. Л. Дерматоглифические исследования как генетический маркер репродуктивных нарушений у девочек-подростков // Врач-аспирант. – Воронеж, 2009. – Выпуск 7(34). – С. 557-562.
16. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Факторы риска развития репродуктивных нарушений в популяции современных девочек-подростков Узбекистана // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – Москва, 2009. - №4. – С. 56-60.
17. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Обследование и лечение девочек-подростков с нарушенным половым развитием: Методические рекомендации. – 2009. – 28 с.
18. Ходжаева А. С., Джураева Д. Л. Обследование и лечение девочек-подростков с гинекологическими заболеваниями воспалительного генеза: Методические рекомендации. – 2009. – 24 с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Дилфуза Лутпуллаевна Джураеванинг 14.00.01 – Акушерлик ва гинекология ихтисослиги бўйича «Ўсмир қизлар замонавий популяциясида репродуктив бузилишлари» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: ўсмир қизлар, репродуктив бузилишлар, дерматоглифик кўрсаткич, жинсий ривожланиш.

Тадқиқот объектлари: турли даражадаги репродуктив бузилишлар билан 109 та ўсмир қиз.

Ишнинг мақсади: ўсмир қизлар замонавий популяциясида репродуктив бузилишлар хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот методлари: жинсий ривожланишни объектив баҳолаш, ультратовуш, рентгенологик, дерматоглифик текширувлар.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: ўсмир қизларни скрининг текширувида репродуктив бузилишларнинг учраш тезлиги аниқлаштирилди. Ўсмир қизларда репродуктив бузилишларнинг клиник кўринишлари ва соматик статус роли ўрганилди. Дерматоглифик тестлар ёрдамида репродуктив бузилишларнинг ривожланишида ирсиятнинг роли белгиланди. Илк бор турли репродуктив ўзгаришлар билан ўсмир қизларни юритиш тактикаси улар генезига мос равишда ишлаб чиқилди ва татбиқ этилди.

Амалий аҳамияти: хавф гуруҳларини ажратилиши репродуктив ўзгаришларни ўз вақтида коррекциялаш, шифокорларни ирсий «дастурланган» хавф омилларига нисбатан огоҳлигини оширишга қаратилган давопрофилактик тадбирлар ўтказиш имконини берди. Ирсий маркер (дерматоглифик кўрсаткич)ни ишлаб чиқилиши ўсмир қизларда репродуктив ўзгаришларни клиникагача ташхислашни таъминлади. Ўсмир қизларда репродуктив ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ва ривожланишининг клиник-патогенетик қонуниятларини аниқлаш текширув ва даволашнинг индивидуал схемасини алоҳида танлаш имконини берди, бу эса 74,0% ҳолатда даволаш муваффақиятини таъминлади ва рецидивлар кузатилмади.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: олинган натижалар шаҳар болалар маслаҳат-ташхисот маркази ювенологлари амалиётига татбиқ этилган. Диссертациянинг асосий ҳолатлари ТошВМОИ акушерлик-гинекология ва болалар гинекологияси кафедраси дипломдан кейинги ўқитиш дастурига киритилган.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: болалар гинекологияси.

РЕЗЮМЕ

диссертации Джураевой Дилфузы Лутпуллаевны на тему: «Репродуктивные нарушения в современной популяции девочек-подростков» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 - Акушерство и гинекологии

Ключевые слова: девочки-подростки, репродуктивные нарушения, дерматоглифический показатель, половое развитие.

Объекты исследования: 109 девочек-подростков с репродуктивными нарушениями различной степени.

Цель работы: изучение особенностей репродуктивных нарушений в современной популяции девочек-подростков, определение критериев ранней диагностики и мониторинга эффективности лечения.

Методы исследования: объективная оценка полового развития, ультразвуковые, рентгенологические, дерматоглифические исследования.

Полученные результаты и их новизна: Уточнена частота репродуктивных нарушений при скрининговом обследовании девочек-подростков. Изучена роль соматического статуса и клинических проявлений репродуктивных расстройств у девочек-подростков. Определена роль наследственности в генезе репродуктивных нарушений с помощью дерматоглифических тестов. Разработана и внедрена схема ведения девочек-подростков с различными репродуктивными нарушениями в зависимости от их генеза.

Практическая значимость: Выделенные группы риска дали возможность проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на своевременную коррекцию нарушений, усилению врачебной настороженности на реализацию генетически «запрограммированных» факторов риска. Разработка генетического маркера (дерматоглифический показатель) способствовала доклинической диагностике и прогнозированию репродуктивных нарушений у девочек-подростков. Определение клинико-патогенетических закономерностей появления и развития репродуктивных нарушений у девочек-подростков позволило дифференцированно выбрать индивидуальную схему обследования и лечения, что облегчило успешное лечение в 74% случаев и отсутствие рецидивов.

Степень внедрения и экономическая эффективность: полученные результаты внедрены в практику ювенологов Городского детского консультативно-диагностического центра. Основные положения диссертации внесены в программу последипломного обучения на кафедре Акушерства, гинекологии и детской гинекологии Таш ИУВ.

Область применения: детская гинекология

RESUME

Thesis of Dzhuraeva Dilfuza Lutpullaevna on the scientific degree competition of the candidate of medical sciences on specialty 14.00.01 - Obstetrics and gynecology, subject: «Reproductive infringements in modern population of girls-teenagers»

Key words: girls-teenagers, reproductive infringements, dermatoglyphics indicator, sexual development.

Subjects of research: 109 girls-teenagers with reproductive infringements of the various degree.

Purpose of work: studying of features of reproductive infringements in modern population of girls-teenagers.

Methods of research: an objective estimation of sexual development, ultrasonic, radiological, dermatoglyphics researches.

The results obtained and their novelty: frequency of reproductive infringements is specified at screening inspection of girls-teenagers at the age of 10-19 years. The role of the somatic status and clinical displays of reproductive frustration at girls-teenagers is studied. The heredity role in genesis reproductive infringements with the help dermatoglyphics tests is defined. For the first time the algorithm of tactics of conducting girls-teenagers with various reproductive infringements depending on them генеза is developed and introduced.

Practical value: The allocated groups of risk have given the chance carrying out of the medical and preventive actions directed on timely correction of infringements, to strengthening medical with watchfulness on realization genetically programmed risk factors. Working out of a genetic marker (dermatoglyphics indicator) promoted to pre-clinical diagnostics and forecasting of reproductive infringements at girls-teenagers. Definition of clinical pathogenetic laws of occurrence and development of reproductive infringements in girls-teenagers has allowed differentially choose the individual scheme of inspection and treatment. Algorithm of medical tactics that has facilitated successful treatment in 74% of cases and absence of relapses.

Degree of embed and economic effectivity: the received results are introduced in practice juvenility gynecology the City children's advisory diagnostic centre. Dissertation substantive provisions are brought in the program afterdiploms education on department of Obstetrics, gynecology and children's gynecology of Tashkent institute of advanced medical studies.

Field of application: children's gynecology

Соискатель _____