

ТЕЗИСЫ II НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

(26–29 апреля 2016 г., Москва)

А.А. Абильтас, А.Г. Шамсутдинова, Г.Н. Алимбаева, А.Г. Белтенова, С.Б. Арапчаева,
Ж.М. Мухамеджанова

Информированность, репродуктивные установки и репродуктивное поведение современных студентов

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
Республика Казахстан*

Резюме. Представлены результаты причин, влияющих на адаптацию сельской молодежи в условиях мегаполиса.

Summary. The results of the causes affecting to the adaptation of adolescents in big cities.

Подростки, молодежь и молодые люди – особая социально-возрастная группа, отличающаяся моделями поведения от взрослого населения, часто практикующая рискованное поведение в отношении своего здоровья, в том числе и репродуктивного. Низкая информированность молодежи в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья приводит к нежелательной беременности, абортam, родам в раннем возрасте, заражению инфекциями, передаваемыми половым путем. Это не остается бесследным и имеет свои последствия как в медицинском, психологическом, так и в социальном аспектах. Проект «Адаптация сельской молодежи в условиях мегаполиса» был направлен на выявление уровня информированности сельской молодежи в вопросах охраны своего репродуктивного и сексуального здоровья, а также на оказание молодым людям информационных методов поддержки в период их адаптации в мегаполисе при переезде в город для получения высшего образования.

Цель исследования: выявление основных компонентов, осложняющих адаптацию сельской молодежи в условиях мегаполиса, для профилактики социальных и медицинских негативных последствий.

Материал и методы. Были разработаны 2 анкеты на русском и казахском языках: 1) анкета для девушек, состоящая из 36 вопросов, и 2) анкета для юношей,

состоящая из 33 вопросов. Для проведения анонимного онлайн-анкетирования была разработана компьютерная программа и адаптирована к мобильным приложениям Android и iOS. Для оценки деятельности молодежных центров здоровья (МЦЗ) был использован оценочный лист.

Результаты. Всего проанкетированы 2087 студентов. Статистическую обработку в программе SPSS (Statistical Package for Social Science) прошли 2056 анкет. Распределение по полу: 798 (38,8%) юношей и 1258 девушек (61,2%). По возрасту: 64,9% были в возрасте до 20 лет, 33,9% – в возрасте 20–24 лет и 1,2% – молодые люди старше 25 лет. До поступления в вуз 31,8% проживали в городе и 68,2% в сельской местности. Решение проблем со здоровьем 60,9% респондентов ищут в Интернете, 27,9% обращаются за советом к маме (как бы далеко она ни находилась), 7,6% – в специализированную студенческую поликлинику и 3,6% – в частный медицинский центр. Являются ли для современных студентов родители источником информации по РЗ? Для 93,6% опрошенных, однозначно, нет, только 6,4% респондентов эти вопросы обсуждали со своими родителями. Являются ли для студентов приемлемыми добрачные сексуальные отношения? Такая ситуация вполне возможна для 54,1% опрошенных, а 45,9% отрицают такую возможность. Владеют ли студенты младших курсов информацией о контрацепции? Так, 25,9% впервые слышат об этом, а 36,9% имеют только общие понятия, в то время как 37,2% респондентов считают, что знают практически все. Различий по полу не выявлено. Основными источниками информации являются Интернет (34,2%) и друзья (34,2%). Остается открытым вопрос о качестве этой информации. Имели половые отношения 25,8% девушек и 67,9% юношей. У юношей первый половой контакт произошел в возрасте 17 лет (24,2%), а у девушек – в 18 лет (29,2%). Начиная сексуальные отношения, какими же методами контрацепции пользуются респонденты? Самым популярным методом у юношей является презерватив – 28,6%, при этом они знают, что их партнерши пользуются противозачаточными таблетками только в 7,4% случаев. Девушки чаще используют противозачаточные таблетки – в 21,8% случаев, и в 20,0% случаев пользуются презервативами. Прерванный половой акт практикуют 30,6% опрошенных юношей и 26,5% девушек. Не предохраняются от нежелательной беременности 33,4% юношей и 31,7% девушек. Из 325 сексуально-активных девушек 15 (4,6%) отметили, что у них были беременности. Была также проведена оценка деятельности некоторых МЦЗ г. Алматы. По оценочному листу: конфиденциальность – средний балл 0,7; привлекательность – 0,9.

Закключение. Примененные технологии опроса on-line хорошо воспринимаются студенческой аудиторией и позволяют получить адекватный «портрет современного студенчества».

А.Л. Аврасин, В.Н. Карташев, Г.Н. Румянцева

Профилактика infertility у больных с перекрутом яичка

ГБОУ ВПО «Тверской медицинский университет», Тверь, Россия

Резюме. Рассматриваются вопросы выбора лечебной тактики в послеоперационном и реабилитационном периодах у детей с перекрутом яичка.

Summary. Describes different methods of treatment tactics after surgery and in postoperative rehabilitation period in children with testicular torsion.

Проблема сохранения репродуктивного здоровья у детей, перенесших перекрут яичка (ПЯ), далека от разрешения.

Цель исследования: профилактика инфертильности у больных, перенесших ПЯ, путем проведения рациональных реабилитационных мероприятий.

Материал и методы. Хирургическое лечение проведено 115 пациентам с ПЯ в возрасте от 1 сут до 17 лет. Объем оперативного вмешательства зависел от тяжести ишемии яичка: хирургическая деторсия гонады выполнена 82 больным; орхидэктомия – 33. Профилактическая фиксация контралатерального яичка проведена 67 детям с ПЯ. Отсроченная орхидэктомия по поводу атрофии яичка потребовалась 8 пациентам. Отдаленные результаты лечения ПЯ в сроки от 6 мес до 10 лет изучены у 61 пациента после хирургической деторсии и 10 больных, перенесших орхидэктомию.

Результаты. Анализ отдаленных результатов лечения ПЯ позволил выделить 3 группы пациентов: 1-я группа – больные после орхидэктомии; 2-я группа – дети, которым ликвидация ПЯ выполнялась в сроки более 6 ч от начала заболевания, и яичко имело выраженные признаки ишемии; 3-я группа – больные, которым хирургическая деторсия гонады проведена в первые 6 ч заболевания.

Каждая группа пациентов имеет особенности лечебной тактики в послеоперационном и реабилитационном периодах. Больным 1-й группы обязательно проводили профилактическую фиксацию оставшегося яичка в сроки от 10 дней до 1 мес после орхидэктомии, а также обследование для выявления и лечения заболеваний единственного яичка. Психологическая реабилитация и тестикулярное протезирование являются важным моментом работы с данной группой пациентов.

Больные 2-й группы нуждались в длительном медикаментозном и физиотерапевтическом лечении для минимизации последствий тяжелого нарушения интратестикулярной гемодинамики под контролем ультразвукового обследования. Профилактическая фиксация контралатерального яичка осуществлялась в плановом порядке. При развитии атрофии оперированного яичка орхидэктомию выполняли в сроки от 6 до 12 мес с одновременным тестикулярным протезированием у пациентов старше 14 лет.

Больным 3-й группы гонадопротекторную терапию назначали до нормализации показателей кровотока в яичке (от 1 до 6 мес). Профилактическую фиксацию контралатерального яичка проводили в плановом порядке.

Как показали наши наблюдения, хороший результат лечения отмечен у всех пациентов, оперированных в первые 6 ч от начала заболевания, ухудшение результатов лечения имеет прямую зависимость от длительности заболевания. Установлено, что при завороте яичка свыше 360° острая ишемия приводит к необратимым морфологическим изменениям после 6 ч от начала заболевания, тогда как при перекруте от 90 до 180° наблюдались хорошие и удовлетворительные результаты у пациентов, оперированных через 12 ч и позже этого срока.

Заключение. Лечение детей с ПЯ не должно заканчиваться оперативным вмешательством, дети нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий, объем и последовательность которых зависят от степени восстановления морфофункционального состояния гонады. Оптимальная тактика ведения послеоперационного и реабилитационного периодов позволит улучшить прогноз сохранения репродуктивного здоровья мальчиков и подростков.

Л.В. Адамян, Е.А. Богданова, Е.В. Сибирская, И.Е. Колтунов, А.В. Корицкий, М.А. Петров,
Е.И. Полякова, М.Н. Богданова

Редкий случай локализации очага В-клеточной крупноклеточной лимфомы в молочной железе 13-летней девочки

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница,
Москва, Россия

Резюме. Описывается клиническое наблюдение В-клеточной лимфомы молочной железы у девочки-подростка.

Summary. Clinical case of B-cell large cell lymphoma breast cancer in girl.

В последнее время наблюдается интенсивный рост заболеваемости молочных желез у детей и подростков.

Результаты. В Морозовской детской городской клинической больнице (МДГКБ) находилась на лечении девочка А., 13 лет, с болезнью Легга–Кальве–Пертеса (асептический некроз головки бедренной кости). Из анамнеза: в июне 2014 г. девочка получила травму, упав с велосипеда на левый бок. После этого пациентку стали беспокоить боли в левом тазобедренном суставе. В ноябре в МДГКБ была выполнена трепанобиопсия головки бедренной кости. Гистологическая картина соответствовала таковой при болезни Легга–Кальве–Пертеса. Проводилась консервативная терапия. С момента выписки ребенок ходит на костылях без опоры на левую ногу. Настоящая госпитализация в августе 2015 г. Жалобы на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, ограничения движения. Кроме этого, девочка стала отмечать болезненность в правой молочной железе и локальное уплотнение в проекции ее внутренних квадрантов. Осмотр гинеколога: в правой молочной железе пальпируются объемные образования плотной консистенции размерами до 6×5 см. Пальпация чувствительна, отека, гиперемии, выделений из соска нет. Левая молочная железа не изменена. При проведении ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез выявлено: левая молочная железа без особенностей. Правая молочная железа: в проекции внутренних квадрантов определяется значительных размеров образование 62×32×59 мм, пониженной эхогенности, с неровными, но четкими контурами, без признаков кровотока при цветовом доплеровском картировании. У верхнего полюса данного образования – выраженная перифокальная реакция. В подмышечной области – лимфатический узел с измененной структурой диаметром 13 мм.

Заключение: эхографические признаки объемного образования правой молочной железы значительных размеров. Эхо-признаки трансформации регионарных лимфатических узлов в правой подмышечной области. Анализ на онкомаркер: раковый антиген СА15-3 в пределах нормы. Туберкулез бедренной кости был исключен. Проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия под общим наркозом. По цитологическому заключению установлен диагноз «рак молочной железы», что потребовало проведения толстоигольной биопсии. Под контролем УЗИ произведена биопсия образования, расположенного в центральной части молочной железы справа, с применением биопсионной иглы Ch № 16 из 5 вколов. Образование каменистой плотности размером около 7–8 см. На контрольном УЗИ данных за наличие жидкости нет. Места пункции ушиты нитью на атравматической игле 5.0. Асептическая наклейка. Одновременно произведена открытая биопсия головки и шейки левой бедренной кости. По данным патогистологического

исследования материалов выявлена: первичная лимфома кости (вариант диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы) и метастаз ее в молочную железу и подмышечный лимфоузел справа. Учитывая данные анамнеза, клинического осмотра, лабораторно-инструментальных исследований и на основании патогистологического исследования материалов, полученных при биопсии, пациентке начато проведение системной полихимиотерапии по протоколу NHL-BFM.

Заключение. Этот клинический случай демонстрирует крайне редкий и нетипичный вариант локализации В-клеточной крупноклеточной лимфомы с локализацией очага в молочной железе.

Л.В. Адамян, И.Е. Колтунов, Е.В. Сибирская, Т.А. Смаль

Этиологическая картина неспецифического вульвовагинита у девочек

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Рассматривается личный опыт обследования девочек разных возрастных групп, которые обратились в отделение гинекологии Морозовской детской городской клинической больницы за помощью с признаками воспалительных заболеваний половых органов. Цели исследования: проанализировать частоту неспецифических вульвовагинитов у девочек в возрасте от 1 года до 10 лет, особенности клинических проявлений, выявить основных возбудителей неспецифического вульвовагинита у девочек, характерных для конкретной возрастной группы.

Summary. Describes personal experience of the survey of girls of different age groups, who enlisted the help of the department of gynecology at the Morozov Children's Clinical Hospital, which showed signs of inflammatory diseases of the genital organs. The aim of the study was to: analyze the frequency of nonspecific vulvovaginitis in girls between the ages of 1 and 10 years old, clinical manifestations, to identify the major pathogens of nonspecific vulvovaginitis in girls that are typical for a particular age group.

Среди гинекологических заболеваний девочек допубертатного периода от 3 до 7 лет воспалительные процессы половых органов занимают первое место, составляя около 83%. По данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, расположенного на территории Морозовской детской городской клинической больницы, из 2500 девочек, обратившихся в Центр за консультацией, вульвовагинит был выявлен в 42% случаев.

Цели исследования: проанализировать частоту неспецифических вульвовагинитов у девочек в возрасте от 1 года до 10 лет, особенности клинических проявлений, выявить основных возбудителей неспецифического вульвовагинита, характерных для конкретной возрастной группы.

Материал и методы. На базе Морозовской детской городской клинической больницы в отделении гинекологии под наблюдением находились 30 девочек в возрасте от 1 года до 10 лет, обратившихся к детскому гинекологу по поводу воспалительных заболеваний половых органов. Средний возраст составил $2,9 \pm 2,75$ года.

Результаты. Анализ заболеваемости по возрастам показал, что максимальная доля вульвовагинитов приходится на возраст от 3 до 5 лет. Частота встречаемос-

ти: в период раннего детства – от 1 до 3 лет – 35%, в младший дошкольный – от 3 до 5 лет – 39%, в дошкольный период – от 5 до 7 лет – 16%, в младший школьный – от 7 до 10 лет – 12%. Наиболее часто встречался неспецифический бактериальный вульвовагинит (74%) и вульвовагинит на фоне изменения реактивности организма (26%). Изменения микроценоза влагалища обнаружены у большинства (61%) девочек. У 52% из них преобладали различные виды условно-патогенных бактерий, представленных преимущественно аэробными грамотрицательными бактериями, кокковой флорой. У 23% девочек с вульвовагинитами выявлены полимикробные ассоциации, реже – грибы рода *Candida* (10%), гарднереллы (12%), хламидии (3%). У 24% девочек хронический вульвовагинит встречается в сочетании с дисбактериозом кишечника, у 13% – с заболеваниями мочевыводящих путей.

Заключение. Современной проблемой является рост заболеваемости вульвовагинитами у девочек раннего возраста. Наиболее рациональным является комплексное лечение, направленное на подавление и ликвидацию патогенных возбудителей, дезинтоксикацию и коррекцию нарушений гемостаза, способствующее общей стимуляции организма и повышению его защитных способностей, поддержанию функций жизненно важных органов, снижению катаболических и усилению анаболических процессов.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Е.А. Богданова, И.Е. Колтунов, Т.А. Смаль

Репродуктивное здоровье девочек и девушек г. Москвы. Предложения по сохранению репродуктивного потенциала

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница (Центр репродуктивного здоровья детей и подростков), Москва, Россия

Резюме. Приводятся данные об особенностях репродуктивного здоровья девочек-подростков г. Москвы.

Summary. Describes data about reproductive health of adolescent girls in Moscow.

Около 2,5 тыс. девочек разных возрастов – от 0 до 17 лет – наблюдаются в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков.

Материал и методы. Структуризация гинекологической патологии у девочек и девушек проводилась на основании статистических данных, полученных в Центре репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы при Морозовской ДГКБ ДЗМ за 2015 г., которые находились под динамическим наблюдением акушеров-гинекологов, работающих в Центре.

Результаты. В структуре репродуктивного здоровья девочек и девушек, по данным Центра репродуктивного здоровья детей и подростков г. Москвы, на первом месте по частоте выявления отмечаются вульвовагиниты – 30%, затем нарушения менструального цикла – 23%, синехии – 20%, опухолевидные образования – 19%, пороки развития половых органов – 4,50%, воспалительные заболевания внутренних половых органов – 3,50%.

В структуре экстренной гинекологической патологии наибольший удельный вес занимают аномальные маточные кровотечения (42%), далее следуют воспалительные забо-

левания наружных половых органов (15%), апоплексии (13%), травмы наружных половых органов (11%), опухоли и опухолевидные образования придатков матки и их осложнения (9,50%), первичная дисменорея (6,59%), угроза прерывания беременности (2,30%), вне-маточная беременность (0,30%).

По результатам исследований, пик обращаемости детей к детским гинекологам амбулаторно-поликлинического звена приходится на возраст 3–7 лет (60%), а в возрасте 11–15 лет отмечается наименьшая обращаемость девочек в гинекологические кабинеты (около 2%).

Заключение. Предложения по дальнейшему совершенствованию специализированной гинекологической помощи девочкам 0–17 лет включительно. Необходимы: продолжение проведения санитарно-просветительской работы среди подростков (пропаганда здорового образа жизни, пропаганда института семьи), борьбы с ранним началом половой жизни среди подростков, с беспорядочными половыми связями, профилактика ранней беременности (информирование подростков о средствах контрацепции), борьбы с алкогольной, табако- и наркозависимостью среди подростков; повышение уровня знаний врачей педиатров, детских хирургов, урологов-андрологов, эндокринологов о возможных проблемах в репродуктивном здоровье детей и подростков, путем проведения совместных заседаний и конференции; консолидация работы врачей всех специальностей; продолжение проведения программы диспансеризации; обеспечения всем необходимым оборудованием и оснащением кабинетов детского гинеколога в соответствии с нормативами и потребностями, а также необходимо продолжать развитие службы планирования семьи, взаимодействие комитетов по делам молодежи, социальных служб, системы образования и здравоохранения.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, С.А. Журавлева

Патология шейки матки у сексуально активных подростков

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Приведены данные о состоянии шейки матки у сексуально активных подростков.

Summary. The abstract presents data of cervical pathology among sexually-active adolescents.

В структуре гинекологических заболеваний девушек-подростков 15–18 лет, по данным профилактических осмотров и обращаемости, патология шейки матки составляет 37,3%. Патология шейки матки – групповое название самых различных по генезу заболеваний и состояний, затрагивающих шейку матки и включающих такие заболевания, как эрозии, эктопии, эктропион, эндометриоз шейки матки, лейкоплакия, дисплазия шейки матки и полипы шейки матки.

Материал и методы. Для изучения структуры патологии шейки матки у сексуально активных подростков мы обследовали 107 девушек в возрасте 14–17 лет. К 14 годам первый опыт сексуальных отношений имели 12 (11,2%) девочек, к 15 годам – 18 (16,8%)

девочек, к 16 годам – 96 (89,8%) девушек, к 17 годам все 100% девушек имели опыт сексуальных контактов. Из всех обследуемых девушек барьерной контрацепцией пользовались лишь 24 (22,4%).

Изучая состояние шейки матки, мы оценивали кольпоскопическую картину, данные онкоцитологического анализа материала с поверхности экзо- и эндоцервикса, данные бактериологического и культурального обследования влагалищного содержимого.

Результаты. Среди инфекций, передаваемых половым путем, преобладали папилломавирусная и хламидийная инфекция в 25,2 и 17,8% случаев соответственно. Трихомониаз был выявлен только у 2 (1,9%) девушек. В структуре патологии шейки матки обследованных девушек-подростков преобладали: эктопии шейки матки у 28 (26,2%) девушек, цервициты у 16 (14,9%) девушек, папилломы шейки матки у 19 (17,8%) девушек. При бактериологическом и культуральном обследовании влагалищного содержимого у девочек с патологией шейки матки были выявлены увеличение количества эпителиальных клеток, рост числа лейкоцитов, появление патогенных или большого количества условно-патогенных бактерий.

Заключение. Полученные нами данные позволяют говорить об увеличении роста патологий шейки матки у сексуально активных подростков, что объясняется ранним началом половой жизни, пренебрежением барьерной контрацепцией, ростом числа инфицирования девушек заболеваниями, передающимися половым путем.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, С.А. Журавлева

Пороки развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови у девочек

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Анализируется частота встречаемости различных вариантов пороков развития влагалища, сопровождающихся нарушением оттока менструальной крови.

Summary. Analyzed the frequency of different vaginal malformation options accompanied by violation of the outflow of menstrual blood.

Цель исследования: изучить взаимосвязь нарушений оттока менструальной крови с врожденными патологиями развития женских половых органов.

Материал и методы. Обследовано 48 больных с врожденными аномалиями матки и влагалища, с нарушением оттока менструальной крови. Обследование и лечение пациенток проводили на базе гинекологического отделения Морозовской детской городской клинической больницы.

