

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

*მაკა ჯორბენაძე*

მოზარდი გოგონების რეპროდუქციული  
ჯანმრთელობა ქ. თბილისში

14.00.50 \_ რეპროდუქტოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის  
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარდგენილი დისერტაციის

ავტორეფერატი

თბილისი

2006

ნაშრომი შესრულებულია ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში

სამეცნიერო ხელმძღვანელი \_ ქრისტესაშვილი ჯენარა,  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი

ოფიციალური ოპონენტები: \_ მაისურაძე ნინო,  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი (14.00.50);  
\_ მალულარია თამარ,  
მედიცინის მეცნიერებათა  
კანდიდატი (14.00.03)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის \_\_\_\_\_ სთ-ზე  
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში სადისერტაციო საბჭოს m14.07.N4  
სხდომაზე (0177, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი 133).

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო  
უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში (0160, თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზირი 129).

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის \_\_\_\_\_

სადისერტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი,  
მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი,  
დოცენტი დ. გელოვანი

Тбилисский государственный медицинский университет

На правах рукописи

***Джорбенадзе Мака***

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В  
Г. ТБИЛИСИ**

14.00.50 – Репродуктология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Тбилиси

2006

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте репродукции человека им. И.Ф. Жордания.

Научный руководитель - **Кристесашвили Дженара**,  
доктор медицинских наук,  
профессор

Официальные оппоненты: **Майсурадзе Нино**,  
доктор медицинских наук,  
профессор(14.00.50)

**Магулария Тамар**,  
кандидат медицинских  
наук (14.00.03)

Защита диссертации состоится \_\_\_\_\_ 2006 года в \_\_\_\_ час. на заседании диссертационного совета m14. 07 N4 в Тбилиском государственном медицинском университете (0177, Тбилиси, пр. Важа-Пшавела №33).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Тбилисского государственного медицинского университета (0160, Тбилиси, пр. Важа-Пшавела №29).

Автореферат разослан \_\_\_\_\_ 2006 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук, доцент Д. Геловани

## ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

### პრობლემის აქტუალობა

რეპროდუქციული სისტემის ჩამოყალიბება რთული და ნატიფი პროცესია, რომელზეც დიდ გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, მათ შორის გენეტიკური, სოციალური, ეკონომიკური, ეთნიკური და სხვა ფაქტორები (Midyet et al., 2003; Вовк И. Б. и соавт., 2005; Greydnus et al., 2006 და სხვ.). გასული საუკუნის 90-იან წლებში საქართველოში განვითარებულმა პოლიტიკურმა მოვლენებმა, სამოქალაქო ომმა და ეთნიკურმა კონფლიქტებმა, უმძიმესმა სოციალურ-ეკონომიკურმა კრიზისმა, ეკოლოგიური სიტუაციის გაუარესებამ და სხვა, მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა მოზარდთა რეპროდუქციული ფუნქციის ჩამოყალიბებაზე. ამასთან, მოსახლეობის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას საქართველოსთვის აქვს არა მარტო სამედიცინო, არამედ სოციალური და შესაძლოა პოლიტიკური მნიშვნელობაც, ვინაიდან ქვეყანა იმყოფება მძიმე დემოგრაფიულ სიტუაციაში. იმდენად, რამდენედაც რეპროდუქციული სისტემა სწორედ მოზარდობის პერიოდში ყალიბდება, მნიშვნელოვანია ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელი სხვადასხვა დარღვევების (ნაადრევი და დაგვიანებული სქესობრივი განვითარება, ანდროგენიზაცია, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევები და სხვა) ადრეულ სტადიაზე გამოვლინება და დროული მკურნალობა დაავადებათა მძიმე ფორმების პროფილაქტიკის მიზნით (Гуркин Ю. А., 2000; Матыцина Л. Ф., 2005 და სხვ.). ეს თავისთავად ითვალისწინებს რეპროდუქციულ პერიოდში უწყვეტობის პრევენციას და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას საქართველოში.

უნდა აღინიშნოს, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სწორი რეპროდუქციული ქცევის ჩამოყალიბებას (Гарден А., 2001; Kellogg, 2005; Ebling, 2005 და სხვ.). საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მოზარდები ბოლო ხანებში, წინა წლებთან შედარებით, უფრო ადრეული ასაკიდან არიან სქესობრივად აქტიურნი, გაიზარდა არასასურველი ორსულობისა და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების (სგგი) სიხშირე, ხელოვნური აბორტი ჯერ კიდევ რჩება ოჯახის დაგეგმვის მეთოდად ახალგაზრდებში (Sedlecki, 2002; Timmer, 2002 და სხვ.).

ცნობილია, რომ მოზარდებში აღინიშნება ცოდნის დეფიციტი რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სფეროში. ეკონომიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ბარიერების გამო შეზღუდულია მათი ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურისადმი (ხომასურიძე ა., 2003; Klein, 2005 და სხვ.). ამასთან, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ყველა ქვეყანაში კანონმდებლობისა და კულტურულ-ტრადიციული თავისებურებების გამო, ეს ბარიერები განსხვავებულია (Senderowitz, 2000; Новак Э., 2002; Ginsberg, 2005 და სხვ.).

ამდენად, მეტად მნიშვნელოვანია მოზარდების სწორი და მიზანმიმართული ინფორმირება და განათლება რეპროდუქციული ჯანმრთელობისა და ოჯახის დაგეგმვის საკითხებში, რაც ითვალისწინებს სპეციალური საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნას რეპროდუქციული

ჯანმრთელობის სფეროში მოზარდთა ინფორმირების, ცოდნის დონის და თვით მოზარდთა შეხედულებების და საჭიროებების გათვალისწინებით. განათლების საშუალებით შესაძლებელია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების თავიდან აცილება სამედიცინო ჩარევის გარეშე, როგორებიცაა: ნაადრევი სქესობრივი აქტივობა, არასასურველი ორსულობა, აბორტები, სგგი, აივ/შიდსი.

მთელ რიგ ქვეყნებში პოპულაციების ჯანმრთელობის მონიტორინგი კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარების გზით მიღებულია როგორც მეტად მნიშვნელოვანი ღონისძიება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დადგენის და ჯანდაცვის შესაბამისი პროგრამების შემუშავების მიზნით(Grimes, Schulz, 2002; Уварова Е. В., 2005 და სხვ.).

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევების ჩატარება მოზარდებში მათი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ინფორმირება-განათლების დონის დადგენის მიზნით მეტად აქტუალურია.

### კვლევის მიზანი და ამოცანები

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ქ. თბილისში მცხოვრები მოზარდი გოგონების რეპროდუქციული სისტემის მდგომარეობის დადგენა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მათი ინფორმირება-განათლების დონის, შეხედულებების და საჭიროებების შეფასება.

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად დასახული იყო შემდეგი **ამოცანები**:

I. ქ. თბილისში 10-16წლის მოზარდი გოგონების რეპროდუქციული სისტემის მდგომარეობის დადგენა კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევით.

1. კლინიკური კვლევის საფუძველზე მოზარდი გოგონების ფიზიკური განვითარების შეფასება (სიმაღლე, წონა, სხეულის მასის ინდექსი).

2. ანამნეზისა და კლინიკური კვლევის შედეგების ანალიზის საფუძველზე მოსწავლეთა სქესობრივი განვითარების შეფასება (მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების ვადები, ხარისხი, მენარხეს ასაკი, მენსტრუაციული ციკლის თავისებურებები).

3. რეპროდუქციული სისტემის პათოლოგიებისთვის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებების სიხშირისა და ხასიათის დადგენა (ნაადრევი და დაგვიანებული სქესობრივი განვითარება, სეზორეა, აკნე, პათოლოგიური თმიანობა, სიმსუქნე, ჰიპოთალამური სტიგმები, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევები).

4. მიმდინარე კლინიკური კვლევის შედეგების შედარება 1984წელს ჩატარებული რეტროსპექტიული კვლევის შედეგებთან.

5. ი.ჟორდანას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის მასალაზე დაყრდნობით მოზარდებში რეპროდუქციული სისტემის პათოლოგიათა სტრუქტურის და გამოვლინებების სიმძიმის დადგენა.

II. სპეციალური კითხვარების გამოყენებით, ხარისხობრივი კვლევის საფუძველზე მოზარდი გოგონების ინფორმირება-განათლების დონის და საჭიროებების დადგენა, მათი შეხედულებების შეფასება რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და ოჯახის დაგეგმვის სფეროში.

### ნაშრომისმეცნიერული სიახლე

პირველად კლინიკური-ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე ქ. თბილისში შეფასებულ იქნა მოზარდი გოგონების ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება. დადგენილ იქნა მენარხეს საშუალო ასაკი, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევების სიხშირე და სახეები პუბერტატული განვითარების სტადიების მიხედვით. დადგინდა ანდროგენიზაციის კლინიკური ნიშნების, ჭარბი წონის, ჰიპოთალამური სტიმების სიხშირე მოზარდ გოგონებში.

პროსპექტული მასალის რეტროსპექტულთან შედარების საფუძველზე გამოვლინდა, რომ მენარხეს საშუალო ასაკი ბოლო დეკადებში შემცირდა 0.05წლით (შესაბამისად, მენარხეს საშუალო ასაკი 2005წლისთვის \_ 12.4წელი, 1985წლისთვის \_12.5წელი).

მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები, ანდროგენიზაციის მკვეთრად გამოხატული კლინიკური გამოვლინებები, ჭარბი წონა და ჰიპოთალამური სტიმები იზოლირებული სახით, ან ერთმანეთთან კომბინაციაში, შეფასებულ იქნა სავარაუდო რეპროდუქციულ-ენდოკრინულ დარღვევებად, რომელთა სიხშირე სარწმუნოდ მაღალი აღმოჩნდა პუბერტატის II ფაზაში, I-თან შედარებით და შეიძლება აიხსნას ასაკის მატებასთან ერთად დაავადების პროგრესირებით.

პროსპექტული კვლევის შედეგებისა და ი. ჟორდანიას სახ. ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის რეპროდუქციული ფუნქციის ჩამოყალიბების განყოფილებაში დიაგნოზთა სტრუქტურის შედარების საფუძველზე დადგინდა, რომ სპეციალიზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებს მოზარდი პაციენტები მიმართავენ ძირითადად მძიმე, შედარებით ხანგრძლივად მიმდინარე რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევებით.

დადგინდა, რომ გამოკვლეული მოზარდი გოგონების უმრავლესობა ინფორმირებულია რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ძირითად საკითხებში, მათ შორის \_ დაორსულების, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების, აბორტის და სგგი-ის მავნე შედეგების, აივ/შიდსის შესახებ. ამასთან, მათი ცოდნის დონე კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდების კორექტული გამოყენების, სგგი-ის თავიდან აცილების გზებზე მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ინფორმირებულობის დონეს.

### **კვლევის პრაქტიკული ღირებულება**

დადგინდა, რომ კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევა წარმოადგენს ინფორმაციულ მეთოდს მოზარდთა ფიზიკური და სქესობრივი განვითარების შესაფასებლად და რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევების ადრეულ სტადიებზე გამოვლინების საშუალებას იძლევა, რასაც დიდი პრაქტიკული ღირებულება აქვს. მიუხედავად იმისა რომ, მოზარდთა უმრავლესობას მიაჩნია, რომ სქესობრივი განვითარების დარღვევებისას უნდა მიმართოს ექიმს, მათი რეალური მიმართვიანობა სამედიცინო დაწესებულებებში მეტად დაბალია და ხშირად დაგვიანებული.ამდენად, რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევების დროული, აქტიური გამოვლინება მეტად მნიშვნელოვანია მათი შორსწასული ფორმების და უნაყოფობის პროფილაქტიკის თვალსაზრისით.

კვლევის შედეგები დახმარებას გაუწევს ჯანდაცვის ორგანიზატორებს, ვინაიდან რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მოზარდებისათვის ადექვატური საგანმანათლებლო და ჯანდაცვის პროგრამების შედგენა შესაძლებელია მხოლოდ ყოველ კონკრეტულ ქვეყანაში მოზარდთა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ინფორმირება-განათლების, დონის შეხედულებებისა და საჭიროებების გათვალისწინებით.

### **დასაცავად გამოტანილი ძირითადი დებულებები:**

1. ქ. თბილისში მოზარდი გოგონების უმრავლესობის ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება შეესაბამება ასაკობრივ ნორმებს და სქესობრივი განვითარების სტადიებს. მოზარდ გოგონებში სხეულის მასის ინდექსის მომატება უფრო ხშირია მის დაქვეითებასთან შედარებით, ხოლო მენარხეს ასაკი ქ. თბილისში ბოლო 20წლის მანძილზე მნიშვნელოვნად არ შეცვლილა.
2. მენსტრუაციული ციკლის დარღვევები პუბერტატის I ფაზაში უფრო ხშირია II ფაზასთან შედარებით. მენსტრუაციული ციკლის ყველაზე ხშირ დარღვევებს მოზარდებში წარმოადგენს ოლიგომენორეა და დისმენორეა, რომლებიც ძირითადად პუბერტატის ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს უკავშირდება.
3. მსუბუქად გამოხატული სებორეა და აკნე ხშირია მოზარდ გოგონებში. მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები ანდროგენიზაციის ან ჰიპოთალამური სტიმუმების და სიმსუქნის ფონზე მიუთითებს რეპროდუქციულ- ენდოკრინული დარღვევების არსებობის შესაძლებლობაზე.
4. მოზარდი გოგონების მიმართვიანობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების გამო სამედიცინო დაწესებულებებში არის დაბალი და დაგვიანებული.
5. მოზარდი გოგონების უმრავლესობას აღენიშნება ცოდნის დეფიციტი რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში. მათი ცოდნის დონე მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ინფორმირებულობას.

