

УДК 618.3 008.6 07

ТИЛЛАШАЙХОВА М.Х., МУХАМЕДХАНОВА Ш.Т., ЮЛДАШЕВА Д.С., ИЩЕНКО И.В., АХМЕДОВА Д.Р.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан

## РОЛЬ ВИРУСНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ИСТОЩЕННЫХ ЯИЧНИКОВ

**Резюме.** Результаты оценки бактериоскопии мазка показали, что у женщин с гормональными нарушениями микоплазменная инфекция обнаруживается в 5,7 % случаев. У женщин с воспалительными процессами частота выявления микоплазменной инфекции увеличивается до 47,3 %. У женщин с перитубарным спаечным процессом и гнойно-септическими осложнениями *U. urealyticum* и *M. hominis* обнаружены в 78 % случаев, гонорея — у одной пациентки, у трех — хламидиоз и у пяти больных — трихомониаз.

**Ключевые слова:** синдром истощения яичников, микоплазменная инфекция.

### Введение

Синдром истощения яичников (СИЯ) — это клинический синдром, типичным проявлением которого выступает стабильная или эпизодическая гипергонадотропная аменорея у женщин моложе 40 лет [3, 5, 7].

СИЯ характеризуется интенсивной массовой атрезией фолликулов, представляя собой спонтанно появляющийся комплекс симптомов климакса (вторичная аменорея, бесплодие, потливость, приливы жара к голове и верхней половине туловища, сердцебиение и другие признаки).

Существует множество разноречивых мнений о сущности этого заболевания: некоторые авторы считают, что при этом происходит первичное поражение яичников (Мальцева Л.И., 2010), другие же полагают, что первично поражаются центральные структуры репродуктивной функции (Бутарева Л.Б., Шахова М.А., 2010). Наконец, есть мнение, исключающее одновременное поражение всех структур репродуктивной системы (Жахур Н.А., Марченко Л.А., 2010).

Несмотря на большое количество опубликованных работ по проблеме синдрома истощения яичников, по-прежнему дискуссионным остается вопрос диагностики и выбора тактики корректирующего лечения данной патологии.

Из-за отсутствия патогномичных признаков ранняя диагностика синдрома истощения яичников представляет для клиницистов значительные трудности. В связи с этим в литературе последних лет он имеет различные названия. Многие авторы рассматривают СИЯ в подростковом периоде как недостаточность менструального цикла, дисменорею, аменорею, половой инфантилизм, в фертильном же возрасте — как гипоменструальный синдром, а в более старшем возрасте этот синдром именуют «ранний климакс», «преждевременная менопауза», «преждевременная недостаточность яичников» и др. Возраст прекращения менструаций, при котором правомерна постановка диагноза СИЯ,

является предметом дискуссии. При этом остаются малоизученными ультразвуковые и диагностические способы оценки яичников на раннем этапе заболевания, что предупредило бы развитие рака яичников и злокачественное перерождение гормонэкскретирующих клеток.

Данные литературы свидетельствуют о том, что в патогенезе СИЯ, наряду с другими факторами, немаловажную роль играет инфекция. Так, в исследованиях Л.И. Мальцевой (2010) у 82 пациенток с апоплексией, опухолевыми и опухолевидными процессами в яичниках показано, что деструктивные процессы, развившиеся в яичнике, являются результатом активации хронического воспалительного процесса, вызванного в абсолютном большинстве случаев (98,9 %) хламидиями, мико- или уреоплазменными инфекциями.

По данным Всемирной организации здравоохранения, у населения в возрасте от 15 до 49 лет в 2005 году было зарегистрировано около 45 млн новых случаев излечимых заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП). Однако на фоне снижения заболеваемости сифилисом отмечается бурный рост другими ЗППП, особенно вирусной этиологии, такими как вирус иммунодефицита человека, гепатиты, герпес, папилломавирусы и др. [1, 6, 9]. Активация и рецидив этих инфекций во время беременности приводят не только к серьезным акушерским и перинатальным осложнениям (угроза прерывания беременности, спонтанный аборт; преждевременные роды; развитие врожденных

Адрес для переписки с авторами:

Тиллашайхова Мунаввар Халмухамедовна  
E-mail: shahnoza67@mail.ru

© Тиллашайхова М.Х., Мухамедханова Ш.Т.,  
Юлдашева Д.С., Ищенко И.В., Ахмедова Д.Р., 2015  
© «Актуальная инфектология», 2015  
© Заславский А.Ю., 2015

уродств, внутріутробного інфікування, гіпоксії, гіпотрофії і т.д.), но і к гінекологічним ускладненням (бесплодіє, раннє угасання детородної і менструальної функції, преждевременный и патологический климакс) у жінок молодого, сексуально активного репродуктивного віку [2, 4, 8].

Установлено, що хіміо- або радіотерапія різко зменшують число фолікул і можуть викликати СІЯ. Незважаючи на те, що аутоімунні захворювання відзначаються у 10–20 % жінок з СІЯ, роль аутоімунних процесів і деяких інфекцій у розвитку даної патології залишається не до кінця вивченою. Це обставина диктує необхідність продовження досліджень по вивченню бактеріологічних і гістоморфологічних аспектів синдрому вичерпання яєчників.