Результаты. У больных с нарушением оттока менструальной крови: с частичной или полной аплазией влагалища и функционирующей маткой, аплазией шейки матки при функционирующей рудиментарной матке средний возраст наступления менархе составил $12 \pm 1,5$ года, что соответствовало началу менструальной функции и появлению болевого синдрома – основной причины обращения. При анализе менструальной функции также выявлены особенности, зависящие от формы порока развития гениталий. Анализ становления менструальной функции у пациенток с однорогой маткой, а также с удвоением матки и влагалища, дистальной аплазией одного из гемивлагалищ, показал, что средний возраст начала менструальной функции составлял $13,2 \pm 1,1$ года. Ранее

наступление менархе в 10–11 лет наблюдалось у 6,4%, с 15 до 18 лет – у 7,1% обследованных девушек. Длительность менструации варьировала от 2 до 7 дней, в среднем по $5,2 \pm 0,9$ дня, продолжительность менструального цикла составила от 24 до 45 дней, в среднем $28,9 \pm 1,6$ дня. У пациенток с нарушением оттока менструальной крови: атрезией гимена, аплазией дистальной части ($1/3$ или $2/3$) влагалища и при нормальной матке наблюдались выраженные болевые ощущения, появляющиеся в период становления менструальной функции и совпадающие с днями предполагаемой менструальной реакции. В структуре пороков развития влагалища с нарушением оттока менструального отделяемого у девочек преобладала частичная аплазия влагалища – у 39,5% девочек, различные варианты удвоения матки и влагалища наблюдались у 20,8%, атрезия гимена отмечалась у 29% и рудиментарный рог матки – у 6,2%. Аномалии мочевого системы наблюдались у 20 (41,7%) больных с аномалиями матки и влагалища. При изучении корреляции между формой аномалии мочевого системы и пороком развития гениталий выявлено, что наиболее частый сочетанный порок развития мочевого системы – аплазия почки (у 12 больных). В большинстве случаев аплазия почки наблюдалась у больных с асимметричной формой аномалии внутренних половых органов. Так, у всех 10 больных с удвоением матки и влагалища, с дистальной аплазией одного из гемивлагалищ наблюдались аномалии мочевого системы, из них у 9 девочек выявлена аплазия почки на стороне частично аплазированного влагалища и у 1 пациентки имелось удвоение почек.

Заключение. В структуре пороков развития влагалища с нарушением оттока менструального отделяемого преобладала частичная аплазия влагалища – у 39,5%, различные варианты удвоения матки и влагалища наблюдались у 20,8%, атрезия гимена отмечалась у 29% девочек и рудиментарный рог матки – у 6,2% девушек. В большинстве случаев пороки влагалища выявляются в пубертатном периоде в связи с началом менструации и развитием гематокольпоса. Ведущим клиническим симптомом являются боли внизу живота, которые нередко расцениваются как проявления «острого живота». У 41,7% девочек с пороками развития влагалища выявлена различная патология мочевыделительной системы. Аплазия почки определяется только у девочек с различными вариантами удвоения матки и влагалища и при рудиментарном роге матки. В 90% случаев при удвоении матки и влагалища с частичной аплазией одного влагалища выявлена аплазия почки на стороне частично аплазированного влагалища.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, И.В. Копылов

Интерсексуальная патология у пациентов детского возраста

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Приводятся данные результативности лечения пациентов с нарушением формирования пола.

Summary. Describes data of treatment in patients with disorders of sex development

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов женского пола с гонадальным дисгенезом.

Материал и методы. Ретроспективный анализ – 37 детей с психосоциальной ориентацией в женском поле и DSD (Disorders of Sex Development). Из них в 5 случаях применяли диагностическую лапароскопию, в остальных – лапароскопическую коррекцию. Диагностическая лапароскопия проведена у 3 детей с овариальным дисгенезом при кариотипе 46,XX. Им проведена биопсия гонадальной ткани, выявлены гипоплазия яичников и отсутствие тестикулярных клеток.

Результаты. В одном наблюдении у пациента с подозрением на агенезию гонад (АГ) (кариотип 46,XY) не выявлено гонадальной ткани и маточных труб, которые, вероятно, были удалены ранее при проведении по месту жительства грыжесечения паховым доступом; при этом отмечено типичное расположение гипоплазированной матки. В 1 наблюдении у пациента со смешанной формой дисгенезии гонад (СДГ) при кариотипе 45,X0/46,XY при проведении обзорной лапароскопии выявлено отсутствие дериватов мюллеровых протоков и локализация дисгенетичных гонад в паховых каналах, что потребовало проведения гонадэктомии с применением пахового доступа. Лапароскопическая коррекция проведена 32 пациентам: 3 детям с АГ, 5 пациентам с синдромом Тернера (СТ), 3 детям с чистой формой дисгенезии тестикул (синдром Свайера), 14 пациентам с СДГ, у 7 детей определена овотестикулярная форма нарушения половой дифференцировки (ОТ-DSD). У 11 детей с СДГ, воспитываемых в женском поле, проведены операции, связанные с сохранением маточных структур. Гистологическое исследование удаленной фиброзной и гонадальной ткани: в материале от 2 пациентов соответствует фиброзу стрекы, в остальных выявлена персистенция тестикулярных клеток. В группе пациентов с ОТ-DSD отмечается широкая вариабельность строения внутренних органов. У 3 детей (кариотип 46,XY) гонадальная ткань включает овотестикулярную гонаду и стрекую ткань, асимметрично развитые дериваты мюллеровых протоков гипоплазированы. Коррекция данных аномалий: лапароскопическое удаление патологичных гонад единым блоком с диспластическими маточными трубами. Патогистологическое заключение: у всех детей в структуре овотестиса низкодифференцированные тестикулярные и овариальные клетки. При изучении стрековой ткани в ней обнаружены тестикулярные клетки. У 2 пациентов с кариотипом 46,XX гонадальная ткань состояла из овотестиса с одной стороны и гипоплазированного яичника с другой стороны. Матка и маточные трубы имели удовлетворительное развитие. У 1 пациента овотестис имел нечеткие контуры и находился в непосредственной близости от маточной трубы, что потребовало проведения аднексэктомии. Во втором наблюдении овотестис имел билобулярную структуру и четкие контуры, что позволило провести его удаление с сохранением фаллопиевой трубы. С целью исключения персистенции низкодифференцированных клеток в гонаде, макроскопически схожей с гипоплазированным яичником, у обоих пациентов проведена биопсия. Гистологическое заключение: тестикулярные клетки выявлены во всех участках овотестиса. В биоптате гонады, визуально схожей с яичником, подтверждено наличие только овариальной ткани со сниженным количеством фолликулов. У пациента с кариотипом 46,XY/46,XX овотестикулярные гонады определялись с обеих сторон. Дериваты мюллеровых протоков имели симметричное развитие, гипоплазированы. Выполнено лапароскопическое удаление патологичной гонадальной ткани с сохранением матки и маточных труб. Патоморфологическое заключение: овотестикулярная гонадальная ткань.

Заключение. Лечение таких пациентов должно проводиться в специализированных центрах. Лапароскопия является наиболее объективным методом лечения.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, С.А. Короткова

Диагностика и лечение опухолей и опухолевидных образований придатков матки у девочек

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Представлен опыт хирургического лечения девочек с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки.

Summary. Describes experience of surgical treatment in girls with benign tumors and tumor-like formations of the ovary.

Представлен опыт хирургического лечения 159 девочек в возрасте от 1 мес до 17 лет с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями придатков матки, поступавших в отделение гинекологии Морозовской ДГКБ с 2014 по 2015 г. Среди образований яичника и придатка матки преобладали параовариальные кисты, которые были диагностированы у 81 (37,8%) оперированной девочки. У 29 (13,6%) девочек были обнаружены истинные опухоли – кистомы. Следует отметить, что при подозрении на злокачественную опухоль пациенты консультированы онкологами Морозовской больницы. Оперативное лечение образований яичника доброкачественного характера у девочек следует проводить с максимальным сохранением фолликулярного аппарата, поэтому среди оперативных вмешательств у девочек преобладала резекция яичников – у 131 (61,2%) пациентки. Представляется чрезвычайно показательным резкое увеличение количества девочек пубертатного возраста (13–15 лет) с опухолями яичников и ретенционными образованиями придатков матки, хотя фолликулярные кисты, тератомы и кистомы выявлялись и в более раннем возрасте – до 9 лет. Параовариальные и паратубарные кисты наблюдались только у девочек 10 лет и старше. Увеличение частоты придатковых образований в пубертатном возрасте, по нашему мнению, свидетельствует о роли гонадотропной стимуляции яичников в развитии этих образований. На гонадотропную стимуляцию роста и развития кист указывают также факты УЗ-выявления фолликулярных кист у плодов женского пола 24 и более недель внутриутробного развития.

Материал и методы. В Морозовскую детскую городскую клиническую больницу поступили 9 девочек в возрасте до 4 мес с антенатально возникшими кистами яичников. При поступлении у 2 детей отмечалось вздутие живота, у одной девочки отмечалась задержка стула, еще у одной пальпировалось объемное образование в животе. Остальные поступили на стационарное обследование в связи с антенатально обнаруженными кистами яичников, клинические проявления которых на момент обследования отсутствовали. УЗ-обследование показало у 7 из них яичниковые образования диаметром от 2 до 7 см с УЗ-симптомами перекрута и некроза. Признаки кровообращения в этих образованиях отсутствовали. У 1 девочки выявлено отсутствие придатков с одной стороны и перекрут кисты яичника с другой, у 2 девочек отсутствовали придатки с одной стороны. У 3 этих пациенток в брюшной полости определялись самоампутировавшиеся образования – остатки придатка матки. Всем девочкам выполнена лапароскопия, результаты которой подтвердили диагноз у 4 из них перекрута кисты яичников и у 4 – перекрута придатков.

Результаты. За последние 4 года прооперированно 39 девочек, поступивших с клинической картиной перекрута кисты яичников. Чаще всего перекрут ножки кисты яичника происходит в возрасте 13–15 лет, т.е. в период активизации гонадотропной стимуляции яичников и активного увеличения их размеров. Причиной перекрута у 12 девочек являлась киста яичника, у 14 – параовариальная киста, у 6 – фолликулярная киста, у 3 – тератома и у 4 пациенток невозможно было установить исходное образование из-за его выраженного некроза. У половины больных пришлось удалить пораженные придатки, у другой – после деторсии кровообращение в придатках восстановилось, что дало возможность ограничиться вылущением кисты яичника.

Заключение. Большинство плановых и экстренных оперативных вмешательств в детской гинекологии необходимо выполнять с применением лапароскопического доступа, который является наиболее малотравматичным и способствует сбережению овариального резерва девочек.

Л.В. Адамян, Е.В. Сибирская, Н.О. Тарбая

Особенности течения беременности у девочек-подростков

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия

Резюме. Приводятся данные о ведении беременности и родов у девушек младше 18 лет.
Summary. The data of the management of pregnancy and childbirth in women younger than 18 years.

Проблема беременности и родов у девушек младше 18 лет актуальна во всем мире. За последние 10 лет количество родов у женщин репродуктивного возраста уменьшилось на 59,7%, в то же время частота родов у юных женщин выросла на 2,7%. Вынашивание беременности в юном возрасте является серьезным испытанием, так как беременность и роды протекают в условиях функциональной незрелости организма, неадекватности адаптационных механизмов, что создает высокий риск осложнений как для матери, так и для плода. У 50–75% девушек-подростков отмечаются расстройства здоровья, способные оказать отрицательное влияние на становление репродуктивной системы. По данным ряда отечественных и зарубежных авторов, роды в подростковом возрасте отличаются более частым развитием различных осложнений. Показатель общей заболеваемости детей первого года жизни, родившихся у матерей в возрасте до 18 лет, значительно выше, чем у детей матерей в возрасте 20–25 лет. Работа выполнена в рамках Гранта Президента РФ по государственной поддержке научных исследований молодых российских ученых – докторов наук (МД-853.2013.7).

Цели исследования: изучить особенности и усовершенствовать тактику ведения и течения беременности у юных.

Материал и методы. Мы провели анализ курированных беременностей и родов у 48 будущих мам в возрасте от 14 до 17 лет, наблюдавшихся в женской консультации и рожавших в акушерском отделении при МУЗ ЦКБ г. Долгопрудного с 2006 по 2008 г. Каждая третья юная мама впервые обратилась в женскую консультацию в поздние сроки [в период с 13-й по 28-ю неделю беременности – 14 (29,1%), а после 28 нед бере-

менности – 5 (10,4%)]. Своевременное обращение в женскую консультацию в сроки до 12 нед беременности отмечено у 26 (54,1%) будущих мам. Трое из рожавших в акушерском отделении при МУЗ ЦКБ г. Долгопрудного (6,2%) вообще ни разу не обращались в женскую консультацию, их беременность протекала без медицинского контроля. Симптомы хронических заболеваний имели место более чем у трети юных рожениц. Во всех наблюдениях заболевания протекали в стадии компенсации. При сборе анамнеза 28 (58,3%) беременных в детстве были отнесены педиатрами к категории «длительно и часто болеющих» или перенесли 3 и более инфекционных заболевания.

Заключение. Современные данные свидетельствуют о том, что клиническое течение беременности и родов у подростков в современных условиях приобретает свои специфические особенности, на которые влияют целый комплекс медико-социальных факторов переходного периода и изучение особенностей гестационного процесса у юных женщин. Несмотря на целый ряд работ по этой проблеме, до сих пор отсутствует единая точка зрения на течение беременности и родов у подростков. В современных условиях беременность у девочек-подростков является проблемой медицинской, психологической, юридической и социальной. Изучение этого вопроса и прогнозирование осложнений ювенильной беременности, родов и послеродового периода у юных женщин имеют научно-практическое значение. Эти данные позволят в последующем разработать индивидуальные профилактические и лечебные мероприятия, подготовить юную женщину к родам, избежать осложнений не только во время беременности, но и в послеродовом периоде.

М.М. Айрапетян, А.В. Московкина, В.А. Линде, О.З. Пузикова

Стрессиндуцированная гиперпролактинемия у девочек-подростков с синдромом гиперандрогении

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. Анализируются стрессовые нарушения функции пролактинрегулирующих структур как дополнительного фактора, отягощающего наличие гиперандрогении и овариальной дисфункции у подростков.

Summary. Analyzed stress dysfunction of prolactin regulatory structures as additional factors aggravating presence of hyperandrogenism and ovarian dysfunction in adolescents.

Некоторые авторы отмечают возможную роль эмоциональных факторов в формировании гиперпролактинемии, полагая, что отрицательные эмоции, особенно в пубертатном периоде, могут стать причиной стрессиндуцированной гиперпролактинемии и дисфункции яичников.

Цель исследования: выявить особенности секреции пролактина при психоэмоциональном стрессе, определив его роль в формировании овариальной дисфункции у девочек пубертатного возраста с гиперандрогенией.

Материал и методы. 1-ю группу составили 52 пациентки с клиническими проявлениями андрогензависимой дерматопии (АГД) и нормальным менструальным циклом, 2-ю группу – 63 обследуемые с проявлениями АГД и нарушениями менструального цикла по типу аменореи и олигоменореи, контрольную группу – 30 здоровых девочек

в возрасте 15–17 лет. Исследовалось содержание базального пролактина [с 8 до 9 ч утра (ПРЛу)] и пролактина, стимулированного в результате мягкого интеллектуально-эмоционального стресса (ПРЛс), в связи с чем был установлен кубитальный катетер. Стресс заключался в публичном обратном арифметическом счете в течение одной минуты. Также определялось содержание в сыворотке крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола, свободного тестостерона, дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГАС), дегидроэпиандростерона (ДЭА), 17-гидроксипрогестерона (17-ОПГ) и адренокортикотропного гормона (АКТГ) методом ИФА.

Результаты. Исследование содержания ПРЛу в плазме крови показало, что повышение его уровня более 700 мЕд/л определялось у 38,7% девочек-подростков с синдромом гиперандрогении (СГА), в то время как в контрольной группе – лишь в 7% случаев ($p=0,009$). Выявлены достоверные отличия средних значений у пациенток с СГА по сравнению с контролем как базального (580 и 370 мЕд/л соответственно, $p=0,04$), так и постстрессового пролактина (810 и 478 мЕд/л соответственно, $p=0,02$). Исследование межгрупповых различий постстрессовой секреции пролактина у девочек-подростков с СГА выявило значительное увеличение среднего его уровня у пациенток с нарушениями менструального цикла, которые достоверно превысили соответствующие показатели у девочек с регулярным менструальным циклом (915 и 650 мЕд/л соответственно, $p=0,03$). Также установлена достоверная прямая корреляция уровня пролактина с 17-ОПГ ($R=0,51$; $p=0,04$), ДГАС ($R=0,68$; $p=0,01$), ДЭА ($R=0,78$; $p=0,008$), АКТГ ($R=0,57$; $p=0,03$) и ЛГ ($R=0,74$; $p=0,04$) и обратная – с уровнем эстрадиола ($R=-0,67$; $p=0,02$), что свидетельствовало о патогенетической связи гормонов стресса и ряда звеньев нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что стрессовые нарушения функции пролактинрегулирующих структур могут являться дополнительным фактором, отягощающим наличие гиперандрогении, провоцируя развитие овариальной дисфункции в подростковом периоде. Среди возможных патогенетических причин данного феномена – нарушения ритма секреции гонадотропинов и кортикотропин-рилизинг-гормона.

Д.К. Алиев, Ю.Э. Рудин, Д.В. Марухненко, А.Б. Вардак, Г.В. Лагутин

Наш опыт лечения проксимальной гипоспадии у детей. Сравнение одномоментной пластики уретры тубуляризованным лоскутом крайней плоти и двухэтапной пластики уретры с имплантацией свободного лоскута (по Bracka)

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный исследовательский радиологический центр» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Своевременная и успешная коррекция проксимальной гипоспадии необходима для восстановления репродуктивного здоровья этой категории больных. Устранение деформации кавернозных тел полового члена и формирование отсутствующей части уретры позволяет решить эти задачи. Используют одно- и двухэтапные методики операции. Единого мнения хирургов в выборе операции нет.

Summary. Opportunely and successful correction of proximal hypospadias are required to recover the reproductive health in this category of patients. Corpora cavernosa deformation

removal and reconstruction the absent part of urethra can solve this problems. There are one-stage and two-stage procedures using by many surgeons. But there is no consensus in choosing of surgical treatment method.

Цель исследования: сравнить результаты лечения одномоментной и двухэтапной методики пластики уретры при коррекции проксимальной гипоспадии у детей.

Материал и методы. За период 2005–2015 гг. оперировано 200 больных с проксимальной гипоспадией (один хирург) в возрасте от 11 мес до 15 лет (средний возраст 3,7 года). Первичных больных было 81%, ранее оперированных – 19%. Расправления кавернозных тел у всех больных не отмечалось, выполняли иссечение соединительнотканной хорды (диспластичная спонгиозная ткань уретры), пликацию белочной оболочки по дорсальной поверхности и пластику белочной оболочки полового члена по вентральной поверхности путем нанесения множественных поперечных насечек. Одномоментная пластика уретры тубуляризированным лоскутом крайней плоти (по Duckett) выполнена 100 больным первой группы. Двухэтапная пластика уретры с имплантацией свободного лоскута крайней плоти ($n=87$) или слизистой оболочки щеки ($n=13$) в область уретральной площадки (Bracka) проведена 100 мальчикам второй группы. Вторым этапом сформирована уретра (Dupley, Snodgrass).

Результаты. Осложнения одномоментной коррекции проксимальной гипоспадии наблюдали у 21 (21%) больного. Свищ уретры возник у 15 (15%) детей. Стеноз уретры выявлен у 9 (9%) мальчиков (у 3 больных отмечен свищ и стеноз уретры). Все больные (21) успешно повторно оперированы, 4 (4%) пациента оперированы дважды. При обследовании в отдаленные сроки (6 мес – 12 лет) выявлено умеренное снижение потока мочи у 47% больных в этой группе.

Осложнения двухэтапной пластики уретры выявлены у 3 (3%) больных. У одного ребенка отмечено грубое рубцевание уретральной площадки, потребовалась повторная имплантация дополнительного лоскута. Второй этап пластики уретры (Dupley) сопровождался образованием свищей у 2 (2%) детей. Повторные операции по коррекции осложнений были успешны. Урофлоуметрия в отдаленные сроки после операции не выявила снижения потока мочи ни у одного ребенка.

Заключение. Двухэтапная операция (Bracka) имеет преимущество перед одномоментными методиками, сопровождается минимальным процентом осложнений в ближайшем и отдаленном периоде, имеет отличный косметический и функциональный результат.

Г.Н. Алимбаева, Р.Г. Нурхасимова, К.Ж. Рыскелдиева, А.Б. Кулманбетова, А.Ш. Бахтиярова, С.Т. Юнусова

Многофакторный анализ течения пубертатного периода у девочек, проживающих в зоне экологического риска

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
Республика Казахстан*

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Яссауи, Туркестан, Республика Казахстан

Резюме. Результаты проведенного исследования подтверждают важность экологической медицины при планировании лечебно-профилактической работы в регионах для сохранения репродуктивного здоровья девочек.

Summary. The results of this study confirm the importance of environmental medicine in the planning of therapeutic and preventive work in the regions to preserve the reproductive health of girls.