### **ნაშრომის აპრობაცია**

დისერტაციის განხილვა შედგა 2006წლის 30 მარტს ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის განყოფილებათაშორისო გაფართოებულ სხდომაზე. ნაშრომიდან მასალები მოხსენებულ იქნა 2006წლის მაისში I საერთაშორისო კონფერენციაზე “ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა” (ქ.თბილისი).

### **პუბლიკაციები**



დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 4 სტატია.

### **გამოკვლევის შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა**

შრომის შედეგები დანერგილია ქ. თბილისის საშუალო სკოლების სამედიცინო კაბინეტებში, ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში.

### **დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა**

დისერტაცია შედგება შემდეგი ნაწილებისაგან: შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, მასალა და გამოკვლევის მეთოდები, საკუთარი კვლევის შედეგები და მათი განხილვა, დასკვნები, პრაქტიკული რეკომენდაციები, გამოყენებული ლიტერატურის სია. ნაშრომი მოიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდ 108 გვერდს, ილუსტრირებულია 10 ცხრილით და 30 დიაგრამით. ბიბლიოგრაფია მოიცავს 255 ლიტერატურულ წყაროს, აქედან 12 ქართულ, 34-რუსულ და 209-სხვა უცხო ენებზე.

### **კვლევის მასალა და მეთოდები**

ჩვენს მიერ ქ. თბილისის სკოლებში 2004-2005 წლებში ჩატარდა 10-16 წლის 675 მოზარდი გოგონას კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევა რეპროდუქციული სისტემის მდგომარეობის შესაფასებლად. გოგონების კლინიკური კვლევა ითვალისწინებდა სიმაღლის, სხეულის მასის განსაზღვრას და ამის საფუძველზე სხეულის მასის ინდექსის დადგენას. ფასდებოდა სქესობრივი განვითარების ხარისხი, კანის საფარის მდგომარეობა (სებორეა, აკნე, ჰიპერტრიხოზი, ჰირსუტიზმი, ჰიპოთალამური სტიგმები: თეთრი, შეფერილი, პიგმენტაცია, სიმშრალე), კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება და გადანაწილება სხეულზე.

ანამნეზური მონაცემებით დგინდებოდა სქესობრივი განვითარების დაწყების ასაკი, დინამიკა (სარძევე ჯირკვლების და სასქესო თმის თმის გაჩენის და განვითარების თანმიმდევრობა), მენარხეს ასაკი, მენსტრუაციული ციკლის თავისებურებები (რიტმი, მენსტრუაციის ხანგრძლივობა, გამონადენის რაოდენობა, მტკივნეულობა). ყველა ამ მონაცემების შეფასება ხდებოდა პუბერტატული განვითარების სტადიების მიხედვით. პრეპუბერტატი-10 წლის ასაკიდან მენარხემდე, პუბერტატის I ფაზა-მენარხედან 2 წლამდე, პუბერტატის II ფაზა-2 წელი და მეტი მენარხედან.

სხეულის სიმაღლე იზომებოდა სანტიმეტრებში, მასა კილოგრამებში, სხეულის მასის ინდექსი (სმი) ისაზღვრებოდა G. Brey-ის (1978 წ.) მიერ მოწოდებული ფორმულით: სხეულის მასა (კგ)/სიმაღლე (კმ). ამ ფორმულის მიხედვით, სხეულის მასის ინდექსის  $\leq 19$  შეესაბამებოდა სხეულის აღნაგობის ასთენურ ტიპს, 20-25-მდე - ნორმოსთენულს,  $\geq 25$  - მეტი ჰიპერსთენულ ტიპს.

სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით გოგონების განაწილება ხდებოდა შემდეგ ჯგუფებად: სხეულის მასის დეფიციტი (სმი 10-19), ნორმალური მასა (სმი 19-24,9), ჭარბი წონა (სმი 25-26,9), სიმსუქნე (სმი 27-29,9) მკვეთრი სიმსუქნე (სმი  $>30$ ), ავადმყოფური სიმსუქნე (სმი  $>40$ ). ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილების ტიპი დგინდებოდა წელისა და

ბარძაყის გარშემოწერილობათა შეფარდების ინდექსით. ვარჩევდით გინოიდურ ( $\bar{v}/\bar{b} \leq 0.8$ ) და ვისცერალურ ( $\bar{v}/\bar{b} \geq 0.8$ ) ტიპებს.

სქესობრივი განვითარება ფასდებოდა Tinner-ის(1955წ) სქემის მიხედვით. მეორადი სასქესო ნიშნები აღინიშნებოდა ლათინური ანბანის ასოებით: ბოქვენის თმიანობა- , აქსილარული თმიანობა-x, სარძევე ჯირკვლები-M, მენსტრუაცია-Me. თითოეული მათგანის შეფასებისთვის გამოიყენებოდა განვითარების 4 ხარისხი - 0, 1, 2, 3.

აკნეს შეფასება ხდებოდა რაოდენობის და ხარისხის მიხედვით: მსუბუქი, საშუალო და მძიმე.

ჰირსუტიზმის შეფასება ხდებოდა Ferrimn, Glwey (1961წ) მიერ მოწოდებული სქემისმიხედვით, რაც ითვალისწინებს სხეულზე გამოყოფილ 11 ანდროგენ-მგრძობიარე ზონაზე ოთხქულიანი სისტემით თმიანობის ინტენსივობის შეფასებას.

რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში ინფორმირება-განათლების, შეხედულებებისა და საჭიროებების შეფასების მიზნით ჩაღრმავებული ინტერვიუს მეთოდით ჩატარდა 15-17წლის ასაკის მოზარდი გოგონების ხარისხობრივი კვლევა. სულ გამოკითხული იყო ქ. თბილისის სკოლების 315 მოსწავლე გოგონა როგორც ცენტრალურ რაიონებში, ასევე გარეუბნებში. გამოკითხვა ჩატარდა 2002წლის ოქტომბერი - 2003წლის მარტის პერიოდში. სტატისტიკურად სარწმუნო მონაცემების მისაღებად და ურთიერთშესადარებლად, კვლევის ძირითადი მიზნებიდან გამომდინარე, გამოყენებულ იქნა კვლევის თანაბარწარმომადგენლობითი მოდელი.

მიუხედავად იმისა, რომ გამოკვლევა ჩაღრმავებულ ინტერვიუს ითვალისწინებდა, შედგენილ იქნა იმ კითხვების ვარიანტები, რომლთა გარშემოც უნდა ჩატარებულიყო ჩაღრმავებული ინტერვიუ. კითხვათა ბლოკები მიმართული იყო, ძირითადად მოზარდი გოგონების ინფორმირება-განათლების და დამოკიდებულებების შესასწავლად შემდეგ საკითხებში: სქესობრივი ურთიერთობები, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები, კონტრაცეპცია, აბორტი, სქესობრივი მომწიფება და მასთან დაკავშირებული დარღვევები, სქესობრივი განათლება. ერთი ინტერვიუს საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 40წუთს.

მიღებული მონაცემები დამუშავდა Microsoft Exsel-ის ვარიაციული სტატისტიკის პროგრამით, t-სტიუდენტის კრიტერიუმის გამოყენებით (სანდოობის ინტერვალი-95%).

ჩატარდა კორელაციური ანალიზი სპირმანის და პირსონის ფორმულების გამოყენებით (სანდოობის კოეფიციენტი-99.9%)

მონაცემები ტექსტსა და ცხრილებში წარმოდგენილია შემდეგი სახით: M \_ საშუალო არითმეტიკული, m\_საშუალო ცდომილება, p\_სარწმუნოების კოეფიციენტი.

### გამოკვლევის შედეგები და მათი განხილვა

კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევით დადგინდა, რომ ქ. თბილისში მოზარდი გოგონების უმრავლესობის საშუალო სიმაღლე და წონა შეესაბამება ასაკობრივ ნორმებს, თუმცა აღინიშნებოდა სიმაღლის უფრო მაღალი საშუალო მაჩვენებლები (12წლის ასაკში სხეულის სიმაღლე\_157,5±0.70; 13წლის ასაკში\_159.4±1.06; 14წლის ასაკში\_163,1±0.6) ლიტერატურულ მონაცემებთან შედარებით (12წლის ასაკში სხეულის სიმაღლე\_155±1.06; 13წლის ასაკში\_156±1.08; 14წლის ასაკში-159±0.5) (Кокolina В. Ф. 2002). ეს ფაქტი

მოზარდთა აქსელერაციაზე მიუთითებს, რომელიც უკანასკნელ წლებში სხვადასვა ქვეყნებშიც აღინიშნება (Jiyesimi et al., 2002; Prent et al., 2003 და სხვ.). ზრდაში ჩამორჩენა აღინიშნებოდა შემთხვევათა 0.6%-ში (4 შემთხვევა), სხეულის მასის ინდექსი ჩამორჩებოდა ასაკობრივ ნორმას – შემთხვევათა 1.3%-ში (9 შემთხვევა) (სმი 12.5-16კგ/კვმ), სხეულის მასის ინდექსის მომატება (სმი მერყეობდა 25-35) აღინიშნებოდა 4.45%-ში (30 შემთხვევა), მათგან ჭარბი წონა 2.6%-ში (18 შემთხვევა), სიმსუქნე 1.85%-ში (12 შემთხვევა). სმი მომატების შემთხვევაში შეფასდა კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილება. შემთხვევათა 70%-ში (21 შემთხვევა) აღინიშნებოდა კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილება გინოიდური ტიპით, ხოლო 30%-ში (9 შემთხვევა) – ვისცერალური ტიპით, რაც დამახასიათებელია ინსულინრეზისტენტული მეტაბოლური სინდრომისთვის და დროულ დიაგნოსტიკას და მკურნალობას მოითხოვს (Hnk, 2003; გულბანი თ., 2004; Kong, 2005 და სხვ.). ამგვარად, ჩვენს მასალაზე სხეულის მასის ინდექსის მატება უფრო ხშირი იყო, ვიდრე დეფიციტი. მსგავსი ტენდენცია აღინიშნება აშშ-ში და მთელ რიგ ქვეყნებში (dir t l., 2002; Crr Scos, 2004 და სხვ.).

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ პრეპუბერტატსა და პუბერტატში, ასაკის მიუხედავად, განსხვავდებოდა გოგონათა ფიზიკური მონაცემები (სიმაღლე, მასა, სხეულის მასის ინდექსი). ერთსა და იმავე ასაკობრივ ჯგუფებში სხეულის სიმაღლე, მასა და მასის ინდექსის მაჩვენებლები უფრო მაღალი იყო პუბერტატის ფაზაში, პრეპუბერტატთან შედარებით. გამოვლინდა პირდაპირი კორელაციური დამოკიდებულება სხეულის მასასა და მენარხეს შორის. 11-13 წლის გოგონების სხეულის მასის საშუალო მაჩვენებელი სარწმუნოდ მაღალი იყო პუბერტატში (51.6კგ), პრეპუბერტატთან (43.1კგ) შედარებით ( $p < 0.001$ ). გამოვლინდა აგრეთვე პირდაპირი კორელაცია სიმაღლესა და მენარხეს შორის. 11-13წლის გამოკვლეული გოგონების საშუალო სიმაღლე სარწმუნოდ მაღალი იყო პუბერტატში (163.5სმ), პრეპუბერტატთან (155.1სმ) შედარებით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნახტომისებურ ზრდას სიმაღლეში ადგილი ჰქონდა გამოკვლეულ გოგონებში 11-დან 13წლამდე და შეესაბამებოდა 4.7 სანტიმეტრს. როგორც ლიტერატურის მონაცემებიდან არის ცნობილი, სხეულის მასა კორელირებს მენარხეს დადგომასთან, ხოლო ნახტომისებური ზრდა სიმაღლეში დაკავშირებულია მენარხესთან (Жуковский М. А., 1982; Гуркин Ю.А., 2000; Гарден А., 2001 და სხვ.).

ზემოაღნიშნულ მოსაზრებას ადასტურებს ჩვენი მონაცემებიც, კერძოდ, გოგონათა უმრავლესობას მენარხეს პერიოდში ასაკის მიუხედავად აღინიშნებოდა სხეულის მასა 44-47კგ., რაც მიუთითებს სქესობრივი და ფიზიკური განვითარების მჭიდრო ურთიერთკავშირზე, კერძოდ სქესობრივი განვითარება იწყება სხეულის მასის განსაზღვრული კრიტიკული დონის შემდეგ (Косолина В. Ф. 1998, Sigel 2005 და სხვა).

გამოვლინდა ძლიერი კორელაციური კავშირები მენარხესა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას შორის (თმიანობასთან ბოქვენზე-0.69; თმიანობასთან ილლიის ფოსოში-0.70; სარძევე ჯირკვლების განვითარებასთან-0.68), აგრეთვე ძლიერი პირდაპირი კორელაციური კავშირები სხეულის მასის ინდექსსა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას შორის.

მენარხეს ასაკი გამოკვლეულ გოგონებში მერყეობდა 10დან-15წლამდე. მენარხეს საშუალო ასაკმა შეადგინა  $12.4 \pm 0.05$  წელი. 20წლის წინ, 1984წელს ი. ჟორდანას სახ.

ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის თანამშრომლების მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად მიღებულმა ანალოგიურმა მონაცემმა შეადგინა  $12.5 \pm 0.04$  წელი. აღმოჩნდა, რომ ქ. თბილისში ბოლო 20 წლის მანძილზე მენარხეს საშუალო ასაკი დაქვეითდა 0.1 წლით. მთელ რიგ ქვეყნებში აღინიშნება აქსელერაცია და მენარხეს ასაკის დაქვეითება. ცნობილია, რომ მენარხეს ასაკზე ზეგავლენას ახდენს გენეტიკური, ეთნიკური და კვებითი ფაქტორები. Bბოლო ათწლეულების მანძილზე მთელ რიგ ქვეყნებში აღინიშნა მენარხეს ასაკის გამოხატული (აშშ, ესპანეთი, ჩინეთი), ზოგ ქვეყანაში კი-უმნიშვნელო დაქვეითება (დანია, ფინეთი, ნიდერლანდები, საფრანგეთი, რუსეთი, საბერძნეთი). რიგ ქვეყნებში საპირისპიროდ, მენარხეს ასაკის ზომიერი მომატება გამოვლინდა (დიდი ბრიტანეთი, შვედეთი, ბელგია) (Chumle et l., 2003; Prent et l., 2003; Derdorff et l., 2005 და სხვ.). მენარხეს ასაკის ცვლილებებს ძირითადად სხეულის მასის ინდექსის და ცალკეულ კვლევებში ეთნიკური ჯგუფების ხვედრითი წილის ცვლილებით ხსნიან (Pvlov, 2005; Blythe, 2005 და სხვ.).

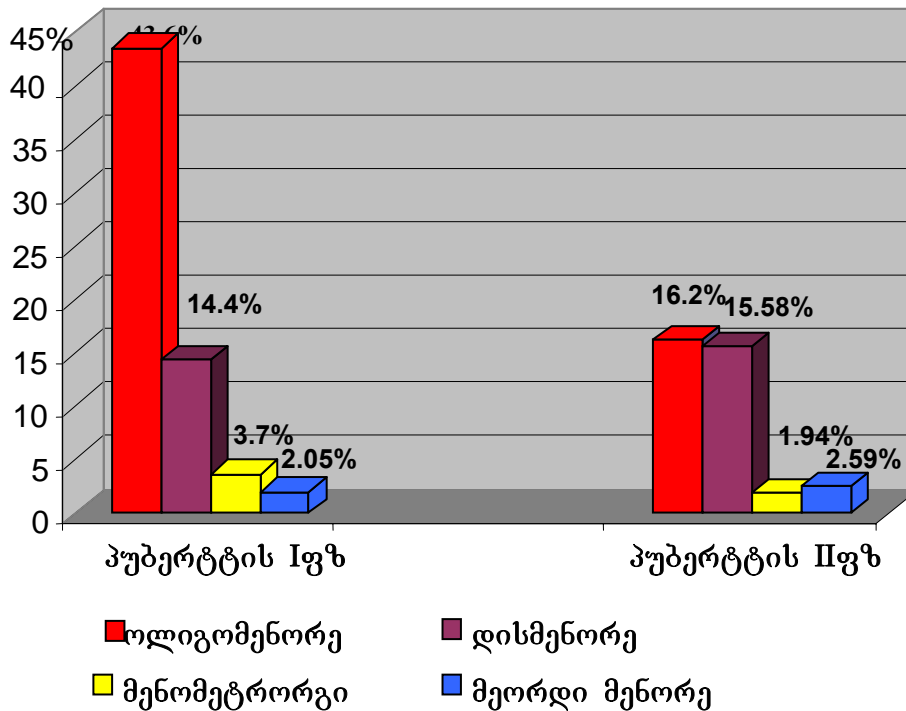
დაგვიანებული მენარხე ჩვენს მასალაზე აღინიშნებოდა ორ 16 წლის გოგონას (0.29%), რასაც თან ახლდა მეორადი სასქესო ნიშნების განუვითარებლობა შესაბამისი ასაკისათვის (x-1 P-1 M-1 Me-0) და სხეულის მასის დეფიციტი მათგან ერთ შემთხვევაში. ასეთი შემთხვევები მეორადი სასქესო ნიშნების დაგვიანებული განვითარებისა და არასრულყოფილი გამოხატულების ხარისხის გათვალისწინებით შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სქესობრივი განვითარებაში ჩამორჩენა, რაც მოითხოვს გამოკვლევას, ეტიოპათოგენეზის დაზუსტებას და დროულ მკურნალობას. ამრიგად, სქესობრივ განვითარებაში ჩამორჩენა აღინიშნებოდა გამოკვლეულთა 0.29%-ში (2 შემთხვევა). ეს მაჩვენებელი სარწმუნოდ არ განსხვავდება რეტროსპექტული კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემებისაგან (0.24%).

ნაადრევი სქესობრივი განვითარება და მენარხე აღინიშნებოდა გამოკვლეულ გოგონათა 0.44%-ში (3-შემთხვევა). ერთ შემთხვევაში მენარხე აღინიშნებოდა 7 წლის ასაკში, ხოლო ორ შემთხვევაში 9 წლის ასაკში, რასაც წინ უსწრებდა მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარება 5-6 წლის ასაკში და რაც დამახასიათებელია ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებისთვის (Гуркин Ю. А., 2000; Новак Э., 2002). მათგან ერთ შემთხვევაში გამოკვლევის მომენტში (12 წლის ასაკში) ადგილი ჰქონდა სუსტად გამოხატულ ჰირსუტიზმს, კიდევ ერთ შემთხვევაში (11 წლის ასაკში) აღინიშნებოდა მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა ოლიგომენორეის ტიპით და მძიმე ხარისხით გამოხატული სებორეა\_აკნე და აგრეთვე თმის ცვენა თავზე (ალოპეცია). ამ შემთხვევებში ანდროგენიზაციის კლინიკური გამოვლინებები შესაძლებელია ადრენოგენიტალური სინდრომის არსებობით აიხსნას, რაც მოითხოვს შესაბამის გამოკვლევებს და დიაგნოზის დაზუსტებას.

გამოკვლეული გოგონების 61.8%-ს (245 შემთხვევა) აღინიშნებოდა რეგულარული, უმტკივნეულო მენსტრუაციები, ხოლო 38.2%-ს (155 შემთხვევა) - მენსტრუაციული ციკლის სხვადასხვა ტიპის დარღვევები. გამოკვლეულ გოგონებში მენსტრუაციული რიტმის დარღვევები სარწმუნოდ ხშირი იყო პუბერტატის I ფაზაში, II ფაზასთან შედარებით (I ფაზაში-49.35%, II ფაზაში-20.73%,  $P < 0.001$ ), რაც, ალბათ, უკავშირდება მენსტრუაციული ფუნქციის ჩამოყალიბების ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს პუბერტატის I ფაზაში (Кулаков В. И., Долженко И. С., 2005). იხ. დიაგრამა N 1.

დიაგრამა N1

მენსტრუაციული ციკლის დარღვევების სახეები და სიხშირე მოზარდ გოგონებში



მენსტრუაციული ციკლის დარღვევებიდან ყველაზე ხშირად აღინიშნებოდა ოლიგომენორეა (130 შემთხვევა\_32.8%) და დისმენორეა (59 შემთხვევა\_14.8%), ხოლო საშვილოსნოსმიერი დისფუნქციური სისხლდენები (12 შემთხვევა\_3.02%) და ამენორეა (9 შემთხვევა\_2.26%) გამოვლინდას შედარებით იშვიათად.

ლიტერატურის მონაცემებიდან (Гуркин Ю. А., 2000; Вовк И. Б., 2005) ცნობილია, რომ მენარხედან ორი წლის განმავლობაში ხდება მენსტრუაციული ციკლის ჩამოყალიბება ანოვულატორული მენსტრუაციული ციკლიდან ოვულატორულ მენსტრუაციულ ციკლად. ვფიქრობთ, სწორედ ამით არის განპირობებული ჩვენს მასალაში მენსტრუაციული ციკლის დარღვევების სიხშირის სარწმუნოდ მაღალი მაჩვენებელი პუბერტატის I ფაზაში, პუბერტატის II ფაზასთან შედარებით. გამოკვლეულ გოგონებში სებორეა-აკნე იყო საკმაოდ ხშირი 19.5% (132 შემთხვევა). იზოლირებული სებორე-აკნე აღინიშნებოდა გამოკვლეულ გოგონათა 14.7%-ში. მისი იზოლირებულად გამოვლინების სიხშირე პუბერტატში (82 შემთხვევა\_20.6%) სარწმუნოდ აღემატებოდა ( $p < 0.001$ ) პრეპუბერტატში გამოვლენილ სიხშირეს (13 შემთხვევა\_4.68%). სებორე-აკნეს ასეთი მაღალი სიხშირე განპირობებული უნდა იყოს პუბერტატულ პერიოდში ფიზიოლოგიური ცვლილებებით. ცნობილია, რომ აღნიშნული სიმპტომების განვითარება დაკავშირებულია თირკმელზედა ჯირკვალში წარმოებული სუსტი ანდროგენების – დეჰიდროეპიანდროსტერონის და დეჰიდროეპიანდროსტერონ-

სულფატის მომატებასთან, რომელთა სეკრეცია სწორედ პუბერტატში იღებს სათავეს. ამ ჰორმონებს გააჩნია ტროპიზმი კანის ცხიმოვანი ჯირკვლების მიმართ, ამდენად, მათი ჰიპერსეკრეცია განაპირობებს კანის ცხიმოვან ჯირკვლებში ცხიმის ჭარბ წარმოებას და აკნეს განვითარებას (Teichmann, Gertsen, 2004; Krowchuk, 2005; Mirmol, 2005 და სხვ.).

ჰირსუტიზმის სიხშირე სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა სქესობრივი მომწიფების ფაზების მიხედვით, თუმცა პუბერტატის II ფაზაში აღინიშნებოდა მისი უფრო ძლიერი ინტენსივობა. გამოკვლეულ გოგონებში ჰირსუტიზმით Hჰირსუტული რიცხვი მერყეობდა 14-34 ფარგლებში. HH პუბერტატის ფაზების მიხედვით მისი გამოვლინების სიხშირე პრაქტიკულად არ განსხვავდებოდა, თუმცა აღინიშნებოდა მისი ინტენსივობის მატება (პუბერტატის I ფაზაში – 2.47%, პუბერტატის II ფაზაში – 2.60% ( $p > 0.20$ )). აღსანიშნავია, რომ პუბერტატის I ფაზაში აღინიშნებოდა ჰირსუტული რიცხვის დაბალი მაჩვენებელი (14-20), ხოლო პუბერტატის II ფაზაში – მაღალი მაჩვენებელი (21-34), რაც, ალბათ, დაკავშირებულია დაავადებათა პროგრესირებასთან, რომელთა დამახასიათებელ სიმპტომს წარმოადგენს ჰირსუტიზმი (ადრენო-გენიტალური სინდრომი, საკვერცხეების პოლიკისტოზი და სხვა), (ფხალაძე ლ., 2002; კვალაშვილი ს., 2003). ანდროგენიზაციის ნიშნების სეზონურობა, აკნე და ჰირსუტიზმის ერთდროული გამოვლინების სიხშირე სარწმუნოდ მაღალი იყო პუბერტატში (3.78% – 15 შემთხვევა) პრეპუბერტატთან (0.72% – 2 შემთხვევა) შედარებით ( $p < 0.001$ ), რაც, ალბათ, ასევე აიხსნება რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევების პროგრესირებით პუბერტატის განმავლობაში.

მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები ანდროგენიზაციის კლინიკური გამოვლინებების (სეზონურობა, აკნე, ჰირსუტიზმი) ფონზე აღინიშნებოდა გამოკვლეულ გოგონათა 2.52%-ს (10 შემთხვევა), მათგან 8 შემთხვევაში აღინიშნებოდა მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა ოლიგომენორეის ტიპით, 2 შემთხვევაში მეორადი ამენორეის ტიპით. აკნე და სეზონურობა მკერდზე, სახეზე და ზურგზე მძიმე ხარისხით გამოვლენილი იყო 7 შემთხვევაში, მხოლოდ სახეზე და ზურგზე ნაკლები ინტენსივობით – 3 შემთხვევაში, ჰირსუტიზმის გამოვლინება აღინიშნებოდა საშუალო (6 შემთხვევა) და ძლიერი ინტენსივობით (4 შემთხვევა). ზემოაღნიშნული კლინიკური გამოვლინებები დამახასიათებელია საკვერცხეების პოლიკისტოზის, ადრენო-გენიტალური სინდრომის და ზოგიერთი სხვა რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევებისათვის (Дедов И.И., 2002; Сметник В. П., 2003 და სხვ.).

მენსტრუაციული ციკლის დარღვევები ჭარბ წონასთან და ჰიპოთალამურ სტიგმებთან ერთად აღინიშნებოდა გოგონათა 1.26%-ს (5 შემთხვევა), მათგან 3 შემთხვევაში აღინიშნებოდა ჭარბი წონა (სმი 25\_26.9), 2 შემთხვევაში – სიმსუქნე (სმი 27\_29.9). გამოკვლეულ გოგონებს ასევე აღინიშნებოდათ ვარდისფერი ჰიპოთალამური სტიგმები. ცხიმოვანი ქსოვილის გადანაწილება 4 შემთხვევაში შეესაბამებოდა ვისცერალურ ტიპს, 1 შემთხვევაში – გინოიდურს. მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა აღინიშნებოდა ოლიგომენორეის (3 შემთხვევა) და ამენორეის (2 შემთხვევა) სახით. მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები მკვეთრად გამოხატულ ანდროგენიზაციის ნიშნებთან, ჭარბ წონასთან და ჰიპოთალამურ სტიგმებთან ერთად აღინიშნებოდა გოგონათა 1.01%-ს (4 შემთხვევა).