**Цілью** нашого дослідження стало вивчення ролі вірусної і мікоплазмової інфекції у генезі синдрому вичерпання яєчників.

## Матеріал і методи дослідження

Нами за період з 2010 по 2013 рр. було обстежено 115 жінок з порушенням менструальної функції, вторинним бесплодієм, доброякісними новоутвореннями яєчника і запальними процесами статевих органів в міському перинатальному центрі № 6, гінекологічному відділенні МСЧ ГТС г. Ташкенту і РСНПМЦАГ МЗ РУз. Середній вік обстежених жінок становив  $34,80 \pm 0,83$  років.

Для постановки діагнозу всім обстеженим проводили тести функціональної діагностики, ультразвукове дослідження статевих органів, дослідження базальної (ректальної) температури, визначення каріопікнічного індексу, фолікулометрію, дослідження еластичності слизової оболонки шийки матки, симптома зрачка, папоротника і др. При проведенні порівняльного аналізу тестів функціональної діагностики результати у жінок основної групи були достовірно вищими порівняно з контрольними значеннями. На основі цих тестів ставився діагноз СІЯ. Для ідентифікації інфекції всім жінкам провели бактеріоскопію мазка і бактеріологічне дослідження відокремлюваного мочеполових органів. Окраску мазків проводили по Граму, Рома-

новському — Гімзе (на хламідії), а також гематоксилином і еозином, метиленовим синім (на трихомонаді). Інфекції, викликані *Herpes simplex virus* (вірус простого герпеса — ВПГ), *U.urealyticum*, *M.hominis*, *Chl.trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, виявляли з допомогою методів імуноферментного аналізу, прямої імунофлуоресценції з використанням діагностических антител «НПФ ЛАБ-діагностика».

Статистическа обробка даних клініческих досліджень здійснена на персональному комп'ютері Hewlett Packard Pentium IV в операційній системі Windows 98 з допомогою програмного пакету Microsoft Excel 98, включаючи використання вбудованих функцій статистическої обробки.

## Результати і їх обговорення

Після встановлення діагнозу СІЯ хворі були розподілені на три групи:

— 1-ю групу склали 22 жінки з гормональними порушеннями і 19 пацієнток, оперированих по поводу ретенційних кіст і змінених яєчників;

— 2-ю групу — 28 жінок з запальними процесами і 24 пацієнтки, оперированные по поводу кисти, кистоза і полікістоза;

— 3-ю групу склали 16 хворих з перитубарним спаечним процесом, гнійно-септическими ускладненнями і 6 пацієнток, оперированных по поводу пиовара, пиосальпинкса і пельвіоперитоніта.

В результаті досліджень отримані наступні дані: в 1-й групі жінок з гормональними порушеннями інфекція, викликана *U.urealyticum* і *M.hominis*, виявлена у 12,1 % пацієнток, *Herpes simplex virus* — у 22,9 %, цитомегаловірусом (ЦМВ) — у 12,1 %. В 2-й групі хворих з запальними процесами мікоплазмова інфекція виявлена в 13,4 % випадків, ЦМВ — в 11,3 %, ВПГ — в 33,6 %. Причому якщо у жінок 1-й групи виявлена моноінфекція, то в 2-й групі визначалися мікробні флори з *Chl.trachomatis* у 15,3 % пацієнток, *Gardnerella vaginalis* — у 5,7 %. У жінок 3-й групи з перитубарним спаечним процесом і гнійно-септическими ускладненнями ЦМВ зустрічався в 9,0 % випадків, ускладнення інфекцій, викликаних *U.urealyticum* і

**Таблиця 1. Результати клініческого дослідження хворих з локалізацією запального процесу в статевих органах (%)**

Клініческий діагноз	1-я група (n = 41)	2-я група (n = 52)	3-я група (n = 22)
Хроніческий сальпінгоофорит	38,2	4,5	11,6
Ерозія шийки матки	26,7	28,1	3
Кольпіт	17	36	7,4
Ендоцервіцит	7,7	1	0
Папіллома цервікального каналу	43	12,8	0
Перитубарний спаечний процес	0	11,2	84,6
Хроніческий ендометрит	0	5,3	3

*M. hominis*, — в 45,4 %, у одної пацієнтки була гонорея, у трьох — хламідіоз і у п'яти — трихомоніаз. ЦМВ був виявлений у 58,9 % больных, ВПГ — у 81 %. В цій групі висока ступінь обсемененості зустрічається набагато рідше порівняно з 1-й і 2-й групами.

Таким образом, результати наших досліджень показали, що при розвитку фолликулярних і текалютеинових кист відзначаються микст-інфекції. Прогностичними критеріями ризику розвитку ургентної патології яєчників являються наявність рецидивуючого бактеріального вагінозу, хронічного ендометриозу і виявлення *U. urealyticum* в асоціації з *Streptococcus aureus* в цервікальному каналі жінки.