Здоровье подрастающего поколения является важным социальным и экономическим параметром для каждого государства, так как от этого зависят такие перспективные показатели, как рождаемость, ожидаемая продолжительность жизни, экономический потенциал и другие показатели. Многие аспекты такого роста и развития управляются биологическими процессами, а достижение полового созревания знаменует переход из детства во взрослую жизнь. Биологические детерминанты подросткового возраста носят, как правило, всеобщий характер, однако продолжительность и характерные особенности этого периода могут варьировать в зависимости от времени, культуры и социально-экономических ситуаций. Важным этапом в понимании процессов полового развития стала концепция о влиянии факторов внешней среды или взгляд с позиции экологической медицины. Экологическая медицина – комплексная научная дисциплина, рассматривающая все аспекты воздействия окружающей среды на здоровье населения с акцентом внимания на средовых заболеваниях.

Цель исследования: проведение многофакторной оценки течения периода полового созревания девочек, проживающих в регионе экологического риска.

Материал и методы. Проведено анкетирование по специальной разработанной анкете и обследование 2300 школьниц с 1-го по 11-й классы города Туркестан (Южно-Казахстанская область) и 976 студенток вуза и колледжа в возрасте 16–19 лет. Скрининговое обследование предусматривало оценку роста, массы тела, степени полового развития по Таннеру, уточнение возраста менархе. Для выборочной группы проведены дополнительные методы исследования: ОАК, ОАМ, УЗИ органов малого таза, бактериальный посев и метод Фемофлор 16 для оценки формирования вагинальной микрофлоры. Во всех случаях уточняли сроки проживания в регионе и экологическую нагрузку. Для автоматизированной обработки результатов скринингового обследования разработана собственная информационно-аналитическая система «Мониторинг и оценка репродуктивного здоровья девочек и девочек-подростков». С помощью данной программы можно проводить поиск, мониторинг и разрабатывать статистические отчеты по необходимым параметрам в линейно-регрессионном и линейно-корреляционном виде.

Результаты. В компьютерную базу данных введены параметры 2926 девочек и девушек. Возрастной состав обследованных: 7–10 лет – 389 (13,29%), 11–13 лет – 960 (32,81%), 14–15 лет – 505 (17,26%) и 16–19 лет – 1072 (36,64). В целом ЭГП составила 2028 или 69,31%, что характеризует очень низкий индекс здоровья девочек – 30%. Наши данные согласуются с данными по другим экологически неблагоприятным регионам Казахстана и России. С возрастом отмечено достоверное накопление ЭГП у девочек, проживающих в регионе. Нарушения менструального цикла в целом имели место в 283 (9,67%) случаях, с вариациями от 2,57% в группе 7–10 лет до 13,27% в группе 14–15 лет. Относительно малое число проблем в первой группе объяснимо тем, что только у небольшого числа девочек этой возрастной группы начались менструации. Средние росто-весовые характеристики девочек указывают на нормостенический тип. Девочки младшего возраста в большей степени имеют дефицит массы тела 51,11 и 48,15% в возрастных группах 7–8 лет и 9–10 лет (-2SD). В целом по обследованной группе можно сказать, что в регионе соблюдается правильный порядок развития вторичных половых

признаков: Ма – Р – Ах-Ме. Нами отмечена тенденция снижения возраста менархе при наибольшей длительности проживания в регионе с 13,4 года (1–5 лет) до 11,35 года (более 10 лет проживания).

Заключение. Принципы экологической медицины следует учитывать при планировании лечебно-профилактической работы в регионах.

Н.А. Аль-Машат¹, С.Л. Коварский¹, Ю.В. Петрухина¹, Л.Б. Меновщикова¹, Н.Ю. Калининко¹,
А.И. Захаров²

Алгоритм лечения детей с крипторхизмом

¹ ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова», Москва, Россия

Резюме. Представлены результаты лечения крипторхизма у детей с использованием специально разработанного алгоритма.

Summary. The results of the treatment of cryptorchidism in children with the use of a specially developed algorithm.

Учитывая роль гормональных расстройств в этиологии крипторхизма, следует рассматривать его не как отдельную патологию, а как проявление эндокринной и соединительнотканной дисплазии.

Материал и методы. Совместно с сотрудниками Эндокринологического научного центра Минздрава России был разработан протокол обследования и лечения детей с разными формами крипторхизма. Обследование включало осмотр, тестикулометрию, УЗИ органов мошонки с определением внутритестикулярного кровотока, консультацию эндокринолога. При абдоминальном крипторхизме (одно- или двустороннем) обязательно проводили кариотипирования и консультацию генетика, при подозрении на абдоминальную форму крипторхизма – диагностическую лапароскопию.

Мы остановились на комбинированном методе лечения крипторхизма. Однако единого взгляда на эффективность применения хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и его влияния (особенно при односторонних формах) на здоровую гонаду не изучено. В эксперименте мы оценивали воздействие ХГЧ на здоровые гонады неполовозрелых крыс. Проанализировав морфологическую картину и репродуктивную функцию у животных, мы пришли к выводу о безопасности применения ХГЧ, что позволило нам продолжить работу в клинике.

За 5 лет на базе ДГКБ № 13 пролечены 965 детей с диагнозом «крипторхизм»: преобладали паховые формы – 763 (79,2%) пациента. Курс ХГЧ проведен 518 детям, которые составили основную группу, остальным пациентам сразу проводили хирургическую коррекцию. Курс составлял 10 инъекций ХГЧ, внутримышечно, 1 раз в 4 дня по 300–400 ЕД, с контрольными осмотрами в середине и по окончании курса. При двустороннем паховом крипторхизме лечение начинали сразу по установлению диагноза. При обнаружении гонады в брюшной полости во время лапароскопии сразу начинали гормональную терапию. Если яички опускались в мошонку, пациентов наблюдали в динамике. Остальным проводили оперативное вмешательство, но не позднее чем через 1 мес после окончания курса.

Результаты. При анализе отдаленных результатов лечения оценивали локализацию яичка, размер низведенного яичка относительно здорового, показатели кровотока (индекс резистентности) в низведенных и здоровых яичках.

В исследование не вошли дети, у которых после курса ХГЧ яичко опустилось в мошонку, что позволило избежать оперативного вмешательства, они продолжают наблюдаться амбулаторно. После курса ХГЧ изменение положения яичка наблюдалось у 148 (28,6%) детей с паховой формой крипторхизма – яичко перемещалось к мошонке, что позволяет избежать сильного натяжения тестикулярных сосудов при операции и послеоперационной ишемии гонад. При абдоминальной форме яичко опустилось в паховый канал у 92 (17,7%) пациентов, у 59 (11,4%) детей при лапароскопии удалось перевести абдоминальную форму в паховую, чего не удавалось при первичной процедуре, что также значительно упростило технику оперативного вмешательства.

В отдаленные сроки (через 2 года) в обеих группах не выявлено статистически достоверной разницы в размерах низведенных яичек по сравнению со здоровыми, у 1 ребенка в контрольной группе наступила полная атрофия низведенного яичка. Снижение кровотока отмечалось лишь в 10% случаев, при определении индекса резистентности в низведенных яичках в 70% случаев он оставался в норме. В контрольной группе снижение кровотока отмечалось в 25% случаев, при определении в низведенном яичке нормативные показатели индекса резистентности обнаружены только в 56,25% случаев, у 1 ребенка индекса резистентности был повышен, а в 18,75% случаев снижен. Следует отметить, что не у всех детей при контрольном обследовании удалось рассчитать индекс резистентности из-за беспокойства ребенка.

Заключение. Таким образом, анализ клинического материала позволяет сделать вывод, что дооперационное применение ХГЧ у части пациентов позволяет добиться перемещения яичка в более низкое положение, улучшить состояние его кровотока, провести оперативное вмешательство в более благоприятных условиях, снизив опасность циркуляторной гипоксии в послеоперационном периоде.

М.В. Андреева, Ю.В. Андреева, Е.С. Фетисова

Качество репродуктивной системы девочек подросткового возраста, жительниц крупной промышленной агломерации

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Волгоград, Россия*

Резюме. Изучено состояние общего и репродуктивного здоровья девочек-подростков, жительниц крупной промышленной агломерации с высоким уровнем техногенной нагрузки. Выявлена высокая частота нарушений соматического, репродуктивного и психического здоровья у жительниц территории экологического неблагополучия. Это требует проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной системы девочек-подростков.

Summary. We studied the state of general and reproductive health in teenage girls residing in the large industrial agglomeration with a high level of technogenic load. We revealed a reliably higher rate of somatic, reproductive and mental health disorders in the residents of environmentally unfavorable area. This requires a series of therapeutic and preventive measures aimed at restoration of the reproductive system in teenage girls.

Известно, что качество репродуктивной системы женщины во многом определяется состоянием ее здоровья в подростковом возрасте.

Цель исследования – изучение состояния общего и репродуктивного здоровья девочек-подростков, жительниц крупной промышленной агломерации (КПА). Они являются представителями второго поколения, родившиеся от женщин, проживавших более 20 лет в неблагоприятных экологических условиях КПА. Проведен комплекс исследований с использованием ряда методов: эколого-гигиенических, клинико-физиологических, психодиагностических, математико-статистических. Обследованы 411 девочек-подростков в возрасте 12–19 лет.

Результаты. У девочек-подростков КПА уровень заболеваемости составил 1904,3%. Наиболее высокий ее показатель выявлен в возрасте 18–19 лет (2331,1%). Преобладали заболевания органов дыхания (79,95%), инфекционные и паразитарные болезни (36,87%), болезни органов пищеварения (13,58%). В структуре гинекологической заболеваемости преобладали нарушения менструальной функции (54,46%).

Во время полового созревания девочки отставали в физическом и половом развитии. Пубертатный период протекал у них на фоне нарушения психоэмоционального состояния (ПЭС) (71,65%) с преобладанием астеноневротического синдрома (60,94%). Психоэмоционально устойчивый профиль личности выявлен всего у 28,35% девочек. Установлена связь между частотой различных форм нарушений менструального цикла и изменением ПЭС.

С помощью электропунктурной диагностики (ЭПД) проведена оценка здоровья девочек, в том числе функционального состояния ВНС. У юных жительниц КПА выявлен энергетический дисбаланс меридианов легких, печени, селезенки, мочевого и желчного пузыря, ответственных за функциональное состояние соматического, репродуктивного здоровья и ПЭС. Это свидетельствовало о дистонии ВНС и подтверждалось полученными данными о высоком уровне заболеваний органов дыхания, патологии менструальной функции, нарушений ПЭС у обследованных девочек, выявленных общепринятыми методами исследования.

Среди меридианов, определяющих ПЭС девочек, обнаружены меридианы-мишени – меридианы легких, печени, желчного и мочевого пузыря. Выявленная с помощью многофакторного регрессионного анализа высоко достоверная корреляция между показателями ПЭС и состояния ВНС позволяет проводить скрининг донозологических нарушений ПЭС у обследованных методом ЭПД.

Заключение. Становление репродуктивной системы девочек-подростков КПА, матери которых длительно подвергались экологическому прессингу, происходило с существенными нарушениями общего и репродуктивного здоровья.

В.О. Андреева, В.А. Линде, М.А. Левкович, М.В. Билим, К.Э. Хошаби, А.А. Машталова

Влияние массы тела на формирование ранней репродуктивной патологии у девочек-подростков

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Резюме. Приведены новые данные, подтверждающие роль нарушений врожденного иммунитета в патогенезе инсулинорезистентности (ИР) у девочек-подростков с ожирени-

ем. Показано, что повышение экспрессии TLR-рецепторов и уровня провоспалительных цитокинов приводит к развитию воспалительной реакции и ассоциируется с формированием овариальной дисфункции.

Summary. New data confirming the role of violations of innate immunity in the pathogenesis of insulinresistance (IR) in adolescents with obesity. It is shown that an increased expression of TLR-receptor, increasing level of proinflammatory cytokines leads to the development of inflammatory reactions and are associated with the formation of ovarian dysfunction.

Функциональное состояние репродуктивной системы женщины напрямую связано с количеством жировой ткани, продуцирующей гормоны, цитокины и хемокины. Поскольку ожирение ассоциировано с инсулинорезистентностью (ИР) и ановуляцией, отмечается особый интерес к маркерам жировой ткани, имеющим прогностическое значение в отношении формирования олигоменореи.

Цель исследования: оптимизировать тактику ведения подростков с олигоменореей и ожирением путем разработки эффективных прогностических критериев формирования овариальной дисфункции.

Материалы и методы. Объект исследования – 184 девочки, обратившиеся по поводу олигоменореи. Основная группа (I) – 100 пациенток с ожирением I степени. Группа сравнения (II) – 84 пациентки с нормальным ИМТ. Группа контроля – 50 здоровых подростков с нормальным ИМТ и регулярным менструальным циклом. Группы были сопоставимы по возрасту, который в среднем составлял 15 лет. Определение сывороточных концентраций тропных гормонов гипофиза, половых, тиреоидных и надпочечниковых гормонов, адипоцитокинов – адипонектина, оментина, ФНО α , IL-6, MCP-1 проводили методом ИФА. Определение уровня экспрессии Толл-рецепторов (TLR-4) – методом двухпараметрического фенотипирования. При статистической обработке результатов использовался пакет Statistica 6.0.

Результаты. Выявлено превалирование признаков активации гипофизарно-адренальной оси у пациенток с ожирением и нарушение тиреоидного статуса в виде первичного гипотиреоза при нормальном ИМТ. Общим проявлением адипокинового дисбаланса для пациенток обеих групп является снижение секреции оментина и ИР различной степени выраженности. Ассоциированность нарушения секреции адипокинов с ожирением характеризуется гиперлептинемией, лептинрезистентностью и гипoadипонектинемией, которая в сочетании с гиперандрогемией и ИР свидетельствует об участии данных адипокинов в генезе олигоменореи.

Заключение. Одним из патогенетических механизмов олигоменореи при ожирении является воспаление жировой ткани, верифицированное повышением уровня ФНО α , ИЛ-6, MCP-1 и TLR-4, что свидетельствует об активации врожденной иммунной системы, нарушении эффекторных функций иммунокомпетентных клеток и способствует развитию ИР и НГЯ. В результате активации TLR инициируется внутриклеточный сигнальный путь, который ведет к активации транскрипционных факторов, регулирующих экспрессию адипокинов, хемокинов, и к развитию ИР. Представленные данные позволяют рассматривать активацию компонентов врожденного иммунитета жировой ткани как фактор, усугубляющий ИР и ожирение. В условиях чрезмерной активации TLR ИР приобретает патологический характер и, наряду с воспалением жировой ткани, гиперпродукцией адипокинов и цитокинов, способствует прогрессированию ожирения и формированию НГЯ.

А.В. Аникиев, Е.А. Володько, Д.Н. Годлевский, А.Б. Окулов

Адекватная диагностика лечение простатопатии у детей и лиц молодого возраста с варикоцеле – залог улучшения качества репродуктивного здоровья

Отдел детской хирургии НИЦ ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Качество репродуктивного здоровья пациентов с варикоцеле зависит от сопутствующей патологии предстательной железы, своевременной диагностики заболеваний простаты и рациональной комплексной терапии, улучшающей гемодинамику, трофику органов малого таза и гонад. Это позволяет уменьшить количество сочетанных форм бесплодия (транспортной и секреторной).

Summary. Reproductive health quality of patients with varicocele depends on comorbidity prostate pathology, timely diagnosis of prostate disease and a rational combination therapy that improves hemodynamics, trophism of the pelvic organs and the gonads and reduces amount of combined forms of infertility (transport and secretion).

Большое количество исследований, посвященных нарушению фертильности пациентов с варикоцеле, направлены на изучение тестикулярной формы бесплодия. Однако возникающие нарушения венозного кровотока в органах малого таза создают предпосылки конгестивного простатита и везикулита, которые у детей и лиц молодого возраста имеют прогрессивное течение и нередко обуславливают транспортную форму патоспермии. Диагностировать эту форму бесплодия у детей и юношей – трудная задача.

Целью исследования явилось улучшение репродуктивной функции пациентов с варикоцеле и простатопатиями.

Материал и методы. Наибольшую группу составили пациенты (49) в возрасте от 14 до 18 лет с хроническим простатитом и левосторонним варикоцеле. Для выявления патологии предстательной железы применяли комплекс мероприятий: сбор анамнеза (с заполнением анкеты ИПСС), физикальное обследование, включая ректальное, лабораторное исследование (локализационный тест), серодиагностику урогенитальных инфекций, микроскопию мазка из уретры и ПЦР-соскоб с целью верификации оппортунистических инфекций, определение концентрации половых гормонов и ингибина-В в сыворотке крови, семиологический анализ. Микроскопию нативного секрета простаты выполняют по строгим показаниям пациентам в возрасте с 16 лет. Эхография с доплерографией органов малого таза с использованием надлобкового или промежностного доступа является обязательным методом диагностики, который применяют всем пациентам независимо от их возраста, а ТРУЗИ простаты выполняют пациентам с 12 лет.

Результаты. Абактериальный простатит диагностирован у 30 пациентов, бактериальный – у 19. Кроме этого, установлена сочетанная патология органов репродуктивной системы. Так, уменьшение размеров предстательной железы (гипоплазия) выявлено у пациентов с правосторонним крипторхизмом и левосторонним варикоцеле. Эхографически также диагностированы врожденные кисты простаты у 14 пациентов в возрасте 14–15 лет с клиническими проявлениями левостороннего варикоцеле. Парауретральные кисты обнаружены у 8 пациентов с левосторонним варикоцеле и бактериальным простатитом. Кисты простатической маточки выявлены у 9 пациентов, а семявыбрасывающих протоков – у 3. У этих детей диагностировано субклиническое левостороннее варикоцеле. Микролиты простаты эхографически установлены у 18 па-

циентов с рецидивирующей хронической инфекцией мочевых путей и дисметаболической нефропатией. Разработан рациональный способ лечения хронического простатита у детей и лиц молодого возраста с варикоцеле. В условиях венной гипертензии и застойной гипоксии показано назначение препаратов, улучшающих тонус сосудов и одновременно улучшающих трофику как гонад, так и простаты. При сочетании простатита и варикоцеле применяемая комплексная терапия охватывает оба звена этиопатогенеза, зачастую приводящих к нарушению фертильности (тестикулярной и транспортной). Комбинированное применение венотоников, антиоксидантов и антигипоксантов с простатотропными средствами позволяет улучшить гемодинамику, трофику предстательной железы и гонад.

Заключение. Своевременное и адекватное комплексное лечение пациентов с варикоцеле и простатопатиями позволяет значительно улучшить качество их дальнейшего репродуктивного здоровья.

А.В. Аникиев, Е.А. Володько, К.К. Мираков, А.Б. Окулов

Причины нарушения качества репродуктивного здоровья пациентов с врожденными заболеваниями пахово-мошоночной области, оперированных в детстве

Отдел детской хирургии НИЦ ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Описаны причины нарушения репродуктивной функции у пациентов с врожденными хирургическими заболеваниями органов пахово-мошоночной области.

Summary. Describes the causes of reproductive disorders in patients with congenital diseases of surgical inguinal-scrotal area organs.

Возникновение в детском возрасте заболеваний пахово-мошоночной области редко приводит к мужскому бесплодию. Исходы хирургического лечения этих заболеваний на фоне врожденного повреждения гонад не исключают снижение репродуктивной и андрогенной функции у больных в будущем.

Цель исследования: повышение качества жизни пациентов с врожденными заболеваниями пахово-мошоночной области посредством рациональной хирургической коррекции и адекватной схемы реабилитации.

Материал и методы. Ретроспективный анализ истории болезни выполнен у 245 пациентов в возрасте от 16 до 32 лет, из которых 212 оперированы в детском возрасте с катанезом от 16 до 32 лет. Большую часть составили пациенты с крипторхизмом (92), меньшую – со сперматоцеле (21).

Результаты. Односторонний крипторхизм диагностирован у 73, двусторонний – у 19 пациентов. Паховая форма ретенции выявлена у 70, абдоминальная – у 12 пациентов. Среди сопутствующей патологии при крипторхизме преобладали атрофия крипторхизированного яичка и бактериальный простатит. Паховая грыжа диагностирована у 48 пациентов, из них односторонняя – у 39, двусторонняя – у 9. У этих пациентов выявлена сопутствующая патология органов репродуктивной системы: бактериальный простатит – у 7, варикоцеле – у 5. У больных с гидроцеле (51) констатирована односторонняя локализация – у 44, двусторонняя – у 7. Сопутствующая патология у них составила 86,2%: атрофия контралатерального яичка, бактериальный простатит, специфический

уретрит. Андрогенная функция яичек оценена у 180 пациентов в возрасте старше 14 лет по результатам исследования концентрации половых гормонов в сыворотке крови (ЛГ, общий тестостерон). Анализ сперматогенной функции яичек выполнен пациентам старше 14 лет посредством определения концентрации ФСГ и ингибина-В. Всем пациентам независимо от их возраста проведено УЗИ с доплерографией органов малого таза, мошонки с оценкой размеров, объема, гемодинамики яичек и предстательной железы. Анализ эякулята выполнен 92 пациентам старше 15 лет. Повышение уровня ЛГ выявлено после хирургической коррекции крипторхизма у 15,2%, пахового грыжесечения – у 10,2%, устранения гидроцеле – у 1,9% пациентов. Установлено, что наибольшее негативное влияние на андрогенную функцию яичек оказывают их дисгенезия и сопутствующая орхиопатия при крипторхизме. Повышение концентрации ФСГ в сыворотке крови отмечено в большей степени у пациентов с крипторхизмом (21,7%), а в меньшей – с паховой грыжей (15,3%) и гидроцеле (14,2%). Снижение сперматогенной функции у ряда пациентов было обусловлено сопутствующей патологией гонад. Кроме этого, у данных пациентов отмечена транспортная форма патоспермии, обусловленная заболеваниями простато-везикулярного комплекса. Таким образом, основными причинами ухудшения качества репродуктивного здоровья пациентов, оперированных в детстве по поводу врожденных заболеваний пахово-мошоночной области, являются первичная патология гонад, сопутствующие заболевания органов репродуктивной системы, несвоевременная и неадекватная лечебная тактика, хирургические осложнения, приводящие к постгипоксической орхиопатии и транспортной патоспермии вследствие рубцовых изменений по ходу семенного канатика. Для улучшения результатов лечения у данной группы пациентов необходимо осуществлять многопрофильную преемственную медицинскую реабилитацию на протяжении всего репродуктивного периода.