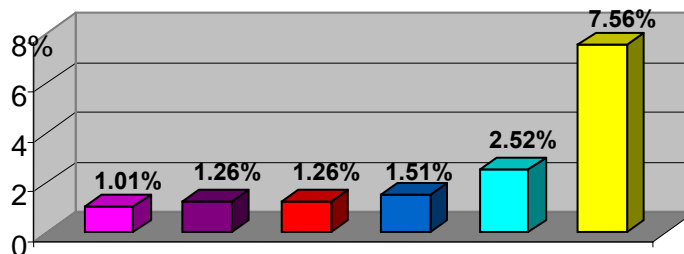
იზოლირებულად მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები გამოვლინდა შემთხვევათა 1.51%-ში (6 შემთხვევა). აღინიშნებოდა მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა ოლიგომენორეის (3შემთხვევა) და მეორადი ამენორეის (1შემთხვევა) სახით, აგრეთვე დისფუნქციური საშვილოსნოსმიერი სისხლდენები (2შემთხვევა).

ძლიერად გამოხატული ანდროგენიზაციის არსებობა დაუდგინდა გოგონათა 1.26%-ს (5შემთხვევა). მათგან სეზორეა-აკნეს და ჰირსუტიზმის ძლიერი ინტენსივობით გამოვლინება და ალოპეცია აღინიშნებოდა 1შემთხვევაში. ხუთივე გამოკვლეულ გოგონას სასქესო თმთანობა ბოქვენზე ჰქონდა განვითარებული მამაკაცური ტიპით.

მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევები, მკვეთრად გამოხატული ანდროგენიზაციის კლინიკური ნიშნები, ჭარბი წონა და ჰიპოთალამური სტიგმები, იზოლირებულად ან კომბინირებული სახით გამოვლენილი, ჩვენს მიერ შეფასებული იქნა სავარაუდო რეპროდუქციულ-ენდოკრინულ დარღვევებად, რომელთა საერთო სიხშირემ შეადგინა 7.6%. იხ. დიაგრამა N 2.

## დიაგრამა N 2

### სავარაუდო რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევების კლინიკური გამოვლინებების სიხშირე გამოკვლეულ გოგონებში



- სიმსუქნე, სტრიები, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა
- ანდროგენიზაციის ძლიერად გამოხატული ფორმები
- კენეჰირსუტიზმი, სიმსუქნე, სტრიები, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა
- მენსტრუაციული ციკლის მყრი იზოლირებული დარღვევა
- კენეჰირსუტიზმი, მენსტრუაციული ციკლის დარღვევა
- სულ

საგულისხმოა, რომ გოგონათა მხოლოდ 0.74%-მა მიმართა ექიმს პუბერტატული პერიოდის დარღვევების შემთხვევაში, ხოლო 1.7%-კი ანდროგენიზაციის პრობლემის გადაჭრას კოსმეტოლოგის საშუალებით შეეცადა.

ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის 2000-2005წლებში პაციენტთა მომართვიანობის სტრუქტურის ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ მოზარდთა წილი კლინიკაში შემოსულ ყველა პაციენტს შორის შეადგენდა 23.2%-ს. მათგან საკვერცხეების პირველადი პოლიკისტოზი აღინიშნებოდა შემთხვევათა 15.5%-ში, ადრენოგენიტალური სინდრომი-10.1%, ჰიპოთალამური სინდრომი-31.3%, ჰიპერპროლაქტინემია-4.4%, საკვერცხეების დისფუნქცია-8.1%, საკვერცხეების დისფუნქცია მენომეტრორაგიის ტიპით (გამოხატული ანემიით)-9.9%, ვულვოვაგინიტი-

9.1%, სქესობრივი განვითარების თანდაყოლილი ანომალიები-4.0%, საკვერცხის კისტა-2.9%, ნაადრევი სქესობრივი მომწიფება-0.8% და სხვა-3.5%. აღსანიშნავია, რომ მომართვიანობა ძირითადად განპირობებული იყო მენსტრუაციული ციკლის მკვეთრი, ხანგრძლივი დარღვევებით (II ამენორეა, ოლიგომენორეა, მენომეტრორაგია ანემიით), მძიმე ხარისხის ანდროგენიზაციით (ჰირსუტული რიცხვი უხშირესად 24-38), სიმსუქნით (სმი>30)

კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევისას ჩვენს მიერ გამოყოფილი გოგონებიდან სავარაუდო ენდოკრინულ-რეპროდუქციული დარღვევებით კლინიკას მომართა 7-მა. პაციენტებს ჩაუტარდა შესაბამისი კლინიკურ-ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევა. კვლევის შედეგად დაისვა შემდეგი დიაგნოზები: ჰიპოთალამური სინდრომი (2 შემთხვევა), ჰიპოთალამური სინდრომი საკვერცხეების მეორადი პოლიკისტოზით (1 შემთხვევა), ადრენოგენიტალური სინდრომის პუბერტატული ფორმა (1 შემთხვევა), ჰიპერპროლაქტინემიის სინდრომი (1 შემთხვევა), ინსულინრეზისტენტული მეტაბოლური სინდრომი საკვერცხეების მეორადი პოლიკისტოზით (1 შემთხვევა), საკვერცხეების დისფუნქცია მენომეტრორაგიის სახით (1 შემთხვევა). პაციენტებს დაენიშნათ სათანადო მკურნალობა.

ამგვარად, კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევა წარმოადგენს მაღალინფორმაციულ მეთოდს მოზარდთა ფიზიკური და სქესობრივი განვითარების შესაფასებლად და ენდოკრინულ-რეპროდუქციული დარღვევების დროული გამოვლინებისათვის.

მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ როგორც ზემოთ მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, მიმართვიანობა სავარაუდო რეპროდუქციულ-ენდოკრინული დარღვევებით სპეციალიზირებულ დაწესებულებებში არის დაბალი და უხშირესად დაგვიანებული, რაც განპირობებულია არა მხოლოდ ეკონომიკური ხელმისაწვდომობის შეზღუდულობით, არამედ იმითაც, რომ მოზარდებისა და მათი მშობლებისთვის სირთულეს წარმოადგენს პუბერტატის ფიზიოლოგიური ვარიაციებისა და პათოლოგიების გამიჯვნა. ამრიგად, მოზარდთა ინფორმირება-განათლებას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მისი გაუმჯობესებისა და შენარჩუნების თვალსაზრისით.

აქედან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მეორე ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა ხარისხობრივი კვლევის ჩატარება მოზართა ინფორმირება-განათლების დონის, შეხედულებების და საჭიროებების შესაფასებლად რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში.

სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ ინფორმირებულ რესპოდენტთა საერთო სიხშირე საკმაოდ მაღალი აღმოჩნდა (90.7%). ამასთან, ინფორმირებული 15წლის გოგონების სიხშირე მნიშვნელოვნად დაბალი იყო (86.2%) უფროსი ასაკის გოგონებთან შედარებით(93.5%), თუმცა 16 და 17წლის გოგონებს შორის ეს სხვაობა არ იყო შესამჩნევი. ამასთან, გამოიკვეთა სქესობრივ ურთიერთობებს შორის ისეთი საკითხები, რომლებშიც გოგონები უფრო მეტად იყვნენ გარკვეული, კერძოდ, დაორსულებისა და ორსულობის შესახებ (2.8ქულა). გოგონები უფრო ნაკლებად იყვნენ ინფორმირებული კონტრაცეპციის (2.4ქულა) და კიდევ უფრო ნაკლებად სგგი-ის თავიდან აცილების (2.1ქულა) და სქესობრივი მოთხოვნილების თვითდაკმაყოფილების (1.8ქულა) შესახებ.



რეპროდუქციული ქცევის შესაფასებლად, კერძოდ მოზარდების სქესობრივი აქტივობის დასადგენად, გამოყენებული იქნა გამოკითხვის არაპირდაპირი მეთოდი. გოგონათა ნახევარი თვლიდა, რომ მათ თანატოლებს ჰქონიათ სქესობრივი ურთიერთობა. კერძოდ, არაპირდაპირი გამოკითხვა გამოყენებული იყო იმ მიზნით, რომ მოზარდები შესაძლებელია გულწრფელნი არ ყოფილიყვნენ საკუთარი ქცევის ასახვაში, თუმცა თავის მხრივ არაპირდაპირი გამოკითხვაც შეიძლება შეიცავდეს გარკვეულ ცდომილებას. კერძოდ, თანატოლებში იგულისხმებოდა ვაჟებიც, რომელთა მხრიდან ინფორმაცია შეიძლება იყოს გადაჭარბებული მათი საზოგადოებაში თვითდამკვიდრების მიზნით. ლიტერატურის მონაცემებიდან ცნობილია, რომ ევროპაში გოგონების 80%-ს აქვს სქესობრივი გამოცდილება 18წლამდე ასაკში (Bcci, 2001; Мешкова Н. М., 2003; Hilber, 2004).

მოზარდი გოგონების 100% თვლის, რომ იცის, რა არის აბორტი, თუმცა ისინი ნაკლებად არიან ინფორმირებული იმის შესახებ, თუ ჯანმრთელობისთვის რა მავნე შედეგები შეიძლება მოყვეს აბორტს. მოზარდების უმრავლესობა მსოფლიოში, განსაკუთრებით პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში, ნაკლებად არის ინფორმირებული არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების გზების და კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდების შესახებ. (Stevens-Simon 1999, Greydnus 2001 და სხვა) აბორტის მაჩვენებლის შემცირება პირდაპირ კავშირშია ინფორმაციის გაზრდასთან არასასურველი ორსულობების შემთხვევებში პროფილაქტიკური ზომების შესახებ და საპასუხისმგებლო სქესობრივი ქცევის ჩამოყალიბებასთან. უკანასკნელი მონაცემებით, რუსეთში, ბულგარეთში, პოლონეთში, რუმინეთში სოციოლოგიური კვლევის თანახმად, მოზარდებისა და ახალგაზრდების 40%-ზე მეტი არ არის ინფორმირებული კონტრაცეპციის მეთოდების და ხელოვნურად შეწყვეტილი ორსულობის შედეგების შესახებ (Schutter, Lucie vn, 2003; Уварова Е. В., Кулаков В. И., 2005). რესპოდენტები აბორტის მავნე შედეგებიდან ძირითადად ასახელებდნენ უნაყოფობას (71.2%), სისხლდენას (48.1%) და საშვილოსნოს დაზიანებას (47.9%), მხოლოდ მცირე ნაწილისთვის იყო ცნობილი აბორტის ისეთი გართულებების შესახებ, როგორებიცაა- ანთებითი დაავადებები (18.7%) და ინფიცირება (17.8%).

კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მოზარდების უმრავლესობამ (94,9%) იცის, რომ შესაძლებელია არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება, თუმცა ნაკლებია იმ მოზარდების წილი, რომლებმაც იციან არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების კონკრეტული მეთოდების შესახებ (90.1%). რესპოდენტები ძირითადად ინფორმირებულები არიან კონტრაცეპციის სამი მეთოდის შესახებ- კონდომი(82.9%), ჰორმონული აბები (77.9%) და სშს (57.8%), ხოლო სხვა მეთოდების შესახებ ინფორმირებულთა წილი მეტად მცირეა (3.5%-14.5%ფარგლებში). მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ კონტრაცეპციის კონკრეტული მეთოდების კორექტული გამოყენების შესახებ ინფორმაცია საგრძნობლად დაბალია, კერძოდ, კონდომი-64.2%, ჰორმონალური აბები-31.2%, სშს-24.2%. ლიტერატურაში არსებული მონაცემებიც მიუთითებს იმაზე, რომ მოზარდთა უმრავლესობა კონტრაცეპციის მეთოდებიდან იყენებს კონდომს. მაგალითად, ნიდერლანდებში მოზარდთა დიდი ნაწილი (75%) იყენებს კონდომს, 24%-ორალურ კონტრაცეპტივებს, დანარჩენი კი- კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდს ( Timmer,2002; nke vn Dm, 2004).

მოზარდთა საკმაოდ მაღალი სქესობრივი აქტივობა და არასრული ინფორმირება სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების (სგგდ), მათ შორის აივ/შიდსის გადაცემის გზებისა და პრევენციის მეთოდების შესახებ ზრდის ამ დაავადებების რისკს მოზარდებში ( Krnekov, 2003).

საინტერესო აღმოჩნდა გენდერული დამოკიდებულება ქორწინებამდე სქესობრივი ურთიერთობების მიმართ. მათი უმრავლესობა დასაშვებად მიიჩნევს ვაჟების ურთიერთობას მეძავთან (72,8%) და საცოლესთან (54,1%), ნაკლები წილი (32,7%) შეყვარებულთან და უფრო მცირე (3,8%) - მეგობართან. ეს მაჩვენებლები საკმაოდ დაბალია გოგონებთან მიმართებაში, კერძოდ, გოგონებისთვის ქორწინებამდე სქესობრივი ურთიერთობებს რესპოდენტები დასაშვებად თვლიან ძირითადად საქმროსთან(46.2%), უფრო იშვიათად-შეყვარებულთან(17.8%) და მეგობართან(2.8%).

მიუხედავად იმისა, რომ, რესპოდენტების გარკვეულ ნაწილს დასაშვებად მიაჩნდა ქორწინებამდე სქესობრივი ურთიერთობა, საინტერესო იყო იმის დადგენა, თუ როგორი იყო მათ მიერ ამ ფაქტის შეფასება. გამოკითხულთა მნიშვნელოვანი ნაწილი (38.2%) ასეთ ურთიერთობებს უარყოფითად აფასებს, რაც, ალბათ, უნდა აიხსნას ქვეყანაში არსებული ტრადიციული შეხედულებებით.