Раннє виключення функції яєчників в результаті перенесених запальних процесів, в свою чергу, призводить не тільки до виражених клінічних проявів дефіциту естрогенів, але і до таких небезпечних ускладнень, як вегетососудисті, психоемоціональні і уrogenітальні розлади, що значно знижує якість життя молодих жінок.

## Выводы

1. Жінок з уреї- і мікоплазмовою інфекцією репродуктивної системи слід відносити до групи високого ризику розвитку СІЯ.

2. Ступінь тяжкості СІЯ залежить від частоти і тривалості рецидивів інфекційного ураження геніталій.

3. При уреї- і мікоплазмовою інфекції репродуктивної системи відзначається розвиток хронічного запального процесу аутоімунної природи з ураженням яєчникової тканини і виснаженням фолликулярного апарату.

## Список литературы

1. Мальцева Л.И. Современные проблемы инфекционной патологии в акушерстве и гинекологии // Практическая медицина. — 2010. — № 2 (41). — С. 20-22.

2. Серов В.Н. Клинико-иммунологические факторы в формировании аутоиммунной овариальной недостаточности воспалительного генеза: Научное издание / В.Н. Серов, М.В. Царегородцева, А.А. Кожин // Акушерство и гинекология. — М., 2007. — № 6. — С. 28-33.

3. Серов В.Н. Клинико-патогенетические варианты гормональной недостаточности яичников у женщин с метаболическим синдромом: Научное издание / В.Н. Серов, Н.И. Кан // Акушерство и гинекология. — М., 2004. — № 5. — С. 29-33.

4. Озерская И.А. Ультразвуковая диагностика эндокринной патологии яичников / И.А. Озерская, М.И. Агеева // Ультразвуковая и функциональная диагностика: Научно-практический журнал. — М., 2004. — № 2. — С. 136-143.

5. Артикходжаева Г.Ш. Состояние гипофизарно-яичниковой системы и гормональная функция плаценты у женщин с диффузно-неотоксическим зобом и невынашиванием беременности: Дис... канд. мед. наук: 14.00.01. — Ташкент, 2001. — 123 с.

6. Асатова М.М., Артикходжаева Г.Ш., Гафарова Д.Х. «Гонал-Ф» в коррекции гипогонадотропной яичниковой недостаточности // Педиатрия. — Ташкент, 2003. — Спец. вып. — С. 147-149.

7. Аюпова Ф.М. Некоторые диагностические и клинические аспекты аменореи у девушек-подростков // Мед. журн. Узбекистана. — 1996. — № 3. — С. 40-42.

8. Балаболкин М.П., Клебанова Е.М., Кремская В.Н. Дифференцированная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. — М., 2002. — С. 688-697.

9. Бабичев В.Н., Адамская Е.И., Перышкова Т.А. Механизмы, контролируемые избирательное освобождение фолликулостимулирующего гормона // Проблемы эндокринологии. — 1992. — № 5. — С. 9-12.

10. Жахур Н.А. Возможности восстановления фертильности у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников (обзор литературы) / Н.А. Жахур, Л.А. Марченко, Л.Б. Бутарева, М.А. Шахова // Проблемы репродукции. — 2010. — № 1. — С. 40-48.

Получено 15.07.15 ■

Тиллашайхова М.Х., Мухамедханова Ш.Т.,  
Юлдашева Д.С., Ищенко И.В., Ахмедова Д.Р.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республика Узбекистан

## РОЛЬ ВІРУСНОЇ І МІКОПЛАЗМОВОЇ ІНФЕКЦІЇ В ГЕНЕЗІ СИНДРОМУ ВИСНАЖЕННЯ ЯЄЧНИКІВ

**Резюме.** Результати оцінки бактеріоскопії мазка показали, що в жінок із гормональними порушеннями мікоплазмова інфекція виявляється в 5,7 % випадків. У жінок із запальними процесами частота виявлення мікоплазмової інфекції збільшується до 47,3 %. У жінок із перитубарним спайковим процесом і гнійно-септичними ускладненнями *U. urealyticum* і *M. hominis* виявлено в 78 % випадків, гонорею — в одній пацієнтки, у трьох — хламідіоз і у п'яти хворих — трихомоніаз.

**Ключові слова:** синдром виснаження яєчників, мікоплазмова інфекція.

Tillashaikhova M.Kh., Mukhamedkhanova Sh.T.,  
Yuldasheva D.S., Ishchenko I.V., Akhmedova D.R.  
Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent,  
Uzbekistan

## THE ROLE OF VIRAL AND MYCOPLASMAL INFECTION IN THE ORIGIN OF PRIMARY OVARIAN FAILURE

**Summary.** The results of evaluation of smear bacterioscopy showed that in women with hormonal disorders, mycoplasma infection has been detected in 5.7 % of cases. In women with inflammatory processes, the detection rate of mycoplasma infection is increased to 47.3 %. In women with peritubal adhesions and purulent-septic complications, *U. urealyticum* and *M. hominis* were detected in 78 % of cases, gonorrhoea — in one patient, in three — chlamydia infection and in five patients — trichomoniasis.

**Key words:** primary ovarian failure, mycoplasma infection.