Заключение. Нарушение репродуктивной функции у пациентов с врожденными хирургическими заболеваниями органов пахово-мошоночной области может быть обусловлено первичной патологией гонад, сопутствующими изменениями в простато-везикулярном комплексе врожденного или приобретенного характера, а также неадекватным хирургическим лечением и отсутствием рациональной схемы реабилитации.

Н.А. Апыхтина, С.И. Елгина

Репродуктивное здоровье девочек-подростков Кемеровской области

*МБУЗ «Детская клиническая больница № 7», Кемерово, Россия,
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово, Россия*

Резюме. Представляются результаты анализа особенностей репродуктивного здоровья подростков Кемеровской области.

Summary. Presents results of the analysis features of the reproductive health of adolescents in Kemerovo Region.

Одной из главных целей Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. является «...укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков».

Цель исследования: изучение основных показателей репродуктивного здоровья девочек-подростков Кемеровской области.

Материал и методы. Показатели репродуктивного здоровья изучены на основании отчетной документации службы детской и подростковой гинекологии Кемеровской области, данных профилактических осмотров.

Результаты. В Кемеровской области отмечены неблагоприятные демографические тенденции: снижение рождаемости (13,7 – в 2012 г., 13,6 – в 2013 г., 13,3 – в 2014 г.) и численности детского подросткового населения в возрасте 15–17 лет (82,4 – в 2012 г., 78,1 – в 2013 г., 76,03 – в 2014 г.). Общее количество девочек-подростков в 2014 г. составило 44 766.

В настоящее время отмечается ухудшение соматического здоровья и физического развития детей и подростков. Соматическая заболеваемость в общей популяции девочек-школьниц Кемеровской области составляет 217 468,5 (на 100 тыс.). В структуре заболеваемости преобладают заболевания дыхательной системы (20,7 случая на 100 девочек), инфекционные и паразитарные болезни (4,26%). Инфекционный индекс в общей популяции составляет 4,8. На момент обследования I группу здоровья имели 17,9% девочек, II – 30,7%, III – 51,4%.

При исследовании физического развития девочек-подростков обращает внимание астенизация телосложения, отсутствие тенденции к акселерации.

Гинекологическая заболеваемость девочек-подростков области по результатам обследования в 2014 г. составила 20,7‰. В структуре гинекологической заболеваемости преобладают воспалительные заболевания наружных половых органов (43,1%), расстройства менструации (26,6%), кисты яичников (3,9%), нарушения полового развития (2,6%).

Стационарное лечение получили 549 девочек-подростков. Структура заболеваемости по стационару: воспалительные заболевания внутренних половых органов (55,4%), нарушения менструальной функции (39,0%), опухоли и опухолевидные образования придатков матки (4,4%), врожденные аномалии развития половых органов (2,7%).

Особую тревогу приобретает проблема беременности в юном возрасте. Отмечается рост абсолютного числа родов у подростков в сравнении с 2013 г. (573 – в 2013 г., 645 – в 2014 г.). Отмечается тенденция к росту доли родов у подростков от общего числа родов (в 2012 г. – 1,5%, в 2013 г. – 1,6%, в 2014 г. – 1,8%). При этом абсолютное число аборт и количество повторных абортов у девочек-подростков снизилось на 5,2% (368 – в 2013 г., 354 – в 2014 г.) и 9,2% соответственно (в 2013 г. – 38,0%, в 2014 г. – 36,1%). Аборты у подростков составили 1,4% от общего количества абортов в Кемеровской области.

Таким образом, профилактику нарушения репродуктивной функции у девочек необходимо проводить, начиная с антенатального периода, с особым акцентом на подростковый возраст.

Заключение. Изучены основные показатели репродуктивного здоровья девочек-подростков Кемеровской области. Выявлены неблагоприятные тенденции: снижение рождаемости и численности детского подросткового населения в возрасте 15–17 лет при увеличении заболеваемости репродуктивной системы за счет воспаления и нарушения менструальной функции, при ухудшении соматического здоровья и физического развития, росте абсолютного числа родов.

М.Г. Аскерова, И.Г. Лаврик, Д.Я. Насибова, Т.А. Обоскалова, Н.А. Чарикова

Склероатрофический лихен у детей

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Екатеринбург, Россия

Резюме. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 43 пациенток (девочки в возрасте от 3 до 17 лет) с склероатрофическим лихеном (САЛ). Определены клинико-диагностические критерии заболевания, показана взаимосвязь развития САЛ у ребенка с хронической персистирующей герпес-вирусной инфекцией матери.

Summary. A retrospective analysis of 43 outpatient cards of 3 to 17 years old girls with the Lichen sclerosus (Ls) was made. We defined clinical and diagnostic criteria of the disease. The correlation between Ls of children and the chronic herpes-virus persistence in their mothers was shown.

Склероатрофический лихен (САЛ) – медленно прогрессирующее хроническое заболевание с выраженной очаговой атрофией кожи и слизистых оболочек, имеет генитальные и экстрагенитальные формы. САЛ встречается в любом возрасте, но наиболее часто наблюдается у девочек в препубертате и у женщин в климактерии. Этиология заболевания до конца не изучена. С целью анализа структуры клинических проявлений САЛ у детей с выявлением факторов риска развития заболевания нами проведено ретроспективное когортное исследование данных амбулаторного наблюдения детей с САЛ в ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга.

Материал и методы. В исследование включены 43 пациентки в возрасте 3–17 лет. Средний возраст дебюта САЛ – 5 лет 7 мес, минимальный – 6 мес, максимальный – 14 лет. Средняя продолжительность заболевания составила 1 год 11 мес., минимальная – 3 мес., максимальная – 11 лет. Наличие связи развития САЛ у ребенка и ОАГА у матери не выявлено. 100% пациенток перенесли ОРЗ, причем частые ОРЗ наблюдались в 46,5% (20 случаев из 43). Аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, атопическая бронхиальная астма, атопический ринит) страдало 37,2% девочек. Сопутствующие заболевания у детей: функциональные нарушения кишечника (18,6%), хронический пиелонефрит (13,95%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс (11,6%). Выделены следующие клинико-диагностические критерии САЛ: наличие белых пятен (97,67%), гиперемия пораженной области (46,51%), выделения (13,95%), синехии (6,98%), сухость кожи (27,9%), зудящие очаги (62,8%), признаки атрофии (76,7%), пятна депигментации (88,37%), кровоизлияния (39,5%), высыпания (72%), распространение процесса на перианальную область (65%). В когорте исследуемых чаще встречается генитальная форма (74,41%) – 32 случая, на втором месте – сочетание экстрагенитальной и генитальной форм (20,94%), 9 случаев, и 4,65% приходится на экстрагенитальную форму (2 случая). Ранжирование САЛ по локализации показывает, что наиболее часто процесс поражает вульву и переходит на перианальную область – 32,56% (14 случаев). В результате исследования нами выявлено, что в 100% случаев имеет место персистенция вируса как в организме матери, так и ребенка. По 1 виду вируса – у 62,82% пациенток. Наиболее часто встречается ВПГ 6, ВЭБ, ЦМВ. Из них в комбинации (как у матери, так и у ребенка): ВЭБ, ЦМВ, ВПГ – 6–9 случаев (20,93%); ВЭБ, ВПГ 1 – 1 случай (2,32%); ВПЧ, ВПГ 6, ВПГ 1 – 1 случай (2,32%); ЦМВ, ВПГ 1, ВПГ 2 – 1 случай (2,32%); ВЭБ, ВПГ 6, ВПГ 2 – 1 случай (2,32%); ВЭБ, ЦМВ – 3 случая (6,97%). На основании ретроспективного анализа амбулаторных карт сделан вывод о том, что единой схемы лечения САЛ нет. В составе

комбинированной терапии использовались следующие группы препаратов: противовирусные, противоаллергические препараты, гепатопротекторы, препараты, регулирующие равновесие кишечной микрофлоры, противогрибковые препараты, витамины А, В, Е. Местно: противовирусные, противогрибковые препараты. Из 43 пациенток у 41 отмечена эффективность от назначенного лечения. В 2 случаях имел место рецидив заболевания (у одной пациентки через год, у другой – через 3 года). При повторном обращении были сданы анализы на герпес-вирусную инфекцию и назначено противовирусное лечение.

Заключение. Таким образом, САЛ – заболевание, дебютирующее в раннем возрасте, в подавляющем большинстве случаев поражает генитальную область. Выявлена связь заболевания с наличием персистенции вирусной инфекции в организме матери. Результаты исследования предполагают возможность прогнозирования возникновения заболевания у детей на основании обследования матерей на носительство герпес-вирусной инфекции на этапе прегравидарной подготовки.

И.Э. Асланян, В.А. Крутова, С.С. Мелкумян, А.И. Тулендинова

Гипоменструальный синдром в практике гинеколога детского и подросткового возраста

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Резюме. Анализируется важность персонализированного подхода при ведении подростков с различными вариантами нарушения менструального цикла.

Summary. Analyzes the importance of personalized approach in the management of adolescents with different variants of menstrual disorders.

В структуре гинекологической патологии пубертатного возраста нарушения менструальной функции занимают второе место.

Материал и методы. В исследование были включены 320 пациенток, получивших курс лечения в отделении гинекологии детского и подросткового возраста в возрасте от 13 до 17 лет. При проведении обследования соблюдался стандартный алгоритм обследования. Назначение персонализированной терапии проводилось с учетом выделенных групп пациенток.

Результаты. Пациентки с нормальными показателями гормонограммы: $n=107$ (33,47%). Девочкам данной группы проводили курс лечения в условиях стационара и амбулаторно: витаминотерапия, физиолечение: электросон по лобно-сосцевидной методике, эндоназально электрофорез витамина В₁, иглорефлексотерапия. Пациентки с повышенным уровнем пролактина: $n=78$ (24,36%). Пациентки данной группы помимо полученного курса комплексного лечения в стационаре, включающего витаминотерапию, физиолечение, иглорефлексотерапию, наблюдались эндокринологом. Прием растительного препарата, содержащего экстракт плодов прутняка обыкновенного, в течение 3 мес, в случае исключения опухоли гипофиза, позволил добиться нормализации показателей пролактина и регуляции менструального цикла. Пациентки с низким уровнем прогестерона, определяемого во вторую фазу менструального цикла: $n=71$ (22,17%). Для данной группы пациенток проводился курс комплексной терапии, включая физиолечение: элек-

трофорез 3% раствора сульфата цинка по брюшно-крестцовой методике. При необходимости также проводилась коррекция второй фазы цикла гестагенами в течение 3–6 мес. Пациентки с повышенным уровнем ЛГ, индексом ЛГ/ФСГ, с ультразвуковыми признаками мультифолликулярных яичников: $n=64$ (20%). Девочкам этой группы проводили курс комплексной терапии, включая физиолечение: электрофорез с 2% раствором сульфата меди по брюшно-крестцовой методике. Девушки наблюдались эндокринологом, проводилась коррекция выявленных нарушений углеводного обмена, метаболического синдрома. Пациенткам с СПКЯ назначался длительный курс низко- и микродозированных КОК, содержащих гестагенный компонент с антиандрогенным эффектом.

Заключение. Соблюдение алгоритма обследования девушек с нарушением менструальной функции, интерпретация полученных результатов исследования, проведение комплексного лечения в зависимости от полученных результатов исследования позволяют в кратчайшие сроки добиться нормализации показателей гормонограммы, эхокартины, восстановления регулярного ритма менструаций.

И.Э. Асланян, В.А. Крутова, А.И. Тулендинова

К вопросу о комплексном лечении склероатрофического лишена вульвы у девочек

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Резюме. Ежегодно количество больных девочек с дистрофическими заболеваниями вульвы неуклонно возрастает. Недостаточная изученность причин возникновения склероатрофического лишена вульвы, поздняя диагностика, многообразие и низкая эффективность существующих схем лечения способствуют затяжному течению патологического процесса и развитию рубцовых деформаций. Включение в схему комплексной терапии лишена инфракрасного лазерного облучения вульвы позволяет добиться у девочек выраженного и стойкого улучшения клинических проявлений – исчезновение зуда, эпителизация эрозий, уменьшение депигментации и др.

Summary. Annually the quantity of sick girls with dystrophic diseases of a vulva steadily increases. An insufficient level of scrutiny of the causes of occurrence of vulvar lichen sclerosus, the serotinal diagnostics, variety and low efficacy of existing schemes of treatment contribute fixing flow of pathological process and development of cicatrical deformations. Including in the scheme of complex therapy of Lichen an infra-red laser irradiating of a vulva, allows to achieve from girls of the expressed and nonperishable enriching of clinical implications – itching disappearance, an epithelialization of erosions, reduction of a depigmentation, etc.

Склероатрофический лишень вульвы (болезнь белых пятен, атрофический лишай) – хронический лимфоцитозависимый дерматоз, локализующийся преимущественно в аногенитальной области. Число больных девочек с дистрофическими заболеваниями вульвы ежегодно возрастает. Учитывая отсутствие четких представлений о возможных причинах возникновения склероатрофического лишена вульвы, схемы лечебных воздействий при этом заболевании чрезвычайно многообразны, что связано с их малой эффективностью, а также рецидивирующим характером течения заболевания. Ежегодно для лечения склероатрофического лишена вульвы в лечебные учреждения Краснодарского края обращаются свыше 40 пациенток.

Материал и методы. За последние 2 года в отделении гинекологии детского возраста БАГК университета наблюдалось 18 девочек в возрасте от 4 до 9 лет, из которых впервые выявленные составили 12 человек, 6 обратились повторно. 92% обратившихся составили городские жители (Краснодар, Сочи, Армавир и др.). Обследование детей включало стандартное выяснение анамнеза, визуальный осмотр наружных гениталий, а также расширенную вульвоскопию, бактериоскопическое, бактериологическое и цитологическое исследование влажных мазков. Основные клинические проявления характеризовались жалобами пациенток на зуд (100%) и жжение (69%) при мочеиспускании. Также отмечались дискомфорт в области вульвы (94%) и другие жалобы (сухость кожно-слизистых покровов (66%), нарушение сна (11%) и др.). Все пациенткам лечение проводилось в условиях стационара. В составе комплексной терапии, помимо обычно назначаемых препаратов, улучшающих микроциркуляцию, и местного лечения, на область вульвы назначались курсы инфракрасного лазерного облучения аппаратом «УЗОР Мед Б-2 к», 1500 Гц № 2, 80 Гц № 4, 1500 Гц по схеме № 4.

Результаты. Анализ ближайших результатов лечения не приводил к полному исчезновению всех проявлений заболевания ни в одном случае. Вместе с тем стойкое исчезновение зуда наблюдалось в 100% случаев, отмечено выраженное уменьшение воспалительных явлений (98%), эпителизация эрозий (100%) и трещин (96%), уменьшение депигментации (24%) и атрофии (14%).

Заключение. Своевременная и комплексная терапия склероатрофического лишая у девочек с активным включением в схему лечения физиотерапевтических методов способствует не только восстановлению кожно-слизистых покровов вульвы, но и профилактике возможных осложнений в виде косметических дефектов, а также предупреждению развития неопластических процессов вульвы в будущем.

И.Э. Асланян, В.А. Крутова, А.М. Чулкова, Е.Е. Копытко

Консервативная терапия в лечении и профилактике рецидивов кондиломатоза у девочек и подростков

Базовая акушерско-гинекологическая клиника ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Резюме. Анализ структуры гинекологической патологии в современных условиях свидетельствует об эпидемии папилломавирусной инфекции, в том числе у девочек и подростков. Целью проведенного исследования явилась оценка эффективности различных подходов к консервативной терапии при лечении пациенток детского и подросткового возраста. Вывод: наиболее эффективен комплексный подход к проведению консервативной терапии у детей и подростков.

Summary. The analysis of a structure of a gynecologic pathology in modern conditions allows to confirm about epidemic of Papilloma Viral Infection, including at girls and teenagers. The purpose of the conducted research was the assessment of efficacy of various approaches to conservative therapy at treatment of infant and adolescence patients. A conclusion: the complex approach to carrying out of conservative therapy at children and teenagers is most effective.

Анализ структуры гинекологической патологии в современных условиях свидетельствует об эпидемии папилломавирусной инфекции, в том числе у девочек и подростков.

Увлечение иммунокоррекцией, ограничение лечения местными процедурами и деструктивными методами не всегда способствуют адекватности терапии, а также профилактики рецидивов заболевания.

Цель исследования: оценка эффективности различных подходов к консервативной терапии при лечении пациенток детского и подросткового возраста, страдающих кондиломатозом влагалища и вульвы, а также в профилактике рецидивов патологии.

Материал и методы. В исследование включены 153 девочки в возрасте от 14 до 17 лет, у которых по результатам обследования выявлены кондиломы влагалища и/или вульвы. Всем пациенткам проводилось местное лечение (антибиотикосодержащие, антимикотические свечи, мази, антисептики), назначали иммунокорректирующую терапию после обследования и консультации иммунолога. Только указанное лечение в части случаев с антимикробной монотерапией по результатам обследования на ИППП и условно-патогенную микрофлору получила 31 (20,3%) пациентка (группа А). У 34 (22,2%) девушек перед лечением проводили эмпирическую антимикробную терапию по одной из рекомендованных современным европейским руководством схем терапии воспалительных заболеваний органов малого таза (группа В), у 45 (29,4%) – эмпирическую антимикробную терапию в сочетании с противовирусными препаратами (группа С), 43 (28,1%) назначали только противовирусные препараты (группа D).

Результаты. Все пациентки после лечения наблюдались в клинике в течение 1 года с периодичностью 1 раз в 3 мес. По результатам обследования и после окончания консервативной терапии только в группе С ($n=45$) у 2 (4,4%) пациенток, наблюдалось самоизлечение, в отношении остальных применяли деструктивные методы лечения. При дальнейшем наблюдении в указанные сроки рецидивы кондиломатоза влагалища (вульвы) в группе А зафиксированы у 12 пациенток (38,7%, $n=31$), в группе В – у 5 (11,1%, $n=45$), в группе D – у 7 пациенток (16,3%, $n=43$). В группе С рецидивов в течение года не наблюдалось.

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что наиболее эффективен комплексный подход к проведению консервативной терапии у детей и подростков.

А.В. Аталян, И.В. Жуковец, О.Я. Лещенко, Е.В. Митюрин

Основные факторы риска развития ожирения у девочек-подростков с дисфункцией гипоталамуса

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздрава России,
Благовещенск, Россия

Резюме. Установлены значимые медико-биологические факторы риска развития ожирения у 170 девочек-подростков с дисфункцией гипоталамуса, первое ранговое место – манифест дисфункции гипоталамуса более 5 лет, второе – сопутствующие заболевания (кардиомиопатия, ангиопатия сетчатки), третье – осложнения беременности у матери (анемия во II и III триместрах беременности); среди социально-экономических – дополнительные занятия у репетитора.

Summary. Significant biomedical risk factor for obesity were determined in 170 adolescent girls with hypothalamic dysfunction, the first ranking place- the manifestation of hypothalamic

dysfunction for more than 5 years, the second – associated diseases (cardiomyopathy, retinal angiopathy), the third – pregnancy complications of the mother (anemia in the second and third trimesters of pregnancy); among socio-economic factors is extra classes with a tutor.

У девочек-подростков с дисфункцией гипоталамуса (ДГ) ожирение выявляется у 61,2%.

Цель исследования: анализ социально-экономических и медико-биологических факторов развития ожирения у девочек-подростков с ДГ.

Материал и методы. Обследовано 170 девочек с ДГ, поступивших в гинекологическое отделение с 2000 по 2014 г., средний возраст $14,41 \pm 0,26$ года. Избыточную массу тела и ожирение у девочек-подростков определяли по шкале стандартных отклонений индекса массы тела, с учетом возраста. Для оценки рисков использовали четырехпольные таблицы сопряженности. Воздействие конкретного фактора оценивали по величине относительного риска (ОР) сравнения данных двух групп – экспонированной и неэкспонированной, с вероятностью 95%.