მნიშვნელოვანი იყო რესპოდენტთა შეხედულება იმის შესახებ, თუ ვის უნდა მიმართოს მათმა თანატოლმა გოგონამ დაორსულების შემთხვევაში და როგორ უნდა მოიქცეს ასეთ შემთხვევაში. გოგონათა ძალიან მცირე ნაწილი თვლის, რომ დამოუკიდებლად უნდა შეწყვიტოს ორსულობა (2.7%), ან გააჩინოს ბავშვი (11.9%). უმრავლესობას კი მიაჩნდა, რომ უნდა მიმართოს ექიმს (39.1%), ან მშობლებს(54.1%).

გარკვეულ ინტერესს წარმოადგენდა იმის დადგენა, თუ საიდან იღებენ მოზარდები ინფორმაციას სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ. აღმოჩნდა, რომ სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ ინფორმაცია მოზარდებს ძირითადად მიღებული აქვთ მეგობარ-ამხანაგებისგან (59.7%) და ტელევიზიით (41.2%), უფრო ნაკლებად დედისგან (18%), ჟურნალ-გაზეთებიდან (16.5%), უფროსი ასაკის ნაცნობებისგან (16.9%) და გაცილებით ნაკლებად - ექიმისგან (4.3%). ჩამოთვლილი ინფორმაციის წყაროები ერთი და იგივეა როგორც თბილისის ცენტრალური, ისე გარეუბნების სკოლების მოსწავლეთათვის. ოამგვარად, ოჯახის წევრების, ექიმების და მასწავლებლების როლი სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაში საკმაოდ დაბალია. სხვადასხვა გამოკვლევით დადგინდა, რომ მოზარდები ძირითადად (განსაკუთრებით პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში) ნაკლებად ინფორმირებულები არიან სქესობრივი ურთიერთობებისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. მათი ინფორმირების ძირითადი წყაროებია მასმედია, მეგობარ-ამხანაგები და სქესობრივი პარტნიორები (Kozhukhovskiy, 2003; Brnekov, Stergrn, 2005).

გამოკითხვის შედეგად გამოვლინდა, რომ ინფორმაციის წყაროებს სანდოობის და ხარისხის მიხედვით რესპოდენტები განსხვავებულად აფასებენ. კერძოდ, დედისგან და ექიმისგან მიღებულ ინფორმაციას გოგონები უპირატესობას ანიჭებენ და მას უმჯობესად თვლიან.

საინტერესო იყო მოზარდების აზრი იმის შესახებ უნდა ისწავლებოდეს თუ არა სკოლებში საგანი, რომელიც მოიცავს საკითხებს სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ და ვინ უნდა ასწავლიდეს ამ საგანს. მოზარდების აზრით სკოლაში უნდა ისწავლებოდეს

საგანი სქესობრივი ურთიერთობების შესახებ (67.5%), ძირითადად IX-X კლასიდან, რომელსაც უნდა ასწავლიდეს სპეციალურად მომზადებული ახალგაზრდა პედაგოგი ქალი.

მოზარდების უმრავლესობა (85,8%) თვლის, რომ აქვს გარკვეული წარმოდგენა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და მათ შორის შიდსის შესახებ. განსაკუთრებით მაღალია მოზარდთა ინფორმირებულობა აივ/შიდსის (90%) შესახებ და ნაკლები- სიფილისის(28.6%), გონორეის(12.8), ქლამიდიოზის(2.3%) და სხვათა შესახებ, თუმცა მათმა უმრავლესობამ არ იცის სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების დამახასიათებელი ნიშნები(73.2%).

საინტერესო იყო იმის დადგენა, ჰქონიათ თუ არა მოზარდ გოგონებს რაიმე უხერხულობა სქესობრივ მომწიფებასთან დაკავშირებით და როგორი იყო მათი შეხედულება, თუ ვის უნდა მიმართონ სქესობრივი მომწიფების პერიოდში არსებული პრობლემების შემთხვევაში. გოგონათა თქმით, მათ უმრავლესობას (74.7%) არ ჰქონიათ რაიმე უხერხულობა სქესობრივ განვითარებასთან დაკავშირებით, ხოლო 25.3%-მა აღნიშნა გარკვეული უხერხულობა. გოგონების უმრავლესობას მიაჩნია, რომ სქესობრივ განვითარებასთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობის შემთხვევაში უნდა მიმართოს ექიმს ან მშობელს.

ცნობილია, რომ მოზარდებში აღინიშნება რეპროდუქციული და სქესობრივი ჯანმრთელობის სფეროში ცოდნის დეფიციტი. ეკონომიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ბარიერების გამო შეზღუდულია ხელმისაწვდომობა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სამსახურისადმი. ამასთან, მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ყველა ქვეყანაში კანონმდებლობისა და კულტურულ-ტრადიციული თავისებურებების გამო ეს ბარიერები განსხვავებულია. (Nukushev, 2002; Rivett, 2002; ckerhns, 2003; Goodson, 2004 და სხვ.).

ამრიგად, მოზარდი გოგონები საკმაოდ ინფორმირებულები არიან სქესობრივი ურთიერთობების, აბორტის, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილების, სგგი-ის, მათ შორის აივ/შიდსის შესახებ ზოგად საკითხებში, თუმცა მათი ცოდნის დონე კონტრაცეპციის მეთოდების კორექტული გამოყენების, სგგი-ის კონკრეტული გამოვლინებების, აბორტის გართულებების და მათი თავიდან აცილების შესახებ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ინფორმირებულობის დონეს. თვით მოზარდები არასაკმარისად მიიჩნევენ ინფორმაციას რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში და მათი უმრავლესობა მიუთითებს საგანმანათლებლო პროგრამების ფუნქციონირების აუცილებლობაზე რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. ამასთან, ცნობილია, რომ რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში ინფორმირება-განათლება, საპასუხისმგებლო რეპროდუქციული ქცევის ჩამოყალიბება მოზარდებში მომავალში რეპროდუქციული პოტენციალის შენარჩუნებას და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას განსაზღვრავს.

## დასკვნები

1. ქ. თბილისში, კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე, მოზარდი გოგონების ძირითადი უმრავლესობის ფიზიკური და სქესობრივი განვითარება შეესაბამება ასაკობრივ ნორმებს. სხეულის მასის ინდექსის მატება უფრო ხშირი იყო, ვიდრე დეფიციტი. სხეულის მასის ინდექსი ჩამორჩებოდა ასაკობრივ ნორმას შემთხვევათა 1.3 %-ში, სხეულის მასის ინდექსის მომატება აღინიშნებოდა 4.45%-ში, მათგან ჭარბი წონა 2.6 %-ში და სიმსუქნე -1.85%-ში.

2. მენარხეს ასაკი გამოკვლეულ გოგონებში მერყეობს 10-დან-15-წლის ფარგლებში. ქ. თბილისში გამოვლინდა მენარხეს საშუალო ასაკის შემცირება ბოლო 20წლის განმავლობაში 0.1წლით. სქესობრივ განვითარებაში ჩამორჩენა აღინიშნებოდა მოზარდ გოგონათა 0.29%-ში, ნაადრევი სქესობრივი განვითარება \_ 0.44%-ში.

3. მენსტრუაციული რიტმის დარღვევები გამოკვლეულ მოზარდებში სარწმუნოდ ხშირია პუბერტატის I ფაზაში IIფაზასთან შედარებით, რაც უკავშირდება მენსტრუაციული ფუნქციის ჩამოყალიბების ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს. მენსტრუაციული ფუნქციის დარღვევებიდან ყველაზე ხშირად აღინიშნებოდა ოლიგომენორეა და დისმენორეა, ხოლო საშვილოსნოსმიერი დისფუნქციური სისხლდენები და ამენორეა იყო შედარებით იშვიათი.

4. ანდროგენიზაციის კლინიკური გამოვლინებებიდან ყველაზე ხშირია მსუბუქი ხარისხის სეზორეა და აკნე (14.07%), რომლებიც პრეპუბერტატში აღინიშნება სარწმუნოდ დაბალი სიხშირით პუბერტატთან შედარებით. ანდროგენიზაციის გამოვლინებების სიხშირე ჰირსუტიზმის, აკნეს და სეზორეის სახით (4.74%) სარწმუნოდ არ განსხვავდებოდა პუბერტატის ფაზების მიხედვით, თუმცა II ფაზაში აღინიშნებოდა მისი ინტენსივობის მომატება.

5. მენსტრუაციული ციკლის მდგრადი დარღვევების, ანდროგენიზაციის კლინიკური ნიშნების, ჭარბი წონის და ჰიპოთალამური სტიგმების იზოლირებულად ან კომბინირებულად გამოვლინება ჩვენს მიერ შეფასებული იქნა სავარაუდო რეპროდუქციულ-ენდოკრინულ დარღვევებად, რომელთა სიხშირემ შეადგინა 7.6%.

6. მოზარდი გოგონების უმრავლესობა (90.7%) ინფორმირებული აღმოჩნდა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებში (დაორსულება, არასასურველი ორსულობის თავიდან აცილება, აივ/შიდსი, სგგი, კონტრაცეპცია), თუმცა აბორტის მავნე შედეგების, კონტრაცეპციის სხვადასხვა მეთოდების კორექტული გამოყენების, სგგი-ის და აივ/შიდსის თავიდან აცილების გზების მცოდნეთა სიხშირე მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ინფორმირებულთა სიხშირეს.

7. მოზარდთა აზრით, მათი ცოდნა სქესობრივი ურთიერთობების, არასასურველი ორსულობის, აივ/შიდსი-ის და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების თავიდან აცილების, კონტრაცეპციის შესახებ არ არის საკმარისი და მათი უმრავლესობა(67.4%) მიუთითებს სქესობრივი განათლების საჭიროებაზე საგანმანათლებლო დაწესებულებებში.

8. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის პრობლემების გამო სამედიცინო დაწესებულებებში მოზარდთა არასაკმარისი, დაგვიანებული მიმართვიანობა, უხშირესად მძიმე დარღვევებით, მიუთითებს მათი აქტიურად გამოვლინების მიზანშეწონილობაზე.

9. კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევები მაღალინფორმაციულია რეპროდუქციული ფუნქციის დარღვევების ადრეულ სტადიაზე გამოვლინების თვალსაზრისით და შემდგომში რეპროდუქციული ფუნქციის მძიმე პათოლოგიების და უნაყოფობის პროფილაქტიკას წარმოადგენს.

### **პრაქტიკული რეკომენდაციები:**

1. მოზარდი გოგონების არასაკმარისი ცოდნა არასასურველი ორსულობის, აივ/შიდსი და სგგი-ის თავიან აცილების გზების, კონტრაცეპციის კონკრეტული მეთოდების კორექტული გამოყენების შესახებ მიუთითებს ამ სფეროში საგანმანათლებლო პროგრამების აქტიური ფუნქციონირების მიზანშეწონილობაზე სასწავლო-საგანმანათლებლო დაწესებულებებში თვით გოგონათა შეხედულებების, საჭიროებების და მოთხოვნილებების გათვალისწინებით.

2. რეკომენდებული მოზარდი გოგონების პერიოდული კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევების ჩატარება რეპროდუქციული სისტემის მდგომარეობის მონიტორინგისათვის.

3. მიზანშეწონილია მოზარდთა საგანმანათლებლო და ჯანდაცვის პროგრამების შემუშავებისას ჯანდაცვის ორგანიზატორებმა გაითვალისწინონ მოზარდთა კლინიკური-ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები, მათი ინფორმირება- განათლების დონე, საჭიროებები და მოთხოვნილებები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის სფეროში. დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებული შრომათა სია - იხილეთ გვ. 34

### **Общая характеристика работы**

#### **Актуальность проблемы**

Формирование репродуктивной системы - сложный и тонкий процесс, на который влияют биологические, в том числе, генетические, социальные, экономические, этнические и другие факторы (Midyet et l., 2003; Вовк И.Б. и соавт., 2005; Greydnus et l., 2006 и др.). Политические события, гражданская война и этнические конфликты, тяжелейший социально-экономический кризис, ухудшение экологической ситуации и ряд других событий, развивающихся в Грузии в 90-х годах прошлого века, повлияли на формирование репродуктивного здоровья подростков. Улучшение состояния репродуктивного здоровья населения для Грузии имеет не только медицинское, но и социальное и, возможно, политическое значение, поскольку страна находится в тяжелом демографическом положении. Поскольку репродуктивная система формируется именно в подростковом периоде, важно на ранней стадии выявить различные нарушения, характерные для данного периода (преждевременное половое развитие и его задержка, андрогенизация, нарушения менструального цикла и др.) с целью своевременного лечения и профилактики тяжелых форм заболеваний. Это, само собой, предусматривает превенцию бесплодия в период репродукции и улучшение репродуктивного здоровья в Грузии.

Нужно отметить, что в улучшении репродуктивного здоровья важная роль принадлежит формированию правильного репродукционного поведения (Гарден А., 2001; Kellogg, 2005; Ebling, 2005 и др.). Заслуживает внимания тот факт, что в последнее время, по сравнению с предыдущими годами, подростки являются сексуально активными с более раннего возраста, возросла частота нежелательных беременностей и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), искусственный аборт все еще остается методом планирования семьи среди молодежи (Sedlecki, 2002; Timmer, 2002 и др.).