Результаты. Выявлены медико-биологические факторы риска развития ожирения у девочек-подростков с ДГ (ОР>1): манифест ДГ более 5 лет (ОР – 7,5%, $\chi^2=22,46$, $p<0,01$); сопутствующие соматические заболевания – хронический тонзиллит (ОР – 1,12, $\chi^2=0,91$, $p>0,05$), диффузный (эндемический) зоб (ОР – 1,3, $\chi^2=1,51$, $p>0,05$), кардиомиопатия при нарушении питания (ОР – 8,67, $\chi^2=25,6$, $p<0,01$), ангиопатия сетчатки (ОР – 3,9, $\chi^2=14,99$, $p<0,01$); осложнения беременности у матери – преэклампсия (ОР – 2,41, $\chi^2=9,11$, $p<0,01$), анемия во II и III триместрах беременности (ОР – 2,3, $\chi^2=4,76$, $p<0,05$); асфиксия при рождении (ОР – 1,3, $\chi^2=1,27$, $p>0,05$). Среди наследственных факторов риска ожирения у обследованных девочек-подростков с ДГ были выделены (ОР>1): сахарный диабет (ОР – 1,78, $\chi^2=1,41$, $p>0,05$), ожирение у матери (ОР – 1,5, $\chi^2=1,7$, $p>0,05$), ожирение у отца (ОР – 1,3, $\chi^2=0,35$, $p>0,05$). Определены социально-экономические факторы, повышающие риск развития ожирения у девочек-подростков с ДГ (ОР>1): дополнительные занятия у репетитора (ОР – 1,9, $\chi^2=34,7$, $p<0,01$) низкий уровень доходов в семье – малообеспеченные семьи (ОР – 1,2, $\chi^2=0,64$, $p>0,05$) и «неполная семья» (ОР – 1,1, $\chi^2=0,021$, $p>0,05$).

Провели ранжирование факторов риска развития ожирения у девочек-подростков с ДГ, первое ранговое место – возраст манифеста ДГ более 5 лет, второе – сопутствующие заболевания (кардиомиопатия, ангиопатия сетчатки), третье – осложнения беременности у матери (гипертензивные расстройства во второй половине беременности – преэклампсия, анемия в II и III триместрах беременности); среди социально-экономических – дополнительные занятия у репетитора.

Заключение. Данное исследование показало основные медико-биологические и социально-экономические факторы риска в развитии ожирения у девочек-подростков с ДГ.

И.В. Бабенко-Сорокопуд, Э.Б. Яковлева, А.А. Железная, В.В. Вустенко, Л.В. Желтоноженко,
В.Ю. Яценко, Е.В. Золото

Опыт охраны репродуктивного здоровья детей и подростков

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Резюме. Социальная незрелость подростков, низкий уровень информированности и доверия к специалистам и родителям способны повысить риск нарушения репро-

дуктивной функции, что явилось основанием заключения соглашения специалистами службы с учебными заведениями о проведении тематических профилактических тренингов.

Summary. Social immaturity of adolescents, low levels of awareness and trust in the professionals and parents can increase the risk of reproductive disorders, which was the basis of an agreement with a service specialist schools to hold themed preventive training

Сохранение репродуктивного потенциала подрастающего поколения – один из актуальных вопросов медицины. Частота непланируемой беременности у несовершеннолетних девушек составляет 13–15%. Налаженная профилактика, гинекологическая и лечебно-консультативная помощь для подростков и молодежи в условиях Донецкого республиканского центра охраны материнства и детства (ДРЦОМД) способствуют укреплению всех составляющих их репродуктивного здоровья.

Цель исследования: изучение охраны репродуктивного здоровья детей и подростков.

Материал и методы. Проведено анкетирование 163 девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Они заполнили анонимную анкету, имеющую пункты, где необходимо было указать личные суждения; пункты, предполагающие выбор предлагаемых ответов; пункты, несущие информационный блок. В заключительной части анкеты были даны адрес и контактный телефон «Доверие» службы охраны репродуктивного здоровья подростков и молодежи при ДРЦОМД, где можно проконсультироваться по любым интересующим вопросам у следующих специалистов: гинеколог, сексолог, психолог, терапевт, психотерапевт, педагог, сотрудник социальной службы.

Результаты. В работе была предпринята попытка оценить значимость ряда факторов риска сохранения репродуктивного здоровья на основе вопросов и утверждений, предложенных в анкете, отражающих возможные воздействия обстоятельств: раннее начало половой жизни (до 15 лет у 65%), количество половых партнеров 3 и более, незащищенный половой контакт (у 73%), неосведомленность о контрацептивах (у 85%). Были затронуты вопросы о степени доверия подростков, попавших в фрустрирующую ситуацию (непланируемая беременность), к родителям (у 49%), к врачу и готовности получения помощи (у 51%).

Сотрудники организационно-методического отдела по половому воспитанию «Молодежная клиника» и отделения детской и подростковой гинекологии ДРЦОМД в рамках проекта «Возрождение» проводили ряд лекций-тренингов с предоставлением информации об этапах становления сексуальности, негативных последствиях незащищенных половых контактов (факты и статистика), профилактике ИППП (8–25%), гонорей (0,2–12%), вируса папилломы человека (15–30%) и нежеланной беременности, духовных ценностях семьи. Проект направлен на пропаганду здорового образа жизни, развитие гармоничной личности подрастающего поколения, формирование мотивации к сохранению репродуктивного здоровья и молодой семьи путем внедрения непрерывного медико-психолого-педагогического сопровождения.

Установлено, что социальная незрелость подростков, низкий уровень информированности и доверия к специалистам и родителям способны повысить риск нарушения репродуктивной функции в частности и здоровья в целом, что явилось основанием заключения соглашения специалистами службы с учебными заведениями о проведении тематических профилактических тренингов в течение учебного года для учащихся и студентов, с привлечением подготовленных по специально разработанной программе волонтеров из числа молодежи.

Заключение. В игровой интерактивной форме, путем эффективной передачи информации сверстникам о влиянии образа жизни на состояние репродуктивного здоровья, важности отсрочки полового дебюта в подростковом возрасте, о средствах контрацепции, вреде прерывания беременности, вероятности инфицирования ВИЧ и ВПЧ, волонтеры формировали активную жизненную позицию на пользу здоровья и крепкой семьи в будущем.

Ф.Ф. Бадретдинова, В.Б. Трубин

Прерывание беременности медицинским абортom – фактор риска нарушения репродуктивного здоровья у девушек-подростков

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Уфа, Россия

Резюме. Изучены результаты первого аборта в I триместре беременности у 645 девушек-подростков в возрасте 15–18 лет. Во время аборта диагностированы хронические соматические заболевания у 56,3%, патология репродуктивной системы у 43,5% пациенток (эктопия цилиндрического эпителия цервикального канала шейки матки, хронические сальпингоофориты). Для улучшения репродуктивного здоровья у 186 девушек-подростков, перенесших медицинский аборт, применена система лечебно-реабилитационных мероприятий, которые позволили снизить число ранних осложнений в 2,5 раза (с 8,3 до 3,2%), и число гинекологических заболеваний в отдаленном периоде в 5 раз (с 53 до 10,5%).

Summary. Studied the results of the first abortion I trimester in 645 adolescent girls who are between the ages of 15–18 years. During abortion diagnosed chronic somatic disease in 56.3%, the pathology of the reproductive system in 43.5% of patients (ectopic columnar epithelium of the cervix cervical canal, chronic salpingoophoritis). In order to improve reproductive health in 186 adolescent girls who had undergone medical abortion, applied system of treatment and rehabilitation activities, which helped to reduce the number of early complications by 2.5 times (from 8.3 to 3.2%), and the number of gynecological diseases late period is 5 times (from 53 to 10.5%).

Цель исследования: применение лечебно-реабилитационных мероприятий для девушек-подростков, прерывающих первую беременность медицинским абортom.

Материал и методы. Изучены последствия первого аборта в I триместре у 645 девушек-подростков в возрасте 15–18 лет. Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные.

Результаты. По социальному положению наибольшую группу составили учащиеся общеобразовательных школ, средних специальных учебных заведений, вузов (67,8%). У всех девушек-подростков беременность наступила вне брака. Вредные привычки (табакокурение, употребление спиртных напитков) имели 54,7% девушек-подростков. Во время аборта диагностированы хронические соматические заболевания у 56,3%, патология репродуктивной системы у 43,5% пациенток (эктопия цилиндрического эпителия цервикального канала шейки матки, хронические сальпингоофориты). Метод прерывания беременности – дилатация шейки матки с последующим кюретажем. Обезболива-

ние – местная новокаиновая анестезия, внутривенный наркоз. Ближайшие осложнения – перфорация матки, неполный аборт, гипотонические кровотечения (0,9%). Осложнения воспалительного генеза (эндометрит, обострение хронического сальпингоофорита) составили 7,4%. При обследовании через 12 мес после аборта диагностированы гинекологические заболевания у 53,6% девушек-подростков (эндоцервициты – 34%, хронические сальпингоофориты – 12,6%, нарушения менструальной функции – 7,6%). Для улучшения репродуктивного здоровья у 186 девушек-подростков, перенесших медицинский аборт, применена система лечебно-реабилитационных мероприятий, представленная углубленным обследованием с привлечением психотерапевта, применением санации гениталий при выполнении операции аборта высококвалифицированным гинекологом, применением в послеоперационном периоде антибактериальных препаратов, низкоинтенсивного лазерного излучения. Через месяц после аборта в условиях женской консультации проведено комплексное обследование, при выявлении патологии – лечение с индивидуальным подходом с акцентом на оздоровление шейки матки с последующим диспансерным наблюдением.

Заключение. Прерывание беременности медицинским абортом является фактором риска нарушения репродуктивной системы. Применение системы лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет снизить число ранних осложнений в 2,5 раза (с 8,3% до 3,2%) и число гинекологических заболеваний в отдаленном периоде в 5 раз (с 53% до 10,5%).

Ф.Ф. Бадретдинова, Р.Р. Юлбарисова

Пути улучшения репродуктивного здоровья девушек-подростков

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

Резюме. Путем анонимного анкетирования 420 девушек-подростков изучены поведенческие, медицинские и социальные причины, влияющие на репродуктивное здоровье женщин.

Summary. Through anonymous questionnaires at the 420 girls studied behavioral, temperament and social causes which affect the reproductive health of women.

С учетом сложившейся демографической ситуации сохранение минимального репродуктивного потенциала нации в социальном масштабе возможно лишь при проведении активных мер по оздоровлению девочек и девушек, включая мероприятия по профилактике абортотворения и оптимизации репродуктивного поведения.

Цель исследования: улучшение репродуктивного здоровья девушек-подростков путем устранения негативных медико-социальных факторов.

Материал и методы. С помощью анонимного анкетирования были изучены некоторые аспекты сексуального, репродуктивного поведения 420 девушек-подростков в возрасте 15–18 лет.

Результаты. Установлено, что 52,5% девушек курят, 44,5% употребляют алкогольные напитки, 3% девушек иногда употребляли наркотики. Анализ сексуального поведения показал, что число девушек, имевших опыт половой жизни, составило 11,2% в возраст-

тной группе 15–16 лет и 44,5% к 18 годам. Недостаточное использование методов контрацепции способствовало тому, что 9,6% девушек, живущих половой жизнью, уже имели в анамнезе аборт. Из 187 студенток, обратившихся в женскую консультацию по поводу беременности, лишь у 33 (17,6%) беременность закончилась родами. Отношение к аборту при первой беременности у 87,6% девушек было негативным: 47,6% считают аборт убийством, 40% испытывают страх перед абортом и только 3,7% девушек считают, что аборт не имеет последствий. Изучение контрацептивного поведения позволило выяснить, что современные методы контрацепции используют лишь 7,8% девушек, живущих половой жизнью, 92,2% пользуются недостаточно эффективными методами контрацепции: 53,3% – презервативами, 30,1% – прерванным половым актом, 8,8% – спермицидами. При выяснении причин негативного отношения к современным методам контрацепции было определено, что наиболее значимым является следующее: недостаточная информированность – 72,2%, некачественное консультирование – 9,1%, экономический фактор – 20,7%. В структуре гинекологических заболеваний первое место занимают воспалительные заболевания, связанные с инфекциями, передаваемыми половым путем. С учетом сложившейся ситуации сохранение минимального репродуктивного потенциала нации в социальном масштабе возможно лишь при проведении активных мер по оздоровлению девочек и девушек, включая мероприятия по профилактике аборт и оптимизации репродуктивного поведения. Ведущим принципом лечебно-профилактической работы с подростками с учетом предстоящего материнства становится принцип «репродуктивной безопасности». Серьезной проблемой является отсутствие уверенности у подростков в сохранении конфиденциальности информации. Основной задачей в этой ситуации является развитие «Клиник, дружественных к молодежи», Центров психологической поддержки подростков, повышение роли учебных заведений (школа, средние специальные и высшие учебные заведения) в половом воспитании и формировании позитивного отношения к здоровому образу жизни, в планировании семьи путем активного сотрудничества медицинских работников и педагогов.

Заключение. Комплексный подход, направленный на сохранение здоровья молодежи, позволит вырастить здоровое поколение, что является основной задачей общества.

Р.Р. Байрамгулов, С.Ю. Муслимова, В.Б. Махонин, В.А. Парамонов

Злокачественные и пограничные опухоли яичников у девочек

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,

ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», Уфа, Россия

Резюме. Авторами приводится анализ структуры пограничных и злокачественных опухолей яичников у девочек в возрасте от 0 до 17 лет и результатов органосохраняющего их лечения. На основании проведенного исследования они делают заключение о целесообразности проведения органосохраняющих операций даже при II и III стадиях распространения опухоли по FIGO.

Summary. The authors analysed the structure and results of organ-treatment border and malignant ovarian tumors in girls aged 0 to 17 years. On the basis of the study they make a conclusion on the feasibility of organ operations even when II and III stages of tumor spread by FIGO.

Материал и методы. Нами были обследованы 523 девочки в возрасте от 0 до 17 лет с опухолями яичников, в 89,4% случаев опухоли имели доброкачественный характер, в 3,12% случаев были выявлены пограничные опухоли и в 8,18% – злокачественные. Злокачественные новообразования встречались среди всех гистологических типов опухолей яичников, кроме опухолей стромы яичника и опухолей мягких тканей, нетипичных для яичников. Большая их часть относилась к герминогенным опухолям.

Результаты. В 35% ($n=12$) случаев у девочек выявлялись дисгерминомы. Этот тип опухолей встречался практически во всех возрастных группах, а пик заболеваемости (5 из 12 случаев) приходился на препубертатный период. Реже диагностировались опухоль желточного мешка ($n=6$) и незрелая тератома ($n=6$). Они поражали девочек старшего возраста, только в одном случае незрелая тератома была диагностирована у ребенка 8 лет. Смешанные герминогенные опухоли были выявлены у 4 девочек, из их числа 3 случая приходились на период позднего детства. Эти опухоли включали в себя следующие сочетания: дисгерминома – хориоэпителиома – эмбриональная карцинома, незрелая тератома – эмбриональная карцинома, незрелая тератома – опухоль желточного мешка, дисгерминома – опухоль желточного мешка.

Из 5 герминогенных опухолей полового тяжа злокачественными были 3, а среди 8 опухолей полового тяжа и стромы яичников – 2. У 2 девочек в периоде детства были выявлены злокачественные гемопозитические и лимфобластные опухоли (лимфома Беркитта и лимфобластный лейкоз). Среди поверхностных эпителиально-стромальных опухолей доля злокачественных составила 0,4%, в 4,2% случаев были выявлены пограничные опухоли. Средний возраст наших пациенток со злокачественными опухолями составил 11,9 года.

Наличие современных цитостатических препаратов позволило проводить девочкам с герминогенными опухолями яичников даже при II и III стадиях по FIGO органосохраняющее лечение (удаление придатков матки на стороне поражения, резекция большого сальника, биопсия контралатерального яичника). 4 пациенткам с небольшими опухолями (до 100 мм в диаметре) проведены лапароскопические операции с использованием специальных контейнеров для извлечения опухоли из брюшной полости. Это позволило значительно снизить травматизацию, уменьшить объем интраоперационной кровопотери, качественно провести ревизию органов малого таза и брюшной полости и сократить период между операцией и началом химиотерапии.

После органосохраняющих операций, проведенных по поводу злокачественных герминогенных опухолей I–III стадии по классификации FIGO/CCG, постоянно в клинике наблюдались 15 больных. Все они получили химиотерапию по программе MAKEI 99 (режим ВЕР). Период наблюдения за ними составил от 1 года до 8 лет. Отклонений в физическом развитии не было выявлено. Менструальный цикл у 6 девочек пубертатного периода был регулярным. Рецидив дисгерминомы мы наблюдали только у одной пациентки, мать которой после операции категорически отказалась от проведения химиотерапии по религиозным причинам.

Из 16 девочек с пограничными серозными и муцинозными цистаденомами только 2 больным была произведена аднексэктомия по поводу перекрута ножки опухоли, остальным были проведены органосохраняющие операции (аднексэктомия со стороны поражения, резекция сальника). Рецидивы мы наблюдали у 2 пациенток.

О.П. Балыкова, Н.Н. Чернова, М.Г. Ласеева

Медико-педагогические аспекты формирования ВИЧ-отрицательного поведения

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Резюме. В работе рассматриваются актуальные вопросы профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Увеличение удельного веса передачи инфекции половым путем при гетеросексуальных контактах в социально благополучных группах населения, к числу которых относится и детское население, свидетельствует о необходимости активизации работы, нацеленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.

Summary. The paper deals with topical issues of HIV infection prevention. Increase in the proportion of sexual transmission of the infection as a result of heterosexual intercourses in the socially advantaged groups of population, which include child population as well, indicates the need for intensification of activities aimed at preventing the spread of HIV infection.

В настоящее время в России наблюдается увеличение темпов роста и развития эпидемии ВИЧ/СПИД, а также подъем заболеваемости в социально благополучных группах населения. Наряду с этим отмечается рост удельного веса передачи инфекции половым путем при гетеросексуальных контактах. Большинство молодых женщин заражаются ВИЧ-инфекцией в результате незащищенного полового контакта. В 2015 г. на территории Республики Мордовия был зафиксирован случай ВИЧ-инфицирования девочки-подростка (учащейся колледжа) при гетеросексуальном контакте.

Цель исследования: анализ заболеваемости детского населения Республики Мордовия ВИЧ-инфекцией. Определение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.

Результаты. На диспансерном учете в республиканском Центре профилактики и борьбы со СПИДом состоит 942 человека, среди них с диагнозом ВИЧ-инфекции зарегистрировано 14 детей (в том числе 2 подростка). Доля детского населения составляет 1,5% от числа всех зарегистрированных.

При этом 6 детей инфицированы в результате перинатального контакта, 2 – при грудном вскармливании, 5 детей прибыли инфицированными из других территорий. Еще один случай заражения произошел в результате незащищенного полового контакта.

В связи с этим возникает необходимость активизации работы среди учащейся молодежи с целью предупреждения распространения ВИЧ-инфекции. В частности, на реализацию профилактических образовательных программ с обеспечением всеобщего доступа к достоверной информации о путях передачи инфекции и методах ее профилактики, а также направленной на искоренение так называемых «поведенческих рисков».

Понятие «поведенческие риски» объединяет в себе негативные факторы или факторы риска, которым учащиеся подвергают себя добровольно: к ним наряду с табакокурением, употреблением алкогольных напитков и наркотических или токсических веществ относится и сексуальное поведение, связанное с нежелательной беременностью и инфекциями, передаваемыми половым путем.

Заключение. Необходимо нацелить работу на формирование ВИЧ-отрицательного поведения, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, путем соблюдения всех санитарно-гигиенических и профилактических правил у подрастающего поколения.

А.Н. Баранов, Т.М. Ларюшева, Н.Г. Истомина

Оценка течения беременности и родов у подростков Архангельской области через 20 лет

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России,
Архангельск, Россия

Резюме. Представлена сравнительная оценка основных клинических показателей течения беременности и родов у женщин в возрасте до 18 лет, проживающих на территории Архангельской области, за 1990–1995 и 2011–2014 гг. Отражен социальный портрет беременных этой возрастной группы, проведена оценка соматического статуса, частоты осложнений беременности и родов у женщин-подростков с промежутком времени 20 лет.

Summary. The presents a comparative assessment of key clinical aspects of pregnancy and labor in women under the age of 18, who live in the Arkhangelsk region for the period of 1990–1995 and 2011–2014 years. It reflects the social portrait of the pregnant women in this age group, the estimation of the somatic status, the frequency of complications of pregnancy and childbirth in women-teenagers within the time span of 20 years.

Цель исследования: оценить социальный и соматический статус, а также основные показатели течения беременности, родов и состояние новорожденных у женщин-подростков, проживающих на территории Архангельской области, за промежуток времени 20 лет.

Материал и методы. На основании данных анкетирования и анализа медицинской документации проведена сравнительная оценка клинических показателей течения беременности и родов у женщин в возрасте до 18 лет, проживающих на территории Архангельской области, за 1990–1995 и 2011–2014 гг.

Результаты. За последние 20 лет отмечено снижение процента работающих подростков (6,6% в настоящее время против 42,4% в 1990-е годы) и увеличение процента учащихся (61,5% в 2011–2014 гг. и 25,8% в 1990–1995 гг.).

Средний возраст менархе у юных беременных в 1990-е годы составил $12,47 \pm 1,09$ года, в настоящее время он равняется $13 \pm 1,23$ года. Нами не выявлено существенного различия между средним возрастом начала половых отношений ($13,3 \pm 0,2$ года в 1990–1995 гг. и $15,35 \pm 1,23$ года в настоящее время).

Отмечен рост хронической экстрагенитальной патологии у несовершеннолетних (43,5% в 1990-е годы и 65,9% в 2011–2014 гг.). Процент повторных беременностей у подростков в 1990-х годах составил 9,8%, этот же показатель в настоящее время – 6,6%.

Беременность протекала с осложнениями у 86,8% юных женщин при исследовании 1990–1995 гг. и у 86,5% юных женщин в настоящее время. На протяжении гестационного процесса в обоих исследованиях структура и частота встречаемости осложнений беременности оказались вполне сопоставимы.

Наиболее часто встречающиеся осложнения беременности: угроза прерывания в 1990–1995 гг. – 41,0%, в 2011–2014 гг. – 38,2%. Соответственно указанным годам: пре-

ждевременные роды – 7,3 и 7,8%; гипертензия и преэклампсия – 39,1 и 31,2%; анемия – 61,9 и 64,2%. Обращает внимание более высокий процент рвоты беременных и несколько реже встречаемость преэклампсии и артериальной гипертензии в 2011–2014 гг. по сравнению с 1990-ми годами (17,2 и 28,2% соответственно).

Размеры плода при рождении ниже нормативных были отмечены у 6,7% юных беременных при исследовании 90-х годов и у 12,6% – в современном исследовании.

Продолжительность родов у несовершеннолетних была примерно одинаковой – 9,14 ч (1990–1995 гг.) и 9,5 ч (2011–2014 гг.).

Родовой травматизм у юных матерей, по данным 2011–2014 гг., значительно сократился, травмы мягких тканей родовых путей встречались у 22,3% несовершеннолетних рожениц. За промежуток времени 20 лет отмечен рост частоты кесарева сечения в 2 раза.

Заключение. Таким образом, в процессе нашего исследования за 20 лет у подростков выявлено: изменился социальный статус беременных подростков в сторону увеличения числа учащих; выросла частота сопутствующей патологии у подростков; отмечено увеличение частоты родостимуляций и родоразрешений кесаревым сечением; значительно сократились травмы мягких тканей родовых путей. Вместе с тем следует констатировать, что не выявлено существенного различия частоты и структуры осложнений беременности, перинатальных исходов у юных женщин за промежуток времени 20 лет.

С.В. Баринов, Н.И. Павленко, А.В. Пискалов

Варикозное расширение овариальных вен у девочек-подростков как причина обильных менструаций и хронического тазового болевого синдрома пубертатного периода

БУЗ Омской области «Областная детская клиническая больница», Омск, Россия

Резюме. Анализируются особенности проявлений овариоварикоцеле у девочек-подростков и важность ультразвуковой диагностики с целью ранней диагностики данной патологии.

Summary. Describes features of the manifestations ovaricovariocele in adolescent girls and the importance of ultrasound diagnostics for early detection of this disease.

Варикозное расширение овариальных вен у девочек-подростков как одна из причин обильных менструаций пубертатного периода и хронического тазового болевого синдрома на сегодняшний день остается малоизученной и одновременно актуальной проблемой.

Цель исследования: проанализировать особенности клинических проявлений овариоварикоцеле у девочек-подростков, оценить динамику клинической симптоматики на фоне хирургического лечения.

Материал и методы. В Центре патологии репродуктивных органов и тазовой хирургии Областной детской клинической больницы в 2011–2015 гг. находились на обследовании и лечении 40 девочек в возрасте 14–17 лет с варикозным расширением овариальных вен.

Результаты. Диагноз варикозного расширения овариальных вен у девочек-подростков основывался на результатах ультразвукового сканирования органов малого таза при нетугом наполнении мочевого пузыря с применением диагностических проб (пробы Вальсальвы и/или ортостатической пробы). Всем пациенткам обязательно проводили анализ клиничес-

кой симптоматики с оценкой объема менструальной кровопотери по пиктограмме и степени выраженности тазового болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале NRS. Учитывая особенности клинических проявлений овариовариоцеле, дополнительно проводилась оценка состояния системы гемостаза. Проведенный анализ показал, что основным клиническим проявлением овариовариоцеле в возрасте до 15 лет являются обильные менструации в 95% случаев в сочетании с дисменореей в 40% случаев. В возрасте старше 15 лет преобладает хронический тазовый болевой синдром в 100% случаев в сочетании с обильными менструациями в 85% случаев и дисменореей в 65% случаев. На основании результатов проведенных исследований нами разработана схема лечения пациенток с овариовариоцеле, эффективная во всех возрастных группах, о чем свидетельствует отсутствие жалоб через 6 мес после лечения на обильные менструации у 75% девочек в возрасте до 15 лет и у 100% девочек старше 15 лет, значимое уменьшение степени выраженности тазовых болей у 60% девочек старше 15 лет, купирование хронического тазового болевого синдрома у 40% девочек того же возраста.

Заключение. В программу обследования девочек-подростков с обильными менструациями пубертатного периода, хроническим тазовым болевым синдромом и дисменореей необходимо включать ультразвуковое исследование органов малого таза при нетугом наполнении мочевого пузыря с целью ранней диагностики овариовариоцеле как одной из причин этих состояний и выбора правильной тактики дальнейшего ведения.

**З.К. Батырова¹, Е.В. Уварова¹, Л.С. Намазова-Баранова², А.Е. Донников¹, Д.Ю. Трофимов¹,
Н.Х. Латыпова¹, И.А. Киселева¹, З.Х. Кумыкова¹, Н.А. Буралкина¹**

Микроценоз слизистой оболочки влагалища у девочек раннего возраста с позиции молекулярно-биологических методов детекции

¹ ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва, Россия

² ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Представляются современные данные о микроценозе слизистой влагалища у девочек дошкольного возраста по результатам современных диагностических методик.

Summary. We presents current data about vaginal microcenois in preschool girls by the results of modern diagnostic techniques.

Микробиоценоз слизистой оболочки влагалища у девочек в детстве в связи с низким уровнем эстрогенов, малым количеством слоев эпителия, слабой выработки гликогена формируется в условиях предельно малого участия молочнокислых палочек, считающихся основным видом микроорганизмов, обеспечивающих колонизационную резистентность нижних половых путей. В связи с этим вопрос о нормоценозе в данном возрасте дискуссионен. Корректная верификация патологических изменений в микробиологическом окружении вульвы и влагалища, крайне часто развивающихся у детей раннего возраста и достигающих, по различным данным, до 43%, требует ясности при определении критериев нормоценоза. Однако исследований, посвященных данному вопросу, крайне мало, что не позволяет расширять научный поиск и модернизацию диагностических и лечебных подходов.

Цель – охарактеризовать нормоценоз слизистой оболочки влагалища у здоровых девочек дошкольного возраста с использованием метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) и оценкой его результатов в режиме реального времени.

Материал и методы. В исследование было включено 62 девочки в возрасте от 1 года до 3 лет включительно, наблюдавшихся в ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова», в 2009–2012 гг. У всех девочек оценивали мазки, полученные со слизистой оболочки влагалища и проанализированные методом ПЦР в режиме реального времени. Полученные результаты обрабатывали статистическими методами.

Результаты. В периоде раннего детства (до 3 лет включительно) на слизистой оболочке влагалища детектировалась 21 группа микроорганизмов: *Eubacterium* spp., *Prevotella bivia*/*Porphyromonas* spp., *Mobiluncus* spp./*Corynebacterium* spp., группы *Megasphaera* spp./*Velionella* spp./*Dialister* и *Peptostreptococcus* spp.

Заключение. Период детства характеризуется преобладанием в биомассе образца облигатных анаэробов при низких значениях других групп микроорганизмов. ПЦР с оценкой данных в реальном времени можно использовать в рутинной практике гинекологов детей и подростков с целью улучшения качества оказания медицинской помощи пациенткам дошкольного возраста.

А.Ш. Бахтиярова, Р.Г. Нурхасимова, Д. Гайраткызы, А.Б. Кулманбетова, К.Ж. Рыскелдиева

Особенности физического и полового развития девочек и девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Яссауи, Туркестан, Республика Казахстан

Резюме. Представляются результаты оценки физического и полового развития девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Summary. Presents the results of evaluation in physical and sexual development of adolescent girls living in ecologically unfavorable region.

В настоящее время охрана репродуктивного здоровья подростков является одной из самых важных задач здравоохранения, медицинской науки и практики. Здоровье подрастающего поколения является важным социальным и экономическим параметром каждого государства, так как от этого зависят такие перспективные показатели, как рождаемость, ожидаемая продолжительность жизни, экономический потенциал и другие показатели.

Цель исследования: изучить состояние физического и полового развития девочек и девочек-подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Материал и методы. Проведено скрининговое исследование состояния физического и полового развития 2926 девочек и девочек-подростков в возрасте 7–19 лет, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Южно-Казахстанской области – г. Туркестан.

Результаты. В процессе скринингового обследования девочек-подростков определены физические параметры (рост, масса тела), уточнены различные жалобы, указывающие на возможность патологии репродуктивной системы, а также на наличие острых или хронических соматических заболеваний. На этом же этапе проведена оценка сроков начала и степени развития вторичных половых органов. В целом среди обследованных экстрагенитальная патология (ЭГП) составила 69,31%, что характеризует очень низкий

индекс здоровья девочек – 30%. В группе девочек в возрасте 7–10 лет 46,2% указали на ЭГП, наибольший процент отмечен в старшей группе 16–19 лет – 73,6%. С возрастом достоверно накапливается ЭГП у девочек, проживающих в регионе. В зависимости от возраста идет увеличение параметров физического развития, при этом пубертатный скачок роста регистрируется в возрасте после 10 лет, когда прирост роста составляет более 10–15 см в год, интенсивный рост продолжается до 15 лет, но уже более с более низкой скоростью – 8–10 см в год. Физическое развитие в возрасте от 7 до 10 лет характеризуется больше нарастанием массы тела (+10 кг), чем увеличением линейного роста. Средние росто-весовые характеристики указывают на нормостенический тип. Оценка степени полового развития обследованных свидетельствует, что 57 девочкам в возрасте старше 13 лет требуется дополнительное обследование в связи с полным отсутствием роста молочных желез, а 43 девочки младше 11 лет опережают необходимые темпы развития. Отклонения от среднестатистических показателей выражены значительно и позволяют планировать дальнейшее обследование девочек. В целом по обследованной группе можно сказать, что у жительниц региона не нарушен правильный порядок развития вторичных половых признаков: Ма – Р – Ах-Ме. Нарушения менструального цикла в целом отмечены у 57,8% обследованных, наиболее часто встречалась дисменорея – в 78% случаев. Средний возраст менархе в этом регионе – 13,2 года.

Заключение. Проведенные исследования показали, что в Туркестанском регионе, как в регионе экологического неблагополучия, имеются проблемы соматического здоровья подрастающего поколения, которые несомненно отражаются на репродуктивном здоровье. Проведено скрининговое исследование состояния физического и полового развития 2926 девочек и девочек-подростков в возрасте 7–19 лет, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Южно-Казахстанской области – г. Туркестан. Среди обследованных экстрагенитальная патология составила 69,31%, что характеризует очень низкий индекс здоровья девочек – 30%. У 57,8% обследованных наблюдались нарушения менструального цикла, в 78% случаев – дисменорея.

Е.В. Бежанишвили, М.Ю. Свиарев

Опыт применения офисной гистероскопии для диагностики причин аномальных маточных кровотечений пубертатного периода у девочек

ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», Саратов, Россия

Резюме. Исследование посвящено проблеме диагностики аномальных маточных кровотечений пубертатного периода у девочек-подростков с применением современного малоинвазивного метода – офисной гистероскопии. Проведена сравнительная оценка типа аномального маточного кровотечения в зависимости от уровня эстрогенов сыворотки крови с данными, полученными в ходе гистероскопического исследования.

Summary. Research is devoted to the problem of diagnosis of abnormal uterine bleeding of puberty in adolescent girls with modern minimally invasive – office hysteroscopy. A comparative evaluation of the type of abnormal uterine bleeding, depending on the level of serum estrogen with the data obtained in the course of hysteroscopic studies.

Цель исследования – доказать роль офисной гистероскопии как важного дополнительного метода исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений пубертатного периода АМКПП), обеспечивающего дифференцированный подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

Материал и методы. Обследовано 68 пациенток с АМКПП. Средний возраст составил 13,4 лет (10–17 лет). Основная жалоба всех пациенток – кровяные выделения из половых путей длительностью от 10 до 45 дней (в среднем 28,4 дня). Пациентки были разделены на 3 группы по типу АМКПП, определяемого на основании уровня эстрадиола сыворотки крови, физического и полового развития, данных УЗИ внутренних гениталий: 35 девочек с гипоестрогенным, 24 девочки с нормоестрогенным, 9 девочек с гиперэстрогенным типом АМКПП. Всем девочкам выполнена офисная гистероскопия.

Результаты. В группе с гипоестрогенным типом АМКПП при выполнении гистероскопии эндометрий был выражен умеренно, розового цвета, с небольшим количеством кровоизлияний, единичные обрывки эндометрия в виде бахромок. В группе с нормоестрогенным типом АМКПП эндометрий был более выражен, в виде поперечной и продольной складчатости и ранимости эндометрия при касании тубусом гистероскопа. При гиперэстрогенном типе АМКПП полость матки содержала большое количество фрагментов отторгающегося эндометрия; эндометрий в виде складок и гребней, с большим количеством кровоизлияний; при изменении давления подачи жидкости отмечаются волнообразные движения эндометрия. У 2 пациенток данной группы подтверждено наличие полипов эндометрия, заподозренных во время УЗИ внутренних гениталий. На основании результатов гистероскопии с целью гемостаза была назначена дифференцированная терапия. Наиболее обоснованным стало применение монофазных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов.

Заключение. Гистероскопия дает максимальную визуализацию матки, позволяющую верифицировать диагноз и уменьшить частоту гипердиагностики органической патологии. Исследование не требует анестезиологического пособия; процедура, длительность которой в среднем составляет 17 мин, переносится пациентками хорошо или удовлетворительно, к тому же она не сопровождается травмированием девственной плевы, так как не требует применения влагалищных зеркал, фиксации шейки матки пулевыми щипцами и расширения цервикального канала, что важно у девочек, не имеющих сексуального дебюта. Применение гистероскопии позволяет снизить экономические затраты медицинской организации за счет уменьшения пребывания на койке, по нашим данным, в среднем на 2,7 дня.

Р.Р. Бикбаева, С.Ю. Муслимова, Э.М. Зулкарнеева, Т.П. Кулешова

Функциональные кисты яичников у девочек различных возрастных групп

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Уфа, Россия*

Резюме. Наиболее часто поводом для оперативного вмешательства у девочек и девушек являются функциональные кисты яичников, хотя в большинстве случаев эти образования исчезают самостоятельно в течение 3–6 мес. Авторами проведен анализ частоты данной патологии, особенностей клиники и диагностики у девочек различных возрастных периодов.

Summary. The most common reason for surgery in girls and young women are functional ovarian cysts, although in most cases they disappear on their own within 3–6 months. Authors make analysis frequency of this pathology, clinic and diagnostic features in girls of different age periods.

Материал и методы. Нами были обследованы 1056 девочек с опухолевидными образованиями и опухолями яичников, находившихся на лечении в детском гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи и хирургических отделениях Детской республиканской клинической больницы г. Уфы.

Результаты. По поводу функциональных кист яичников получили лечение 42,2% больных. Доля функциональных кист у новорожденных составила 9,9%, среди девочек нейтрального периода – 3,4%, в препубертатном периоде – 1,7% и в пубертатном периоде – 42,6%. Если фолликулярные кисты яичников встречались у девочек всех возрастных групп, то кисты желтого тела выявлялись только у пациенток пубертатного периода.

Девочки с фолликулярными кистами чаще жаловались на задержку менструации от 7 до 60 дней, в среднем они поступали в стационар на 32-й день менструального цикла. Девочки с кистами желтого тела, как правило, поступали в стационар во второй фазе менструального цикла в среднем на 23-й день менструального цикла. Толщина эндометрия при фолликулярных кистах в среднем составляла 6,8 мм (колебания от 1 до 18 мм), а при кистах желтого тела толщина эндометрия в среднем равнялась 13,5 мм (колебания от 1 до 17 мм), отличалась и эхоструктура эндометрия, при фолликулярных кистах эндометрий был однослойным, имел среднюю эхогенность и однородную структуру. То есть его эхоструктура соответствовала поздней фазе пролиферации.

Клиническую картину неполной формы полового развития (увеличение молочных желез, обильные слизистые, а затем и кровянистые выделения из половых путей) мы наблюдали у 7 из 8 девочек периода детства с фолликулярными кистами.

У 9 из 23 новорожденных с фолликулярными кистами при осмотре обращали на себя внимание яркие проявления гормонального криза: десквамативный вульвовагинит, увеличение молочных желез. Кровянистые выделения из половых путей были отмечены у 3 из них. Проявления гормонального криза затянулись до 2–5 мес у 3 пациенток.

Большинство операций больным с кистами желтого тела яичников выполняли по поводу осложнений (21,3% по поводу перекрута ножки кисты яичника, 26,4% – разрыва капсулы кисты, 23,5% – кровоизлияния в полость кисты). При фолликулярных кистах операцию чаще всего выполняли только потому, что при УЗИ была обнаружена киста яичника. Осложнения фолликулярных кист яичников были выявлены всего в 17,5% случаев (перекруты – в 7%, разрывы капсулы кисты – в 10%, кровоизлияния в полость кисты – в 3,5%).

Поскольку размеры кистозных образований яичников считаются важным критерием не только для дифференциальной диагностики серозных цистаденом и фолликулярных кист яичников, но и основным показанием для выбора консервативного и оперативного методов лечения, мы провели сравнение размеров серозных цистаденом и фолликулярных кист яичников по данным УЗИ. Достоверной разницы не было выявлено, 30% фолликулярных кист имели размеры от 50 до 100 мм в диаметре, как и большинство серозных цистаденом.

Заключение. Тщательный сбор анамнеза и правильная оценка не только эхографических характеристик кисты яичника, но и соответствия структуры и толщины эндометрия фазе менструального цикла, в большинстве случаев помогали поставить

правильный диагноз и избежать напрасной операции. В процессе совершенствования методов дифференциальной диагностики функциональных кист и опухолей яичников доля прооперированных больных снизилась с 78 до 47%.

Н.А. Буралкина, З.К. Батырова, Е.В. Уварова, И.А. Киселева, Н.Х. Латыпова, З.Х. Кумыкова

Особенности хирургического ведения девочек-подростков со зрелыми тератомами яичников: профилактика осложнений

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Поэтапное ведение молодых пациенток с образованиями яичников позволяет избежать неоправданных чрезвычайно инвазивных хирургических методов, что уменьшает риск развития послеоперационных осложнений.

Summary. Stepwise management of young patients with ovarian tumor formation avoids unwarranted, highly invasive surgical techniques, which decreased risk of postoperative complications.

Опухоли яичников, по различным данным, обнаруживаются среди девочек-подростков в 1,7% случаев в популяции, из них герминогенные составляют 25,9%. Недооценка клинической ситуации у юных пациенток с опухолевидными образованиями яичников приводит к необходимости использования внеплановых оперативных вмешательств, при этом частота послеоперационных осложнений у таких пациентов может достигать до 29%. Все это, по мнению большинства исследователей, указывает на важность проведения более детального анализа клинических проявлений и исходов хирургических вмешательств на яичниках у девочек-подростков с опухолевидными образованиями в зависимости от сроков и условий их применения для снижения неблагоприятных исходов лечения.

Цель исследования – проведение ретроспективного анализа течения и исходов оперативного лечения у девочек-подростков с верифицированными зрелыми тератомами яичников с учетом их лечебного ведения. Анализу подвергли данные 25 историй болезней девочек-подростков в возрасте от 11 до 17 лет, проходивших лечение в отделении гинекологии детей и подростков ФГБУ НЦАГиП. Изучали жалобы, особенности анамнеза, данные объективного осмотра, результаты инструментальных методов обследования, а также сроки оперативного лечения и течение послеоперационного периода.