Известно, что среди подростков отмечается дефицит знаний в сфере репродуктивного и полового здоровья. Из-за экономических, социальных и психологических барьеров для подростков ограничен доступ к службам репродуктивного здоровья (Хомасуридзе А., 2003; Klein, 2005 и др.). К тому же, следует учитывать, что эти барьеры во всех странах различны в связи с особенностями их законодательств и культурных традиций (Senderowitz, 2000; Новак Э., 2002; Ginsberg, 2005 и др.).

В связи с выше изложенным, очень важно правильно и целенаправленно информировать и просвещать подростков в вопросах репродуктивного здоровья и планирования семьи, что предусматривает создание специальных образовательных программ в сфере репродуктивного здоровья для информирования подростков с учетом уровня их знаний, взглядов и нужд. С помощью образования возможно без медицинского вмешательства предотвратить такие проблемы репродуктивного здоровья, как преждевременная половая активность, нежелательная беременность, аборты, инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД.

В ряде стран мониторинг здоровья популяций путем проведения клинико-эпидемиологических исследований применяется как весьма важное мероприятие для установления состояния здоровья населения и разработки соответствующих программ здравоохранения (Grimes, Schulz, 2002; Уварова Е.В., 2005 и др.).

Исходя из вышесказанного, весьма актуальным является проведение исследований среди подростков с целью установления состояния их репродуктивного здоровья и уровня их информированности и образования.

### **Цель и задачи исследования**

Целью нашего исследования являлось установление состояния репродуктивной системы девочек - подростков, проживающих в г. Тбилиси и оценка уровня их информированности и образования, взглядов и нужд в сфере репродуктивного здоровья.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

I. Установление состояния репродуктивной системы девочек подростков возраста 10-16 лет, проживающих в г. Тбилиси, путем клинико-эпидемиологического исследования.

1. Оценка физического развития девочек - подростков (рост, вес, индекс массы тела) на основании клинических исследований.
2. Оценка полового развития учащихся (сроки развития вторичных половых признаков, возраст менархе, особенности менструального цикла) на основании анализа данных анамнеза и результатов клинического исследования.
3. Установление частоты и характера клинических проявлений, свойственных для патологий, характерных репродуктивной системе (преждевременное половое развитие и задержка полового развития, себорея, акне, патологическое оволосение, ожирение, гипоталамические стигмы, нарушения менструального цикла).
4. Сопоставление результатов текущих клинических исследований с результатами ретроспективного исследования, проведенного в 1984 году.
5. Установление структуры и тяжести проявлений патологий репродуктивной системы подростков на основании анализа данных Института репродукции человека им. И. Ф. Жордания.

II. Установление уровня информированности и образования девочек-подростков и оценка их взглядов и нужд в сфере репродуктивного здоровья и планирования семьи, на основании качественного исследования при помощи специально составленных вопросников.

### **Научная новизна работы**

Впервые на основании клинико-эпидемиологических исследований в г. Тбилиси была проведена оценка физического и полового развития девочек-подростков. Был установлен средний возраст менархе, частота и виды нарушения менструального цикла по стадиям пубертатного развития.

Была установлена частота клинических признаков андрогенизации, избыточного веса, гипоталамических стигм у девочек-подростков.

На основании сопоставления данных проспективного и ретроспективного исследований было установлено, что средний возраст менархе в декаде снизился на 0,05 лет (соответственно, в 2005 году – 12,4 лет, а в 1985 году – 12,5 лет).

Стойкие нарушения менструального цикла, резко выраженные клинические признаки андрогенизации, избыточный вес и гипоталамические стигмы в изолированном виде, либо в комбинации друг с другом, нами были расценены как предполагаемая репродуктивно-эндокринные нарушения, частота которых во II фазе пубертата оказалась достоверно выше, по сравнению с I фазой, что можно объяснить прогрессированием заболевания с возрастом.

На основании сопоставления результатов собственных исследований со структурой диагнозов в отделении становления репродуктивной функции научно-исследовательского Института репродукции человека им. И.Ф.Жордания, было установлено, что в специализированные медицинские учреждения подростки обращаются в основном с тяжелыми, сравнительно длительно протекающими репродуктивно-эндокринными нарушениями.

Впервые было установлено, что большинство исследованных девочек-подростков информированы по основным вопросам репродуктивного здоровья, в том числе, о

беременности, предотвращении нежелательной беременности, о вредных последствиях аборта и инфекций, передаваемых половым путем, о ВИЧ/СПИД. В тоже время, уровень их знаний по корректному использованию различных методов контрацепции, о путях предотвращения инфекций, передаваемых половым путем, значительно отстает от уровня информированности.

### **Практическая ценность исследования**

Установлено, что клинико-эпидемиологическое исследование является информативным методом оценки физического и полового развития подростков и дает возможность выявления репродуктивно-эндокринных нарушений на ранних стадиях, что очень важно с практической точки зрения. Несмотря на то, что по мнению большинства подростков при нарушениях полового развития нужно обращаться к врачу, их реальная обращаемость в медицинские учреждения очень низкая и часто запоздалая. При этом своевременное, активное выявление репродуктивно-эндокринных нарушений у подростков очень важно с точки зрения профилактики бесплодия.

### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. В г. Тбилиси физическое и половое развитие основного большинства девочек-подростков соответствует возрастным нормам и стадиям полового развития. Повышение индекса массы тела у девочек-подростков отмечается чаще, чем снижение. Возраст менархе за последние 20 лет в г. Тбилиси существенно не менялся.
2. Нарушения менструального цикла чаще наблюдаются в I фазе пубертата, по сравнению с II фазой. Наиболее частыми нарушениями менструального цикла у подростков являются олигоменорея и дисменорея, в основном обусловленные физиологическими особенностями пубертата.
3. У девочек-подростков часто проявляются акне и себорея легкой степени. Устойчивые нарушения менструального цикла на фоне андрогенизации, либо гипоталамических стигм и ожирения указывают на возможность наличия репродуктивно-эндокринных нарушений.
4. Обращаемость девочек-подростков в медицинские учреждения по поводу проблем репродуктивного здоровья низкая и запоздалая.
5. У большинства девочек-подростков отмечается дефицит знаний в вопросах репродуктивного здоровья. Глубина их знаний существенно отстает от информированности. Апробация работы.

Апробация диссертации состоялась 30 марта 2006 года на расширенном межотделенческом заседании научно-исследовательского Института репродукции человека им. И. Ф. Жордания.

Фрагменты работы были доложены на I Международной конференции "Репродуктивное здоровье молодежи" (г. Тбилиси, 6-8 мая 2006 г.).

**Публикации По теме диссертации опубликованы 4 статьи.**



## **Внедрение результатов исследований в практику**

Результаты работы внедрены в медицинских кабинетах средних школ г. Тбилиси, в научно-исследовательском Институте репродукции человека им И.Ф. Жордания.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертационная работа выполнена на базе научно-исследовательского Института репродукции человека им. И. Ф. Жордания (Генеральный директор проф. А. Хомасуридзе). Диссертация состоит из следующих разделов: введение, обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований и их обсуждение, выводы, практические рекомендации и список цитированной литературы. Работа изложена на 108 печатных страницах, иллюстрирована 10 таблицами и 30 диаграммами. Список использованной литературы содержит 255 источника.

### **Материал и методы исследования**

С целью оценки состояния репродуктивной системы в школах г. Тбилиси, нами было проведено клинико-эпидемиологическое исследование 675 девочек-подростков в возрасте 10-16 лет. Клиническое исследование девочек предусматривало определение роста и массы тела и на их основании установление индекса массы тела. Оценивались степень полового развития, состояние кожного покрова (себорея, акне, гипертрихоз, гирсутизм, гипоталамические стигмы: белые, окрашенные, пигментация, сухость), развитие жировой ткани и ее перераспределение на теле.

По данным анамнеза устанавливался возраст начала полового развития и его динамика, (последовательность развития молочных желез и появления полового оволосения), возраст менархе, особенности менструального цикла (ритм, продолжительность менструации, количество выделений, болезненность). Оценка всех этих данных проводилась по стадиям пубертатного развития. Препубертат – с 10-летнего возраста до менархе, I фаза пубертата – до двух лет от менархе, II фаза пубертата – 2 года и более после менархе.

Рост измерялся в сантиметрах, масса – в килограммах, индекс массы тела (ИМТ) определялся по формуле G.Вгу (1978 г.): масса тела(кг)/рост(квм). По этой формуле индекс массы тела  $\leq 19$  соответствовал астеническому типу строения тела, 20-25 – нормостеническому,  $\geq 25$  и больше – гиперстеническому типу.

По индексу массы тела девочки распределялись по следующим группам: дефицит массы тела (ИМТ - 10-19), нормальная масса (ИМТ - 19-24,9 квм), избыточный вес (ИМТ-25-26,9), ожирение (ИМТ - 27-29,9), резкое ожирение (ИМТ  $>30$ ), патологическое ожирение (ИМТ  $>40$ ). Тип перераспределения жировой ткани устанавливался по индексу соотношения окружностей талии и бедер. Различались гиноидный ( $t/b \leq 0,8$ ) и висцеральный ( $t/b \geq 0,8$ ) типы перераспределения жировой ткани.

Половое развитие оценивалось по схеме Tunner-a (1955 г.). Вторичные половые признаки обозначались латинскими буквами: оволосение на лобке – Р, аксиллярное оволосение – Ах, молочные железы – Ма, менструация – Ме. Развитие каждого из них оценивалось 4 степенями – 0, 1, 2, 3.

Акне оценивалось по количеству и качеству: легкая, средняя и тяжелая степени.

Гирсутизм оценивался на основе схемы, предложенной Ferrimn, Glwey (1961 г.), что предусматривает оценку интенсивности оволосения по 4-х бальной системе на 11 андроген-чувствительных зонах, выделенных на теле (верхняя губа, подбородок, грудь, верхняя половина спины, нижняя половина спины, плечи, верхняя и нижняя половина живота, верхние и нижние конечности).

С целью оценки информированности и степени знания и нужд в сфере репродуктивного здоровья, методом углубленного интервью было проведено качественное исследование девочек- подростков возраста 15-17 лет. Всего были опрошены 315 учениц школ г. Тбилиси как в центральных районах, так и на окраинах. Опрос проводился в период от октября 2002 года до марта 2003 года. Для получения статистически достоверных данных и их сопоставления, исходя из основных целей исследования, была применена модель равного представительства.

Были составлены варианты вопросов, вокруг которых должно было состояться углубленное интервью. Блоки вопросов, в основном, были направлены на исследование информированности и образованности девочек подростков и их отношения к следующим вопросам: половые отношения, заболевания, передаваемые половым путем, контрацепция, аборт, половое созревание и нарушения, связанные с ним, половое образование. Продолжительность каждого интервью составляла приблизительно 40 минут.

Полученные данные были обработаны с помощью программы вариационной статистики Microsoft Excel, с использованием t-критерия Стьюдента (интервал достоверности 95%).

Корреляционный анализ проводился с использованием формул Спирмана и Пирсона (коэффициент достоверности 99,9%).

Данные в тексте и таблицах представлены следующим образом: М – средняя арифметическая, m - средняя погрешность, p – коэффициент достоверности.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Клинико-эпидемиологическим исследованием, проведенным в г. Тбилиси, было установлено, что средний рост и вес большинства девочек-подростков соответствует возрастным нормам. Хотя, отмечались более высокие по сравнению с данными литературы показатели роста (Коколина В.Ф., 2002). Этот факт указывает на акселерацию подростков, которая в последние годы отмечается и в других странах (Jiyesimi et al., 2002; Prent et al., 2003 и др.). Отставание в росте отмечалось в 0,6%-х случаев (4 случая), индекс массы тела оказался меньше (ИМТ 12,5-16 кг/кв2) возрастной нормы в 1,3%-х (9 случаев), увеличение индекса массы тела отмечалось в 4,45%-х (30 случаев), из них избыточный вес в 2,6%-х (18 случаев), ожирение в 1,85%-х (12 случаев). При увеличении ИМТ проводилась оценка перераспределения подкожной жировой ткани. В 70%-х (21 случай) отмечалось перераспределение подкожной жировой ткани по гиноидному типу ( $t/b \leq 0,8$ ), а в 30%-х (9 случаев) - по висцеральному типу ( $t/b \geq 0,8$ ), что характерно для инсулинрезистентного метаболического синдрома и требует своевременной диагностики и лечения (Hnk, 2003; Гулбани Т., 2004; Kong, 2005 и др.). Таким образом, в нашем материале увеличение индекса массы тела, было более частым, чем дефицит. Схожая тенденция отмечена в США и ряде других стран (dir et al., 2002; Crrscovs, 2004 и др.).

Наши исследования показали, что в препубертате и пубертате, несмотря на возраст, физические показатели (рост, масса тела, индекс массы тела) девочек различались. Рост тела, масса тела и показатели индекса массы в фазе пубертата были выше по сравнению с препубертатом. Выявлена прямая корреляция между массой тела и менархе. Средний показатель массы тела 11-13-летних девочек в пубертате был достоверно выше (51,6 кг) по сравнению с препубертатом (43,1 кг). Выявлена также прямая корреляция между ростом и менархе. Средний рост 11-13-летних исследованных девочек был достоверно выше в пубертате (163,5 см) по сравнению с препубертатом (155,1 см). Тут же следует отметить, что у обследованных девочек в возрасте от 11 до 13 лет наблюдалось скачкообразное увеличение роста, соответствующее 4,7 см. Как известно из данных литературы, масса тела

находится в корреляции с наступлением менархе, а скачкообразное прибавление роста связано с менархе (Жуковский М.А., 1982; Гуркин Ю.А., 2000; Гарден А., 2001 и др.).

У большинства девочек в период менархе, несмотря на возраст, отмечалась масса тела 44-47 кг, что указывает на тесную взаимосвязь полового и физического развития. В частности, половое развитие начинается после определенного критического уровня массы тела (Коколина В.Ф., 1998; Sigel, 2005 и др.).