Результаты. Из 25 девочек 12 указывали на внезапное появление периодических тянущих болей в низу живота и/или в пояснице, у 2 основной жалобой было нарушение менструального цикла, а у 6 девочек появились оба этих симптома, лишь 4 девочки не предъявляли активных жалоб. Как оказалось, 68% девочек были направлены специалистами с места жительства для уточнения диагноза и возможного хирургического лечения лишь спустя 6 мес после их первичного обращения. При этом проведение стандартного физикального и гинекологического осмотра на амбулаторном этапе консультирования, позволяли обнаружить наличие образования придатков матки у 87% (21) пациенток. В связи с прогнозированием клинической ситуации и этапностью ведения 24 пациент-

ки были госпитализированы в индивидуально-плановом порядке и лишь 1 из их числа потребовалось экстренное лечение по поводу острого перекрута придатков матки. Проведенные в стационаре инструментальные методики обследования в 100% случаев согласовывались с интраоперационными находками и позволяли прогнозировать локализацию, размер и тип образования. Малоинвазивный, лапароскопический доступ в лечении использовался у 22 (88%) девочек и лишь 3 (12%) потребовалась лапаротомия в связи с гигантскими размерами образований. При анализе интраоперационной картины в 36% случаев была выявлена сочетанная патология внутренних половых органов. Так, поликистозно измененные яичники были обнаружены у 3 девочек, в 4 случаях тератомы яичников сочетались с эмбриональными опухолями придатков матки, а у 2 девочек обнаружены пороки развития половой системы. Во всех случаях послеоперационный период протекал без осложнений с последующей выпиской из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Поэтапное ведение юных пациенток с опухолевидными образованиями яичников позволяет избежать необоснованных, высокоинвазивных хирургических методов, что ведет к снижению рисков послеоперационных осложнений.

Н.А. Буралкина, Г.М. Давтян, Е.В. Уварова

Возможности нехирургической коррекции порока развития влагалища при аплазии матки у подростков

*ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия*

Резюме. Представлены результаты кольпоэлонгации у пациенток с синдромом Рокитанского–Кюстера. Проведенное исследование свидетельствует о зависимости результатов лечения аплазии влагалища от особенностей соединительной ткани.

Summary. Presented herein results of vaginal elongation in female patients diagnosed with the Rokitsansky–Kuster syndrome. The findings obtained in this study turned out to suggest that therapeutic outcomes in vaginal aplasia largely depend on the degree of the characteristics of connective tissue.

Наиболее неблагоприятным в социальном плане пороком развития половых органов является аплазия влагалища, которая встречается при синдроме Рокитанского–Кюстера (РК). По наблюдениям многих исследователей у пациенток с данным синдромом имеются признаки системных изменений со стороны различных органов, связанные с особенностями строения соединительной ткани, обозначенные в литературе как неклассифицируемые фенотипы наследственных нарушений соединительной ткани (НКФ ННСТ). Поскольку кольпоэлонгация является неинвазивным методом, она наиболее предпочтительна для создания неовлагалища у девочки-подростка.

Цель исследования – оценка результативности лечения аплазии влагалища с помощью КЭ в зависимости от особенностей соединительной ткани.

Материал и методы. Проведено полное клинико-лабораторное обследование, ретроспективный анализ и анкетирование 80 девушек с синдромом РК в возрасте от 14 до 24 лет. Степень выраженности ННСТ определяли по таблице, предложенной Т.И. Кадуриной.

Результаты. У 31 пациентки наблюдались легкие проявления ННСТ (1-я группа), у 26 умеренные (2-я группа), у 23 – тяжелые (3-я группа). Пролапс митрального клапана достоверно чаще встречался у пациенток 3-й группы – 62,5%, в отличие от девушек 1-й и 2-й групп – 25 и 12,5%. Миопия чаще встречалась у девушек 1-й группы – 42,8% против 40 и 17,1% у девушек из 2-й и 3-й групп. Тазовая дистопия почки (почек) чаще встречалась у пациенток 2-й и 3-й групп (66,7 и 33,3%) и отсутствовала у пациенток 1-й группы. II–III степень сколиоза достоверно чаще встречалась у пациенток 3-й группы – 63,6% в отличие от девочек 1-й и 2-й групп (9,1 и 27,3%). После проведения первого курса КЭ глубина неовлагалища была почти одинаковой у пациенток всех групп и составила $6,1 \pm 0,2$; $6,6 \pm 0,4$ $6,1 \pm 0,3$ см ($p > 0,05$). При поступлении на второй курс КЭ исходная длина неовлагалища была достоверно больше у пациенток 2-й и 3-й групп ($5,21 \pm 0,3$ и $5,0 \pm 0,3$ см соответственно) по сравнению с девочками 1-й группы ($4,2 \pm 0,9$ см). Клинический эффект оказался более выражен у девочек 2-й и 3-й групп ($p < 0,05$) – $7,9 \pm 0,2$; $8,8 \pm 0,2$ и $8,8 \pm 0,3$ см. После третьего курса лечения длина неовлагалища у девочек 1-й, 2-й и 3-й групп составила $9,1 \pm 0,2$; $9,6 \pm 0,2$ и $10,5 \pm 0,4$ см соответственно. При этом наблюдалась тенденция к более высокой клинической эффективности у девочек 3-й группы по сравнению с пациентками 1-й группы ($2,8 \pm 0,2$ и $4,15 \pm 0,25$ см, $p = 0,07$).

Заключение. Проведение комплексной КЭ позволяет избежать хирургического вмешательства у молодых женщин с синдромом РК, причем у пациенток с умеренными и выраженными ННСТ результативность выше по сравнению с девочками, имеющими проявления НКФ ННСТ легкой степени.

Н.А. Буралкина, Д.А. Кругляк, М.В. Ипатова, Е.В. Уварова, З.К. Батырова, Т.Б. Маланова

Современные возможности бескровного формирования неовагины у девочек-подростков с аплазией влагалища и матки

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Описываются результаты эффективности формирования неовлагалища путем бескровной элонгации (БЭ) и сочетанного физиотерапевтического воздействия.

Summary. The report described a comparative analysis of indicators of efficiency of formation of vagina by combining dilatation and a complex physiotherapy method of treatment.

Пороки развития половых органов в виде аплазии влагалища и матки встречаются с частотой 1 на 4000–5000 девочек. Невозможность половой жизни приводит к острой необходимости формирования искусственного влагалища (кольпопоз). Согласно современным международным стандартам, бескровная элонгация (БЭ) на начальном этапе коррекции порока предпочтительнее в связи с отсутствием хирургических рисков и большей эффективностью метода (43–94,5%). Однако необходимость модернизации классических лечебных подходов с целью повышения качества оказания помощи и повышения комфортности пациенток диктует необходимость поиска современных методик, значительно повышающих результативность лечения, в том числе с учетом временного фактора.

Цель исследования – сравнительный анализ эффективности комплексной БЭ у девочек с аплазией влагалища с применением физиовоздействия при создании неовагины и без него.

Материал и методы. В исследование было включено 40 девочек с аплазией влагалища в возрасте от 15 до 18 лет, наблюдавшихся в ФГБУ «НЦ АГиП им. акад. В.И. Кулакова». Анализировали анамнестические данные, параметры физического и полового развития, гинекологического осмотра с измерением длины влагалищной ямки до и после лечения. Полученные данные обрабатывались статистическими методами.

Результаты. Из основной группы девочек (40 пациенток) были отобраны пациентки с длиной влагалищной ямки 0,5 см ($n=19$). Пациенток распределили на 2 группы. 1-й группе девочек проведена БЭ без физиопроцедур ($n=9$), второй ($n=10$) – БЭ в сочетании с тепло-магнито-вибромассажем. 1-й группе пациенток БЭ выполняли в течение 40 мин ежедневно, 2 раза в день, с перерывом не менее 4 ч, курсом 24–26 процедур. Девочкам 2-й группы на первом этапе лечения осуществляли воздействие в течение 20 мин на влагалищную ямку теплом, импульсным магнитным полем, вибрационным массажем с последующим аналогичным проведением бескровной кольпоэлонгации. Каждый день измеряли длину неовлагалища. Анализ данных показал, что на 7-й день первого курса лечения средняя длина неовлагалища у девочек с физиовоздействием составила $4,5\pm 1,2$ см, что было достоверно больше по сравнению со средними показателями пациенток без его применения – $3,6\pm 1,1$ см. По окончании первого курса установлено, что БЭ с физиовоздействием также оказалась более эффективна по отношению ко 2-й группе девочек и составила соответственно $5,5\pm 1,2$ и $4,3\pm 1,1$ см ($p<0,05$). Кроме того, девочки 1-й группы чувствовали себя более комфортно в связи с меньшей субъективной реакцией на боль при проведении процедур. Однако нами отмечено, что формирование длины неовлагалища у 3 девочек 1-й группы на 7-й процедуре и к окончанию курса практически соответствовало аналогичным показателям у девочек 2-й группы.

Заключение. Клиническая эффективность БЭ в сочетании с тепло-магнито-вибромассажем у девушек с аплазией влагалища выше в сравнении с БЭ без применения физиолечения.

И.К. Богатова, М.М. Фомина

Клинико-лабораторная оценка состояния гиперандрогении яичникового генеза у девочек-подростков, рожденных недоношенными

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Россия

Резюме. Представлены данные о гиперандрогении яичникового генеза у девочек-подростков, рожденных недоношенными. Девочки, рожденные преждевременно, чаще имели избыточный рост волос на теле; индекс Ферримана–Голлвея в этой группе подростков был выше. Сывороточный уровень тестостерона выше у подростков, родившихся недоношенными, у них чаще отмечено состояние гиперандрогении.

Summary. The data on the ovarian hyperandrogenism of adolescent girls at puberty are presented. The prematurely-born girls more often had increased hair growth on the body; the Ferriman–Gollvey index in this group of adolescents was higher. The serum testosterone levels of prematurely-born girls at puberty were higher; the state of hyperandrogenism for them is more common.

Недоношенность неблагоприятно влияет на половое развитие и репродуктивную функцию (Уварова Е.В., 2006; Матковская Л.И., 2006). Гиперандрогения – наиболее достоверный критерий синдрома поликистозных яичников в подростковом возрасте (Sagodi L., Barkai L., 2013; Catteau-Jonard S., Cortet-Rudelli C., Richard-Proust C., Dewailly D., 2012). Есть мнение, что даже функциональная яичниковая гиперандрогения является одной из форм синдрома поликистозных яичников в подростковом возрасте (Siklar Z., Ocal G., Adiyaman P., Ergur A., Berberoplu M., 2007).

Цель исследования: выявление состояния гиперандрогении у девочек-подростков, рожденных недоношенными.

Материал и методы. Всего обследованы 180 девочек в возрасте 16 лет. Основную группу составили 120 подростков, рожденных преждевременно в 27–36 нед гестационного периода. Контрольная группа представлена 60 пациентками, родившимися в срок с нормальной массой тела при рождении. Степень выраженности оволосения кожных покровов обследованных определялась с помощью подсчета индекса Ферримана–Голлвея. Оволосение считалось избыточным при величине гирсутного числа более 7 баллов. Уровень тестостерона определялся иммунохемилюминесцентным методом с помощью комплектов реактивов анализатора «Immulite 1000» фирмы «DBC» (США) на аппарате фирмы «Siemens». Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007».

Результаты. Степень выраженности волосяного покрова в исследуемых группах имела различия. Индекс Ферримана–Голлвея у подростков, рожденных ранее 37 нед гестации, составил 7,0 (5,0–10,0), у обследованных, родившихся в срок, – 6,0 (5,0–7,0) ($p < 0,001$). Девочек с избыточным ростом волос на теле в основной группе было 53 (44,2%), что достоверно больше, чем в контрольной группе – 11 (18,3%) ($p < 0,001$). Сывороточный уровень тестостерона у девочек, рожденных преждевременно, был выше, чем у подростков, родившихся в срок: 0,94 (0,53–1,25) нг/мл и 0,74 (0,50–1,10) нг/мл соответственно ($p < 0,05$). Удалось выявить, что повышенный уровень тестостерона отмечен у 48 (40,0%) пациенток, рожденных ранее 37 нед гестации, и у 11 (18,3%) обследованных, рожденных в срок ($p < 0,01$).

Заключение. У девочек-подростков, родившихся недоношенными, чаще наблюдалось состояние гиперандрогении яичникового генеза. Следует рекомендовать таким пациенткам углубленное обследование с целью исключения синдрома поликистозных яичников и подбора адекватной терапии.

И.К. Богатова, М.М. Фомина

Особенности менструальной функции девочек-подростков, рожденных недоношенными

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Россия

Резюме. Представлены особенности менструальной функции девочек-подростков, рожденных недоношенными. Девочки, рожденные преждевременно, чаще имели нарушения менструального цикла в пубертатном периоде.

Summary. The features of menstrual function of prematurely-born girls at puberty are presented. The prematurely-born girls more often have menstrual dysfunction in adolescence.

Недоношенность неблагоприятно влияет на половое развитие и репродуктивную функцию (Уварова Е.В., 2006; Матковская Л.И., 2006). Наиболее часто встречающейся патологией подросткового возраста является нарушение ритма менструаций (Кокolina В.Ф., 2006).

Цель исследования: выявление особенностей менструальной функции девочек-подростков, рожденных недоношенными.

Материал и методы. Всего обследованы 180 девочек в возрасте 16 лет. Основную группу составили 120 подростков, рожденных преждевременно в 27–36 нед гестационного периода. Контрольная группа представлена 60 пациентками, родившимися в срок с нормальной массой тела при рождении. Проведено общеклиническое обследование по алгоритму, используемому в кабинетах детских и подростковых гинекологов, включающему: изучение анамнеза становления менструальной функции, характера менструального цикла и репродуктивной функции. Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007».

Результаты. Менархе в возрасте 10–15 лет было у большинства обследованных пациенток: у 97,5% девочек основной группы и у 100% подростков группы контроля ($p > 0,05$). Частота менархе до 9 и после 15 лет в исследуемых группах не имела достоверных различий ($p > 0,05$). Первичная аменорея наблюдалась только у 1 девочки, рожденной недоношенной. Средний возраст менархе у подростков, рожденных недоношенными, и у обследованных, родившихся в срок, составил $12,8 \pm 1,6$ и $12,8 \pm 1,1$ года соответственно ($p > 0,05$). Регулярный менструальный цикл с менархе отмечен у 73 (60,8%) девочек основной группы и у 37 (61,7%) пациенток, рожденных в срок ($p > 0,05$); становление регулярных менструаций в течение 1 года наблюдалось у 18 (15%) подростков, рожденных недоношенными, и у 18 (30%) обследованных, родившихся после 37 нед беременности ($p < 0,05$). У 29 (24,2%) подростков основной группы имела место первичная олигоменорея, в контрольной группе таких пациенток было 5 (8,3%) ($p < 0,01$). Длительность менструального цикла находилась в пределах нормы (21–35 дней) у 53 (44,2%) девочек основной и у 39 (65%) подростков контрольной группы, что достоверно реже ($p < 0,01$). Укорочения менструального цикла не наблюдалось в обеих группах. Задержки менструаций по типу первичной и вторичной олигоменореи отмечены у 58 (48,3%) обследованных, рожденных ранее 37 нед гестации, и у 20 (33,3%) девочек, родившихся в срок ($p < 0,05$). Вторичная аменорея выявлена только у 8 (6,7%) подростков основной группы ($p < 0,01$). Длительность менструации от 3 до 6 дней отмечалась у 102 (85%) девочек основной группы и у 53 (88,3%) пациенток контрольной группы, что практически не различалось между собой. Менструация, продолжающаяся более 6 дней, наблюдалась у 17 (14,2%) подростков основной и у 7 (11,7%) обследованных контрольной группы ($p > 0,05$). Умеренный характер менструальных выделений преобладал у пациенток основной и контрольной групп – 102 (85,0%) и 55 (91,7%) соответственно ($p > 0,05$). Гиперменорея отмечена у 10 (8,3%) подростков, родившихся преждевременно, и у 1 (1,7%) девочки, рожденной в срок, что достоверно чаще ($p < 0,05$). Следует отметить, что обильные менструации наблюдались чаще у 5 (27,8%) девочек, рожденных в 27–34 нед гестации, чем у 5 (4,9%) обследованных, родившихся в 34–36 нед беременности ($p < 0,05$). Скудные менструальные выделения выявлены у 7 (5,8%) пациенток основной группы и у 4 (6,7%) обследованных контрольной группы ($p > 0,05$).

Заключение. Девочки, рожденные преждевременно, чаще имели нарушения менструальной функции в пубертатном периоде.

И.К. Богатова, М.М. Фомина

Ультразвуковая оценка овариального резерва девочек-подростков, рожденных недоношенными

ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова»
Минздрава России, Иваново, Россия

Резюме. Дана ультразвуковая оценка овариального резерва девочек-подростков, рожденных недоношенными. Выявлено, что подростки, рожденные преждевременно, чаще имели меньший диаметр наибольшего фолликула и повышенное содержание антральных фолликулов в яичниках, что характерно для высокого овариального резерва, наблюдаемого при синдроме поликистоза яичников (СПКЯ).

Summary. Some features of an ovarian reserve of prematurely-born girls at puberty are presented. It was found that prematurely-born adolescents more often had a smaller diameter of the largest follicle and an increased content of the antral follicles in the ovaries. It is typical for the high ovarian reserve and the polycystic ovary syndrome (PCOS).

Недоношенность неблагоприятно влияет на половое развитие и репродуктивную функцию (Уварова Е.В., 2006; Матковская Л.И., 2006). Диагностика овариального резерва у подростков остается проблемой. Сложность заключается в дифференциальной диагностике физиологических пубертатных изменений в яичниках (нормы) и СПКЯ (Senaldi L., Gopi R.P., Milla S., Shah B., 2015, Буралкина Н.А., 2013).

Цель исследования: проведение ультразвуковой оценки овариального резерва девочек-подростков, рожденных недоношенными.

Материал и методы. Всего обследованы 180 девочек в возрасте 16 лет. Основную группу составили 120 подростков, рожденных преждевременно в 27–36 нед гестационного периода. Контрольная группа представлена 60 пациентками, родившимися в срок с нормальной массой тела при рождении. Оценка овариального резерва проводили на 5–7-й день цикла, в первой половине суток (до 12 ч), при полном мочевом пузыре. Для каждого яичника при сканировании в режиме двухмерной серой шкалы определяли: 1) объем яичника ($0,523 \times L \times W \times T$), где L – продольный, W – переднезадний, T – поперечный размер яичника; 2) количество антральных фолликулов; 3) диаметр наибольшего фолликула. Статистический анализ осуществлялся в пакете прикладных лицензионных программ «Statistica 6.0», «Microsoft Office 2007».

Результаты. Объем правого яичника более 10 мл наблюдался у 31 (25,8%) девочки основной и у 13 (21,7%) обследованных контрольной группы; объем левого яичника более 10 мл – у 25 (20,3%) и у 16 (26,7%) подростков соответственно ($p > 0,05$). Число антральных фолликулов в правом яичнике девочек основной группы было 8,0 (6,0–10,0), в левом – 8,0 (6,0–11,0). В контрольной группе: 7,0 (5,0–9,0) и 7,0 (5,0–9,0) фолликулов соответственно. Таким образом, количество антральных фолликулов у девочек, рожденных преждевременно, было достоверно больше ($p < 0,05$). Количество антральных фолликулов более 10 в срезе правого яичника наблюдалось у 41 (34,2%) девочки, родившейся преждевременно, и у 14 (23,3%) подростков, рожденных в срок ($p < 0,05$). Количество антральных фолликулов более 10 в срезе левого яичника отмечено у 44 (36,7%) девочек основной и у 13 (21,7%) подростков контрольной группы, что достоверно чаще ($p < 0,05$). Диаметр наибольшего фолликула в правом яичнике у обследованных основ-

ной группы составил 5,0 (4,0–7,0) мм, что меньше, чем у девочек контрольной группы – 5,5 (5,0–7,0) ($p < 0,001$); диаметр наибольшего фолликула в левом яичнике – 5,0 (4,0–7,0) мм и 6,0 (5,0–7,0) соответственно, что также достоверно меньше ($p < 0,001$).

Заключение. Подростки, рожденные преждевременно, чаще имели меньший диаметр наибольшего фолликула и повышенное содержание антральных фолликулов в яичниках, что характерно для высокого овариального резерва, наблюдаемого при синдроме поликистоза яичников.

О.В. Бугун, Е.Е. Храмова, Л.Н. Пигарева, Е.И. Макеева, Л.В. Рычкова

Особенности состояния микробиоценоза влагалища и шейки матки у девушек-подростков с нарушениями менструального цикла

Клиника ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», Иркутск, Россия

Резюме. Представлены данные о состоянии микробиоценоза влагалища и шейки матки у девочек-подростков с нарушениями менструального цикла.

Summary. The data on the state of the vagina and cervix microbiocenosis in adolescent girls with menstrual disorders.

Цель исследования: определить особенности микробиоценоза нижних половых путей у девушек-подростков с нарушениями менструального цикла.

Материал и методы. Обследованы 44 девушки 14–17 лет, средний возраст $16,5 \pm 2,5$ года, проходившие обследование в отделении подростковой гинекологии клиники ФГБНУ НЦ ПСРЧ, с жалобами на нарушения менструального цикла, болезненные менструации и выделения из половых путей. Все девушки после получения информированного добровольного согласия были обследованы: проведен анализ жалоб, анамнеза, общеклинический и гинекологический осмотр, бактериоскопия отделяемого влагалища, уретры, цервикального канала. Определение кислотности вагинальной флоры, исследование микробиоценоза влагалища методом ПЦР в реальном времени – Фемофлор 16, диагностика урогенитальных инфекций методом ПЦР (Фемофлор-скрин). Проведение расширенной кольпоскопии.