Выявлены сильные корреляционные связи между менархе и развитием вторичных половых признаков (с оволосением лобка – 0,69; оволосением в подмышечных углублениях – 0,70; с развитием молочных желез – 0,68), а также сильные прямые корреляционные связи между индексом массы тела и развитием вторичных половых признаков.

Возраст менархе у исследованных девочек колебался от 10 до 15 лет. Средний возраст менархе составил 12,43±0,05 год. Аналогичные данные, полученные сотрудниками Научно-Исследовательского Института Репродукции Человека в 1984г в результате проведенных исследований, составили 12,5 года. Оказалось, что средний возраст менархе за последние 20 лет в г. Тбилиси снизился на 0,05 лет за декаду. В ряде стран отмечается уменьшение возраста менархе. Известно, что на возраст менархе влияют генетические и этнические факторы, а также питание. В течение десяти лет в ряде стран (США, Испания, Китай) отмечено выраженное, а в некоторых (Великобритания, Швеция, Бельгия) - незначительное снижение возраста менархе (Chumle et al., 2003; Prent et al., 2003; Derdorff et al., 2005). Изменение возраста менархе, в основном, объясняют изменениями индекса массы тела и удельной части этнических групп в отдельных исследованиях (Pvlov, 2005; Blythe, 2005).

Позднее менархе наблюдалось у двух девочек в возрасте 16 лет (0,29%), что сопровождалось недоразвитостью соответствующих возрасту вторичных половых признаков (Ах-1 Р-1 Ма-1 Ме-0), а также дефицитом массы тела в одном случае. Такие случаи с учетом позднего развития вторичных половых признаков и их неполноценной степени выраженности, можно рассматривать, как отставание в половом развитии, что требует исследования, уточнения этиопатогенеза и своевременного лечения.

Таким образом, отставание в половом развитии отмечалось у 0,29% исследованных (2 случая). Этот показатель достоверно не отличается от данных, полученных в результате ретроспективного исследования (0,24%).

Преждевременное половое развитие и менархе отмечались у 0,44% (3 случая) исследованных девочек; в одном случае менархе отмечалось в 7-летнем, а в двух случаях - в 9-летнем возрасте. Этому предшествовало развитие вторичных половых признаков в возрасте 5-6 лет, что характерно для преждевременного полового созревания (Гуркин Ю.А., 2000; Новак Э., 2002). Из них в одном случае в момент обследования (12-лет) наблюдался слабо выраженный гирсутизм, а во втором случае – нарушение менструального цикла по типу олигоменореи и тяжелой степени себорея-акне, а также выпадение волос на голове (алопеция). В этих случаях проявление клинических признаков андрогенизации возможно объяснить наличием аденогенитального синдрома, что требует соответствующих исследований и уточнения диагноза.

У 61% (245 случаев) исследованных девочек отмечался регулярный, безболезненный менструальный цикл, а у 38,2% (155 случаев) – нарушения менструального цикла различных типов. Нарушение менструального ритма у исследованных девочек было достоверно частым в I фазе пубертата, по сравнению с II фазой (I фаза – 49,35%; II фаза – 20,73%  $P < 0,001$ ), что, вероятно, связано с физиологическими особенностями формирования менструальной функции в I фазе пубертата (Кулаков И.И., Долженко И.С., 2005).

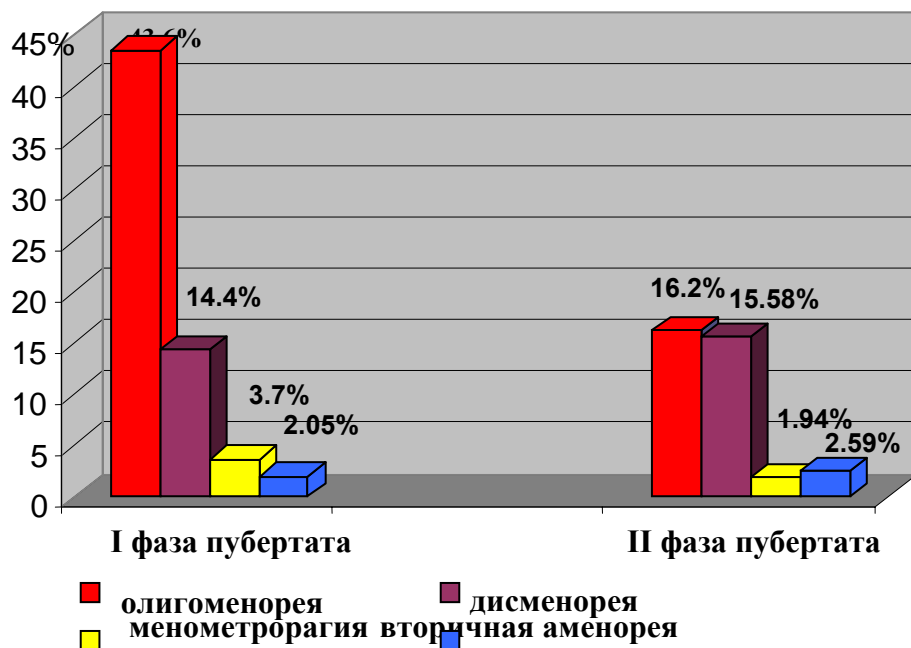
Среди нарушений менструального цикла чаще всего отмечалась олигоменорея (130 случаев – 32,8%) и дисменорея (59 случаев – 14,8%), а дисфункциональные маточные

кровотечения (12 случаев – 3,02%) и амнорея (9 случаев – 2,26%) проявлялись сравнительно редко (см. диаграмму №1).

Как известно из данных литературы (Гуркин Ю.А., 2000; Сабахтарашвили М.А., 2005) в течение двух лет после менархе формируется менструальный цикл с переходом от ановуляторного менструального цикла в овуляторный менструальный цикл. Предполагается, что именно этим обусловлен достоверно высокий показатель частоты нарушений менструального цикла в I фазе пубертата по сравнению с II фазой.

### Диаграмма №1

**Частота различных типов нарушений менструального цикла у обследованных**



Среди исследованных девочек довольно часто (19,5% -132 случая) отмечались себорея-акне. Изолированная себорея-акне отмечалась у 14,7% обследованных девочек. Частота его изолированного проявления в пубертате (82 случая – 20,6%) достоверно превышала частоту, проявляющуюся в препубертате (13 случаев – 4,68%) ( $P < 0,001$ ). Такая высокая частота себореи-акне, по видимому, обусловлена физиологическими изменениями пубертатного периода. Известно, что развитие указанных симптомов связано с повышением уровня слабых андрогенов – ДЭА и ДЭА-сульфата, секреция которых берет начало именно в препубертате, в частности, в периоде адренархе. Для этих гормонов характерен тропизм к жировым железам кожи, поэтому, их гиперсекреция обуславливает избыточное производство жира в данных железах. Развитие акне связано с себореей. Акне представляет собой комедон, сформированный в результате гиперкератоза выводящих протоков жировых желез и застоя жира. При воздействии коринобактерий акне на близлежащих тканях развивается перифокальное асептическое воспаление (Teichmnn, Gertsen, 2004; Krowchik, 2005; Mrmol, 2005 и др.).

Частота гирсутизма достоверно не отличалась по фазам полового созревания, хотя после менархе отмечалась его более сильная интенсивность. У исследованных девочек с гирсутизмом гирсутное число колебалось в пределах 14-34. Частота гирсутизма в общей

группе обследованных девочек составила 2,07% (14 случаев), (в препубертате – 1,44 % - 4 случая, в пубертате – 2,52% - 10 случаев). Во всех 4-х случаях в препубертате отмечался низкий показатель гирсутного числа (14-17), а в пубертате отмечался высокий показатель гирсутного числа (21-34), что, по-видимому, связано с прогрессированием заболеваний, характерным симптомом которых является гирсутизм (адреногенитальный синдром, поликистоз яичников и др.) (Пхаладзе Л., 2002; Квалиашвили С., 2003). Частота совместного проявления признаков андрогенизации – себореи, акне и гирсутизма достоверно высоким была в пубертате (3,78% - 15 случаев) по сравнению с препубертатом (0,72% - 2 случая) ( $P < 0,001$ ), что вероятно, объясняется прогрессированием репродуктивно-эндокринных нарушений в течение пубертата.

Устойчивые нарушения менструального цикла на фоне клинических проявлений андрогенизации (себорея, акне, гирсутизм), отмечались у 2,52% (10 случаев) исследованных девочек. Из них в 8-и случаях отмечалось нарушение менструального цикла по типу олигоменореи, в 2-х случаях – по типу вторичной аменореи. В 4-х случаях были выявлены тяжелой степени акне и себорея на груди, лице и спине, только на лице и спине с меньшей интенсивностью – в 3-х случаях. Гирсутизм средней степени отмечался в 6-и случаях, а сильной интенсивности – в 4-х случаях. Выше отмеченные клинические проявления характерны для поликистоза яичников, адреногенитального синдрома и некоторых других репродуктивно-эндокринных нарушений (Дедов И.И., 2002; Сметник В. П., 2003).

Нарушения менструального цикла наряду с избыточным весом и гипоталамическими стигмами отмечались у 1,26% исследованных (5 случаев). Из них в 3-х случаях отмечался избыточный вес (ИМТ - 25-26,9), в 2 случаях – ожирение. У этих девочек отмечались также розовые стигмы. Перераспределению жировой ткани в 4-х случаях соответствовал висцеральному типу ( $п/б > 0,8$ ), а в одном - гиноидному ( $п/б < 0,8$ ). Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи отмечалось у 3-х девочек, по типу аменореи-у двух.

Устойчивые нарушения менструального цикла совместно с признаками андрогенизации, избыточной массой тела и гипоталамическими стигмами отмечались у 1,01%-ов исследованных (4случая).

Изолированные устойчивые нарушения менструального цикла были выявлены в 1,51%-х (6 случаев). Отмечались нарушения менструального цикла по типу олигоменореи (3 случая) и вторичной амнореи (1 случай), а также дисфункциональные маточные кровотечения (2 случая).

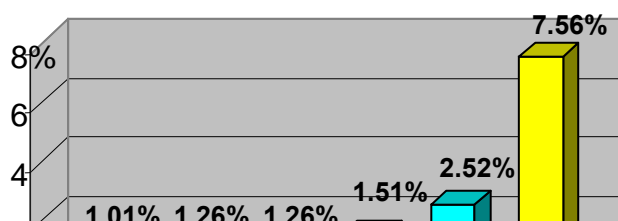
Наличие сильно выраженной андрогенизации было установлено у 1,26% (5 случаев) девочек. Из них высокоинтенсивное проявление себореи-акне и гирсутизма отмечалось в 1 случае. У всех пяти исследованных девочек половое оволосение на лобке было развито по мужскому типу.

Выше отмеченные состояния устойчивых нарушений менструального цикла, изолированно либо в комбинации с клиническими проявлениями андрогенизации, избыточным весом и гипоталамическими стигмами нами были расценены как вероятные репродуктивно-эндокринные нарушения, частота которых составила 7,6%.(см. диаграмму №2).

Интересно отметить, что лишь 0,74% девочек обратились к врачу в случаях нарушений пубертатного периода, а 1,7% попытались решить проблему андрогенизации с помощью косметолога.

## Диаграмма №2

### Вероятные репродуктивно-эндокринные нарушения



Была проанализирована структура обращаемости подростков в специализированную клинику. В результате анализа структуры обращаемости пациентов в Научно-Исследовательский Институт репродукции человека им. И.Ф. Жордания в течение 2000-2005 гг. было установлено, что доля подростков из всех пациентов, поступивших в клинику, составляла 23,2%. Из обратившихся подростков первичный поликистоз яичников отмечался в 15,5% случаев, аденогенитальный синдром – в 10,5%, гипоталамический синдром – в 31,3%, гиперпролактинемия – в 4,4%, дисфункция яичников – в 8,1%, дисфункция яичников по типу менометроррагии – в 9,9% (с выраженной анемией), вульвовагинит – в 9,1%, врожденные аномалии полового развития – в 4,0%, киста яичника – 2,9%, преждевременное половое развитие – в 0,8% и другие – в 3,5%.

При клинико-эпидемиологическом исследовании из выявленных девочек-подростков с предполагаемыми эндокринно-репродуктивными нарушениями в нашу клинику обратились 7 девочек. В частности, у этих девочек отмечались нарушения менструального цикла (олигоменорея – 4 случая, амнорея – 2 случая, менометроррагия – 1 случай), избыточный вес, розовые гипоталамические стигмы, раздражительность, головные боли, гирсутизм, проявляющийся с большой интенсивностью, себорея и акне. Пациентам были проведены соответствующие клинические, гормональные и инструментальные исследования. Были поставлены диагнозы: гипоталамический синдром (2 случая), гипоталамический синдром со вторичным поликистозом яичников (1 случай), пубертатная форма аденогенитального синдрома (1 случай), синдром гиперпролактинемии (1 случай), инсулинрезистентный метаболический синдром со вторичным поликистозом яичников (1 случай), дисфункция яичников по типу менометроррагии (1 случай). Пациентам было назначено соответствующее лечение.

Таким образом, клинико-эпидемиологическое исследование является высокоинформативным методом для оценки физического и полового развития подростков и выявления эндокринно-репродуктивных нарушений.

Как видно из приведенных выше данных, обращаемость в специализированные учреждения с предположительными репродуктивно-эндокринными нарушениями является низкой и чаще всего запоздалой, что обусловлено не только ограниченностью экономической доступности, но и тем, что для подростков и их родителей сложно разграничивать физиологические вариации и патологии пубертата. Таким образом, информированию и образованию подростков в сфере репродуктивного здоровья придается важное значение с точки зрения сохранения и улучшения репродуктивного здоровья.

Исходя из этого, второй основной задачей нашего исследования было проведение качественного исследования с целью установления уровня информированности и образования подростков, оценки из взглядов, отношений и нужд в сфере репродуктивного здоровья.

Общая частота респондентов, информированных о половых отношениях довольно высока (90,7%). К тому же, частота информированных девочек 15-летнего возраста ниже (86,2%), по сравнению с девочками старшего возраста (93,5%), хотя среди 16 и 17 летних девочек это различие незначительно. При этом выявились такие вопросы, в которых девочки лучше разбираются, в частности, беременность и возможности ее наступления. Они менее информированы о контрацепции и еще меньше в вопросах предотвращения инфекций передаваемых половым путем и самоудовлетворения половых потребностей.

Для оценки репродуктивного поведения, в частности, для установления половой активности подростков был использован метод непрямого опроса. Половина девочек считала, что их ровесники уже имели половой опыт, вместе с тем, отличались мнения девочек, проживающих в центральных районах г. Тбилиси и пригородах. Непрямой опрос был использован потому, что подростки могли не быть чистосердечными в отображении собственного поведения, хотя, со своей стороны, не прямой опрос тоже может содержать определенную погрешность. В частности, в ровесниках подразумевались так же мальчики, со стороны которых информация может быть преувеличенной с целью самоутверждения в обществе. Из данных литературы известно, что в Европе 80% девочек имеют сексуальный опыт в возрасте до 18 лет (Вссі, 2001; Мешкова Н.М., 2003; Hibler, 2004).

100% девочек-подростков считает, что знает, что такое аборт, хотя они мало информированы о том, какие вредные последствия для здоровья могут быть у аборта. Большинство подростков в мире и особенно, в постсоветских странах мало информированы о путях предотвращения нежелательной беременности и различных методах контрацепции (Stevens-Simon, 1999; Greydnus, 2001 и др.). Снижение показателей аборта находится в прямой связи с получением большей информации о мерах предотвращения нежелательной беременности и необходимой ответственности за собственное здоровье. По последним данным в России, Болгарии, Польше, Румынии согласно социологическим исследованиям более 40% подростков и молодежи не информированы о методах контрацепции и последствиях искусственно прерванной беременности (Schutter, Liice vn, 2003; Уварова Е.В., Кулаков В.И., 2005).

Среди вредных последствий аборта респонденты, в основном, называли бесплодие (71,2%), кровотечение (48,1%) и повреждение матки (47,9%) и лишь малой части было известно о таких осложнениях аборта, как воспалительные заболевания (18,7%) и инфицирование (17,8%).

По результатам исследования большинство подростков (94,9%) знает, что нежелательную беременность возможно предотвратить, хотя, доля тех подростков, которым известны конкретные методы предотвращения нежелательной беременности, меньше. Респонденты в основном информированы о трех методах контрацепции – кондом (82,9%), гормональные пилюли (77,9%) и внутриматочные средства (57,8%). Доля информированных о других методах весьма мала (в пределах 3,5%-14,5%). Данные литературы также указывают, что большинство подростков использует кондом. Например, в Нидерландах большая часть подростков (75%) использует кондом, 24% - оральные контрацептивы, а остальные - различные методы контрацепции (Timmer, 2002; nke vn Dm, 2004).

Половая активность подростков и их неполная информированность о заболеваниях, передаваемых половым путем, в том числе, о путях передачи ВИЧ/СПИД и методов его превенции, увеличивает риск этих заболеваний среди подростков (Кмекov, 2003).

Очень интересным оказались гендерные различия к сексуальным отношениям до брака. Большинство девочек считает возможным половые отношения парня с проституткой (72,8%) и невестой (54,1%), меньшая часть (32,7%) – с возлюбленной и еще меньше (3,8%) – с подружкой. Эти показатели достаточно низки в отношении девушек. В частности, сексуальные отношения до брака для девушек респонденты считают допустимым в основном с женихом (46,2%), реже – с возлюбленным (17,8%) и другом (2,8%).

Несмотря на то, что определенная часть респондентов считала допустимыми сексуальные отношения до брака, интересно было установить, как они оценивали этот факт. Существенная часть опрошенных (38,2%) этим отношениям дает отрицательную оценку, что вероятно, объясняется имеющимися в стране традиционными взглядами.

Важным было мнение респондентов о том, к кому должна обратиться их ровесница в случае беременности и как она должна поступить. Очень малая часть девочек считала, что сама должна решить вопрос прервать беременность (2,7%) или родить ребенка (11,9%). Большинство считало, что нужно обратиться за советом к врачу (39,1%) либо к родителям (54,1%).

Определенный интерес представлял установить, откуда подростки получают информацию о половых отношениях. Оказалось, что эту информацию они в основном получают от сверстников (59,7%), по телевидению (41,2%), реже от матери (18%), из журналов и газет (16,5%), от знакомых более старшего возраста (16,9%) и очень редко от врача (4,3%). Перечисленные источники информации одинаковы как для учеников школ центральных районов г. Тбилиси, так и периферии. Таким образом, роль членов семьи, врачей и учителей в получении информации о половых отношениях весьма мала. Исследованиями установлено, что подростки, в основном (особенно в постсоветских странах), мало информированы в сфере репродуктивного здоровья. Основными источниками информации для них являются телевидение, журналы, газеты, друзья, товарищи и сексуальные партнеры (Kozhukhovsky, 2003; Brnekov, Stregn, 2005)..

В результате проведенного нами опроса выяснилось, что с точки зрения надежности и качества источники информации респондентами оцениваются по разному. В частности, девочки отдают предпочтение информации, полученной от матери и от врача и считают ее наилучшей и надежной.

Интересными являются соображения подростков о том, должен ли преподаваться в школах предмет о вопросах половых отношений и кто должен быть учителем. По мнению подростков в школах должен изучаться предмет о половых отношениях, в основном, с IX-X класса (25%), а преподавателем этого предмета должна быть специально подготовленная молодая педагог-женщина.

Большинство подростков (85,8%) считает, что имеют определенное представление об инфекциях, передаваемых половым путем, в том числе, о СПИДе. Особенно высока информированность подростков о ВИЧ/СПИД-е (90%), меньше – о гонорее (12,8%), хламидиозе (2,3%) и других заболеваниях.

Интересно было установить, не испытывали ли подростки девочки какие-либо неудобства в связи с половым созреванием и к кому, по их мнению нужно обратиться с проблемами периода полового созревания. Большинство девочек (74,7%), по их утверждению, не испытывали каких-либо неудобств, а 25,4% отмечали некоторые неудобства. Большинство девочек считает, что с проблемами при половом развитии нужно обращаться к врачу или к матери. Известно, что у подростков отмечается дефицит знаний в сфере репродуктивного и полового здоровья. Из-за экономических, социальных и психологических барьеров ограничен доступ к службам репродуктивного здоровья. Важно еще и то, что эти барьеры во всех странах различны исходя из законодательств и



особенностей культурных традиций (Nukushev, 2002, Rivett, 2002; ckerhns, 2003; Goodston, 2004).

Таким образом, исследованные девочки-подростки достаточно информированы о половых отношениях, аборте, о предотвращении нежелательной беременности, заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ/СПИД-е, хотя уровень их знаний о корректном использовании методов контрацепции, конкретных проявлениях заболеваний, передаваемых половым путем, осложнений аборта и их предотвращений существенно отстает от информированности в сфере репродуктивного здоровья. Сами подростки считают недостаточным уровень своей информированности в сфере репродуктивного здоровья и большинство указывает на необходимость функционирования образовательных программ в данной сфере. К тому же известно, что информирование и просвещение в вопросах репродуктивного здоровья, формирование ответственного репродуктивного поведения у подростков, определяет в будущем сохранение их репродуктивного потенциала и улучшение репродуктивного здоровья.

### **В ы в о д ы**

1. На основании клинико-эпидемиологических исследований, проведенных в г. Тбилиси, установлено, что физическое и половое развитие основного большинства девочек-подростков соответствует возрастным нормам. Увеличение индекса массы тела встречалось чаще, чем дефицит. Снижение индекса массы тела по сравнению с возрастной нормой отмечалось в 1,3%-х случаев, повышение индекса массы тела наблюдалось- в 4,45%-х, избыточный вес в 2,6%-х а ожирение- в 1,85%-х.
2. Возраст менархе у исследованных девочек в основном колебался в пределах от 10-и до 15 лет. Средний возраст менархе составил 12,4 лет. Соответствующий показатель исследований, проведенных 20 лет назад, составлял 12,5 лет. Таким образом, средний возраст менархе в декаде уменьшился на 0,05 лет. Отставание в половом развитии отмечалось у 0,29% девочек-подростков, преждевременное половое развитие – в 0,44% случаев.
3. Нарушения менструального ритма у исследованных подростков были достоверно частыми в I фазе пубертата, по сравнению со II фазой, что связано с физиологическими особенностями формирования менструальной функции. Среди нарушений менструальной функции чаще всего отмечались олигоменорея и дисменорея, а маточные дисфункциональные кровотечения и аменорея наблюдались реже.
4. Среди клинических проявлений андрогенизации чаще всего наблюдались себорея и акне легкой степени (14,7%), отмечающиеся в препубертате с достоверно низкой частотой по сравнению с пубертатом. Частота проявлений андрогенизации (4,74%) в виде гирсутизма, акне и себореи достоверно не отличалась по фазам пубертата, хотя во II фазе отмечалось увеличение их интенсивности.
5. Изолированное проявление устойчивых нарушений менструального цикла, клинических признаков андрогенизации, избыточного веса и гипоталамических стигм, либо их комбинация, нами были расценены, как вероятные репродуктивно-эндокринные нарушения, частота которых составила 7,6%.
6. Большинство девочек подростков (90,7%) оказались информированы в вопросах репродуктивного здоровья (наступление беременности, предотвращение нежелательной

беременности, инфекции, передаваемые половым путем, ВИЧ/СПИД, контрацепция), хотя частота знающих о вредных последствиях аборта, корректном использовании различных методов контрацепции, путях предотвращения инфекций, передаваемых половым путем и ВИЧ/СПИД-а, существенно отставало от частоты информированных.

7. По мнению подростков, их знания о половых отношениях, предотвращении нежелательной беременности, ВИЧ/СПИД -а и инфекций, передаваемых половым путем, о контрацепции недостаточны и их большинство (67,4%) указывают на необходимость полового образования в учебных учреждениях.
8. Недостаточная, запоздавшая обращаемость подростков в медицинские учреждения, с проблемами репродуктивного здоровья, чаще с далеко зашедшими, тяжелыми нарушениями, указывает на целесообразность их активного выявления.
9. Клинико-эпидемиологические исследования высокоинформативны с целью выявления нарушений репродуктивной функции на ранних стадиях и являются профилактической мерой предотвращения тяжелых патологий репродуктивной функции и бесплодия в дальнейшем.

#### **Практические рекомендации:**

1. Недостаточность знаний девочек подростков о нежелательной беременности, путях предотвращения ВИЧ/СПИД и инфекций, передающихся половым путем, корректного использования конкретных методов контрацепции, указывает на целесообразность функционирования в учебно-просветительных учреждениях образовательных программ в данной сфере с учетом нужд и потребностей самих девочек.
2. Рекомендовано проведение периодических клинико-эпидемиологических исследований девочек-подростков с целью мониторинга состояния репродуктивной системы.
3. Целесообразно при разработке образовательных программ и программы по здравоохранению организаторами здравоохранения учитывать результаты клинико-эпидемиологических исследований подростков, уровень их информированности и образованности, нужды и потребности в сфере репродуктивного здоровья.

1. მოზრდი გოგონების ინფორმირებ-გნთლებ დ შეხედულებები რეპროდუქციული ჯნმრთელობის სფეროში. //სქრთველოს სმედიცინო მომბე 2005, 14, გვ. 86-89 (თნვტ. ჯ. ქრისტესშვილი ნ. ჩოფიკშვილი)  
\_ Уровень информативности и знаний девушек-подростков в сфере репродуктивного здоровья. //Сакартвелოს სამედიცინო მოამბე. 2005, №4.С.86-89(ნა გრუზ. ია. – სოავტ. კრისტესაშვილი ჯ., ჩოპიკაშვილი ნ.)
2. Частота и характер клинических проявлений андрогенизации среди девочек-подростков г. Тбилиси. //Georgin Medicl News. 2005, №12 С. 23-26 (სოავტ. ჯ. ი. კრისტესაშვილი; ნ. ა. ჩოპიკაშვილი).
3. Менструальная функция у девочек-подростков проживающих в г. Тбилиси. //Georgin Medicl New. 2006, №1, С. 37-41 (სოავტ. ჯ. ი. კრისტესაშვილი, ნ. ა. ჩოპიკაშვილი )
4. მოზრდი გოგონების რეპროდუქციული ჯნმრთელობ ქ. თბილისში. //ი.ჯვხიშვილის სხელობის თბილისის სხელმწიფო უნივერსიტეტის სმეცნიერო შრომთ კრებული, 6-8 მისი, 2006, გვ. 23-28 (თნვტ. . ხომსურიძე, ჯ. ქრისტესშვილი, ნ. ჩოფიკშვილი).  
- Репродуктивное здоровье девочек - подростков в г. Тбилиси // Сборник научных трудов Тбилиского государственного университета им. И. Джавахишвили. 2006. С.23-28 (ნა გრუზ. ია. – სოავტ. ა. გ. ხომასურიძე, ჯ. ი. კრისტესაშვილი, ნ.ა. ჩოპიკაშვილი).