Результаты. У 91% пациенток установлен диагноз олигоменореи (первичная, вторичная), у 65% – дисменорея (первичная, вторичная), 64% пациенток предъявляли жалобы на дискомфорт в области наружных половых органов (выделения, сухость, зуд, жжение, неприятный запах). Все обследованные имели сексуальный опыт, у 73% возраст коитархе $15,5 \pm 1,4$ года, 20,5% девушек имели 2 и более партнеров. Треть пациенток не использовали никакие методы контрацепции, 9,1% – КОК, 59,1% – использовали барьерную контрацепцию в сочетании с ППА (не всегда), 23% курили 10 сигарет в день.

В результате проведенного обследования установлено изменение кислотности влагалищного содержимого и при бактериоскопии лейкоцитоз в сочетании со смешанной или кокко-бациллярной флорой у 61,4% девушек, снижение уровня лактобацилл и повышение условно-патогенной флоры – у 70%, у 22,7% девушек выявлены ИППП (хламидийная, микоплазменная инфекция). При кольпоскопии выявлены аномальные кольпоскопические образования на шейке матки у 65,9% девушек.

После установления диагноза бактериального вагиноза и неспецифического вагинита всем пациенткам проведено лечение в соответствии со стандартами и клиническими ре-

комендациями. Девушки с ИППП в дальнейшем исследовании участие не принимали. По окончании терапии всем пациенткам назначена коррекция дисбиотических нарушений: пероральный пробиотик – Вагилак 1 капсула 1 раз в день в течение 14 дней. Последовательная терапия интравагинальными средствами: таблетки Флуомизин во влагалище 1 раз в день в течение 6 дней, затем таблетки Гинофлор Э во влагалище 1 раз в день в течение 6 дней, регуляция менструального цикла. Через 3 мес все пациентки приглашены на контрольный осмотр, и в результате обследования установлено, что только у 8,9% девушек сохранялись нарушения pH влагалища, у 35% пациенток установлен абсолютный нормоценоз. Частота выявления патологических кольпоскопических образований составила 26,5%.

Заключение. У девушек с нарушениями менструального цикла имеются изменения микробиоценоза влагалища и аномальные кольпоскопические образования на шейке матки. Двухэтапный метод лечения в сочетании с пероральным пробиотиком и регуляцией цикла способствует нормализации микробиоценоза, но и приводит к уменьшению частоты аномальной кольпоскопической картины. Адекватная оценка состояния влагалищного биотопа, своевременная коррекция выявленных нарушений у девушек-подростков – основа профилактики воспалительных заболеваний половых органов, предрака и рака шейки матки.

О.В. Валикова, А.Г. Мухотина, М.В. Ларионова

Коррекция метаболических показателей у девушек-подростков с избыточной массой тела и синдромом поликистозных яичников

Медицинский центр «Примавера», Владивосток, Россия

Резюме. Сочетание синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) у девушек-подростков с избыточной массой тела, абдоминальным распределением подкожной жировой клетчатки, нарушением менструального цикла, гиперинсулинизмом, инсулинорезистентностью, дислипидемией позволяет рассматривать метформин как препарат, направленный на устранение метаболических нарушений и патогенетическую терапию.

Summary. The combination of polycystic ovary syndrome in overweight adolescent girls, abdominal subcutaneous adipose tissue distribution, menstrual irregularities, hyperinsulinism, insulin resistance, dyslipidemia, metformin can be considered as a preparation aimed at the elimination of metabolic disorders and pathogenetic therapy.

Актуальным в настоящее время является распространение избыточной массы тела у девушек-подростков, сочетающейся с нарушением менструального цикла и синдромом поликистозных яичников, что может приводить к бесплодию, а также комплексом клиничко-метаболических состояний, которые в дальнейшем могут приводить к диабету типа 2, артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца. Своевременное выявление и лечение метаболических изменений уже в подростковом возрасте имеют большое значение для репродуктивного и соматического женского здоровья в будущем.

Цель исследования: изучить динамику метаболических, антропометрических показателей у девушек с избыточной массой тела, нарушением менструального цикла, синдромом поликистозных яичников.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 45 девушек в возрасте от 16 до 18 лет с избыточной массой тела и с установленным диагнозом СПКЯ. Проводилось физикальное обследование – измерение индекса массы тела (ИМТ), окружност-

ти талии (ОТ). Определялся уровень триглицеридов, холестерина, трансаминаз, ЛГ, ФСГ, ТТГ. Проводился стандартный глюкозотолерантный тест. Определялся уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ), для оценки инсулинорезистентности использовалась модель гомеостаза-НОМА-IR. Проводилось УЗИ щитовидной железы, органов малого таза.

Результаты. По результатам обследования: ИМТ составил $30,1 \pm 0,6$ кг/м, ОТ $93,5 \pm 1,9$ см, триглицериды $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л, уровень общего холестерина $7,4 \pm 0,3$ ммоль/л, ИРИ $38,9 \pm 2,4$ мкЕД/мл, моделей НОМА-IR ($7,1 \pm 0,7$). При проведении УЗИ малого таза – картина СПКЯ. Показатели ЛГ, ФСГ не отличались от нормы. Девушки принимали метформин в дозе 2000 мг в сутки в течение 6 мес. Ежемесячно контролировали массу тела, уровень трансаминаз. На фоне проводимой терапии ИМТ снизился до $25,6 \pm 0,6$ кг/м, ОТ – до $86,3 \pm 1,8$ см, триглицеридов – $1,4 \pm 0,3$ ммоль/л, уровень общего холестерина – $4,9 \pm 0,3$ ммоль/л, ИРИ $19,5 \pm 1,6$ мкЕД/мл, моделей НОМА-IR ($3,4 \pm 0,7$), восстановился менструальный цикл, уменьшился объем яичников.

Заключение. На фоне проведения терапии метформином происходит снижение массы тела, сопровождающееся восстановлением регулярного менструального цикла, улучшение эхографических изменений яичников, отмечается улучшение липидного спектра крови, снижение уровня иммунореактивного инсулина, соответственно проводится профилактика репродуктивного и соматического здоровья.

Е.В. Волкова, О.А. Мелкозерова, Н.В. Башмакова, Г.Н. Чистякова, И.В. Данькова

Как влияет дисфункция эндотелия на становление репродуктивного потенциала девочек, рожденных с задержкой внутриутробного роста?

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Резюме. Проведено исследование функции эндотелиальной системы, регуляторов ангиогенеза и экспрессии рецепторов к половым стероидам в слизистой оболочке влагалища у девочек-подростков с аномальными маточными кровотечениями. Выявлено снижение уровня эндогенного оксида азота, эндотелина-1, увеличение в 3 раза уровня активатора ангиогенеза – сосудистого эндотелиального фактора роста и высокий уровень экспрессии рецепторов к эстрадиолу в слизистой оболочке влагалища у девочек с маточными кровотечениями, рожденных с синдромом задержки роста плода.

Summary. Studied endothelial functions, regulators of angiogenesis and expression of receptors to sex steroids in the vaginal mucosa in adolescent girls with abnormal uterine bleeding. Showed a reduction in the level of endogenous nitric oxide, endothelin-1, an increase of three times the level of the activator of angiogenesis - vascular endothelial growth factor and a high level of expression of receptors for estradiol vaginal mucosa in girls with uterine bleeding, born with fetal growth retardation syndrome.

Цель исследования: оценка функционального состояния эндотелиальной системы и уровня экспрессии рецепторов к половым стероидам.

Материал и методы. Обследовано 73 девочки-подростка, страдающих аномальными маточными кровотечениями пубертатного периода (АМК ПП): 26 девочек, рожденных доношенными с синдромом задержки роста плода (СЗРП), 47 девочек, рожденных с нормальной массой тела, и 27 здоровых девочек, составивших контрольную группу.

Содержание маркеров функционального состояния эндотелия и регуляторов ангиогенеза в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа (ИФА). Методом иммуноцитохимии исследовали уровень экспрессии рецепторов α к эстрадиолу (ER α) и рецепторов типа А и В к прогестерону в слизистой оболочке влагалища девочек-подростков. Использовали шкалу гистологического счета Hscore.

Результаты. Выявлено достоверное повышение уровня сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF-A) в группе девочек с СЗРП в сравнении с группой девочек без СЗРП и с контролем: в основной группе уровень VEGF-A составил 371,75 нг/мл (219,9-565,7), в группе сравнения 240,55 (134,3-431,3) нг/мл, в контроле 195,05 нг/мл (78,21-301,85), $p=0,0017$.

У девочек с маточными кровотечениями отмечались достоверно более низкие значения эндотелина-1 – 0,57 (0,42-4,80) фмоль/мл, против 1,34 (0,45-4,74) фмоль/мл в контрольной группе; $p=0,015$. Отмечалось снижение концентрации общего оксида азота (II) – NO в периферической крови в группе девочек, страдающих маточными кровотечениями пубертатного периода, – 26,82±0,69 мкмоль/мл, в контроле – 30,3±0,36 мкмоль/мл, $p<0,05$.

У девочек с АМК ПП, рожденных с СЗРП, экспрессия рецепторов к эстрадиолу в слизистой оболочке влагалища в 12 раз выше, чем у девочек, рожденных с нормальной массой тела, и в 24 раза выше, чем в контрольной группе: 24,52±4,86 в группе с СЗРП против 2,04±0,56 в группе без СЗРП, и 1,06±0,28 в контроле, $p<0,0001$. Уровень рецепторов к прогестерону в слизистой оболочке влагалища достоверно не отличался в группах сравнения: в основной с СЗРП – 4,18±1,56 и основной без СЗРП – 1,072±0,24, против 0,73±0,13 в контроле, $p>0,05$. Показатель соотношения ER α /PR был достоверно выше в группе девочек с АМК ПП: 5,86±0,8 против 1,88±0,17 в группе сравнения и 1,05±0,12 в контрольной группе.

Заключение. Рождение девочки с синдромом внутриутробной гипотрофии, развивающейся на фоне эндотелиопатии матери при вынашивании беременности, определяет внутриутробно программируемые особенности функционирования эндотелиальной системы девочки. В подростковом периоде данные нарушения функции эндотелия и регуляции ангиогенеза реализуются в развитии с менархе аномальных маточных кровотечений пубертатного периода. Дисбаланс активности вазоконстрикторов и вазодилаторов микроциркуляторного русла на фоне активации ангиогенеза и повышения уровня экспрессии рецепторов к эстрадиолу у девочек, рожденных с СЗРП, может являться патогенетическим механизмом рецидивирующего характера аномальных маточных кровотечений пубертатного периода.

М.А. Володина, Е.П. Хащенко, Е.В. Уварова, М.Ю. Высоких, С.В. Пятаева, Ю.А. Суханова,
Н.В. Тарасова, Г.Т. Сухих

Патологические проявления системного оксидативного стресса на фоне митохондриальной дисфункции у подростков с синдромом поликистозных яичников

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Россия, Москва

Резюме. Синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) является не только наиболее распространенной причиной олигоменореи у девочек, но и нарушением обмена веществ с различными проявлениями, в том числе резистентностью к инсулину, дислипидемией

и ожирением. Результаты исследования показали дисбаланс в окислительно-антиоксидантной системы у больных с СПКЯ на фоне окислительного стресса и резистентности к инсулину.

Summary. PCOS is not only the most common cause of oligomenorrhea in girls, but also a metabolic disorder with various manifestations, including insulin resistance, dyslipidemia and obesity. The results of the study revealed an unbalance in the oxidative-antioxidative system in PCOS patients in the background of oxidative stress and insulin resistance.

СПКЯ не только наиболее частая причина олигоменореи у девушек, но и метаболическое расстройство с широким спектром проявлений, включая инсулинорезистентность, дислипидемию и ожирение, что повышает риск атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета типа 2, бесплодия в зрелом возрасте.

Цель исследования – оценить показатели митохондриальной дисфункции и оксидативного стресса во взаимосвязи с гормональным профилем крови у пациенток с СПКЯ и у девочек группы контроля. В исследование были включены 90 девочек с СПКЯ согласно Роттердамским критериям от 15 до 17 лет включительно. Группу контроля составили 30 здоровых девочек с регулярным менструальным циклом аналогичного возраста.

Дизайн: исследование типа «случай–контроль».

Методы. Полное клиническое обследование; гормональный профиль на 3–4 д.ц. (ЛГ, ФСГ, Е2, Т, ТЭСГ, Прл, ДГА-С, 17-ОНП, андростендион, АМГ, кортизол, ТТГ, Т4св, АТ-ТПО); биохимический профиль; уровни С-реактивного белка, Mg^{2+} , Ca^{2+} , $Fe^{2+/3+}$, малонового диальдегида; оральная глюкозотолерантная тест с инсулином; УЗИ органов малого таза, щитовидной и молочных желез. Уровень глутатиона (GSH) и соотношение его окисленной к восстановленной форме (GSSG)/GSH проводили спектрофотометрически, определение ферментативной активности каталазы, глутатионредуктазы и глутатионпероксидазы в плазме крови проводили при помощи специфических реакций и с помощью кинетического анализа.

Результаты. Между пациентками с СПКЯ и группой сравнения статистически достоверная разница в гормональных параметрах была определена для уровней в сыворотке ЛГ, МЕ/л ($7,1 \pm 3,7$ против $4,0 \pm 1,8$, $p \leq 0,0001$, здесь и далее U-тест Манна–Уитни), Т, нмоль/л ($1,7 \pm 0,7$ против $0,9 \pm 0,3$, $p \leq 0,0001$), андростендион, нг/мл ($18,7 \pm 9,8$ против $8,6 \pm 2,6$, $p \leq 0,001$), АМГ, нг/мл ($12,0 \pm 11,9$ против $5,3 \pm 2,0$, $p \leq 0,001$), ТЭСГ, нмоль/л ($43,8 \pm 24,2$ против $60,8 \pm 34,6$, $p \leq 0,05$), 17-ОНП ($4,6 \pm 1,5$ против $3,5 \pm 1,3$, $p \leq 0,005$), ДГА-С, мкмоль/л ($6,9 \pm 3,3$ против $5,0 \pm 1,5$, $p \leq 0,005$). У пациенток с СПКЯ по сравнению с группой контроля были выявлены следующие статистически значимые показатели митохондриальной дисфункции, активности антиоксидантной защиты и оксидативного стресса: процент высокополяризованных мононуклеарных клеток крови ($56,2 \pm 12,5$ против $50,7 \pm 8,8$, $p \leq 0,05$), уровень восстановленного глутатиона GSH, μM ($1158,4 \pm 480,0$ против $878,9 \pm 173,8$, $p \leq 0,001$), активность глутатионредуктазы в плазме, $\mu U/min$ ($0,023 \pm 0,007$ против $0,030 \pm 0,01$, $p \leq 0,001$), активность глутатионпероксидазы в плазме, $\mu U/min$ ($0,304 \pm 0,09$ против $0,340 \pm 0,08$, $p \leq 0,05$). Выявлены статистически значимые положительные корреляции tGSH μM , GSSG μM , GSH μM , GSSG $\mu M/g$ Hb с уровнем АМГ (0,31; 0,42; 0,31; 0,30, $p \leq 0,05$, здесь и далее – коэффициент Спирмена), уровня СРБ с показателем МДА, GSSG $\mu M/g$ Hb, отрицательная зависимость с уровнем Mg^{2+} (0,57; 0,32, $-0,34$, $p \leq 0,05$).

Заключение. Данная работа подтверждает гипотезу ассоциации СПКЯ с нарушениями гормонального баланса и гомеостаза глутатионзависимого звена антиоксидантной

защиты и соответствующих ферментов на фоне оксидативного стресса и инсулинорезистентности. Данные результаты могут объяснить повышенный риск сосудистых нарушений у пациенток с СПКЯ при снижении адаптивных возможностей развивающегося организма, причины которых необходимо выявить в дальнейших исследованиях. Клиническое значение изучения фундаментальных механизмов развития СПКЯ в зависимости от показателей веса состоит в возможности проведения митохондриально-ориентированной терапии этой патологии.

В.В. Вторушина, Е.П. Хащенко, Е.В. Уварова, М.Ю. Высоких

Цитокиновый профиль периферической крови при синдроме поликистозных яичников у пациенток подросткового возраста на фоне инсулинорезистентности

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова»
Минздрава России, Москва, Россия

Резюме. Хроническое воспаление у больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из патогенных механизмов, участвующих в сердечно-сосудистых заболеваниях и развития сахарного диабета типа 2. Цель исследования – оценить профиль цитокинов у больных СПКЯ с инсулинорезистентностью (ИР) в подростковом возрасте. Результаты исследования показали дисбаланс про- и противовоспалительных цитокинов у больных с СПКЯ и ИР.

Summary. Low-grade chronic inflammation in patients with PCOS is one of the pathogenetic mechanisms involved in cardiovascular disease and T2DM development. The aim of the study was to evaluate the profile of cytokines in PCOS patients with insulin resistance during adolescence. The results of the study revealed the unbalance of pro- and anti-inflammatory cytokines in patients with PCOS and IR.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее распространенной эндокринопатией среди женщин репродуктивного возраста, обычно он проявляется в подростковом возрасте. Системный воспалительный ответ является одним из возможных патогенетических механизмов развития СПКЯ, а также причиной формирования такого осложнения СПКЯ как сахарный диабет тип 2.

Цель исследования – оценить содержание про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-18 и ФНО α) в периферической крови девочек-подростков с СПКЯ на фоне инсулинорезистентности (ИР). В исследование были включены 56 девочек с СПКЯ согласно Роттердамским критериям от 15 до 17 лет включительно: 30 пациенток с СПКЯ без метаболических изменений и 26 пациенток с СПКЯ на фоне ИР. Контрольную группу составили 23 здоровые девочки с регулярным менструальным циклом аналогичного возраста. Во всех случаях оформлено добровольное письменное информированное согласие девочек.

Методы. Концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-18 и ФНО α оценивали в сыворотке периферической венозной крови методом иммунофлюоресцентного анализа с использованием тест-систем eBioscience (США).

Результаты. Выявлено статистически значимое повышение уровня ИЛ-10 в общей группе пациенток с СПКЯ по сравнению с данным показателем в контрольной группе ($0,9 \pm 0,6$ и $0,6 \pm 0,3$ пг/мл, $p \leq 0,025$, критерий Манна–Уитни). Концентрации ИЛ-6, ИЛ-18 и ФНО α в сравниваемых группах достоверно не отличались. У пациенток с СПКЯ и ИР наблюдалось значимое повышение уровня ИЛ-18 – более чем в 2 раза по сравнению с данными группы контроля и пациенток с СПКЯ без ИР ($134,7 \pm 118,9$; $74,4 \pm 77,8$ и $65,1 \pm 72,6$ пг/мл, $p \leq 0,05$, $p \leq 0,05$, ANOVA тест). Концентрация ИЛ-10 у девочек с СПКЯ и ИР также была достоверно выше, чем в группе контроля ($1,0 \pm 0,7$; $0,9 \pm 0,4$ и $0,6 \pm 0,4$ пг/мл, $p_{1-3} \leq 0,05$). Концентрации ИЛ-6 и ФНО α в сравниваемых группах достоверно не отличались.

Заключение. Выявленные повышенные концентрации ИЛ-10 и ИЛ-18 у девочек-подростков с СПКЯ и ИР подтверждают гипотезу ассоциации инсулинорезистентности при СПКЯ с дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

С.Г. Врублевский, А.К. Файзулин, И.В. Поддубный, О.С. Шмыров, О.С. Роговая, П.А. Колосова,
Л.А. Стрелкина, А.В. Кононов

Результаты оперативного лечения проксимальных форм гипоспадии методами тканевой инженерии в комбинации с уретропластикой по методике Onlay-tube

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (кафедра детской хирургии),
Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия,
Институт биологии развития им. Н.К. Кольцова РАН, Москва, Россия

Резюме. Представлен опыт реконструктивно-пластических операций на наружных гениталиях у детей с проксимальными формами гипоспадии. Описаны хирургические приемы, позволившие выполнить пластику промежностно-мошоночного отдела уретры с применением аутологичных биоинженерных конструкций, а также результаты применения одноэтапной реконструкции стволового отдела уретры. Применение аутологичных кератиноцитов на биодеградирующем матриксе является методом выбора при этапной пластике мочеиспускательного канала у детей с проксимальными формами гипоспадии в условиях дефицита пластического материала, пригодного для моделирования протяженного мочеиспускательного канала. Метод позволяет исключить оволосение неоуретры и создать запас пластического материала, необходимого для дальнейшей реконструкции уретры по методике Onlay-tube, тем самым уменьшить количество оперативных пособий и осложнений.

Summary. The thesis describes our experience of reconstructive surgery of external genitals in children with proximal forms of hypospadias. We describe the surgical techniques, which allow you to reconstruct perineal and scrotal urethra by using autologous bioengineered structures, as well as results of single-stage reconstruction of shaft urethra. The use of autologous keratinocytes on biodegradable matrix is a method of choice for stage reconstruction of urethra in children with proximal forms of hypospadias which prevents the grow of body hair in neo-urethra and create a reserve of plastic material for the further reconstruction by the method of Onlay-tube, thereby reducing the number of operational benefits and complications.

Проблема оперативного лечения детей с проксимальными формами гипоспадии на протяжении десятилетий остается актуальной среди урологов. Интерес вызван высоким уровнем осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах в связи с многогранностью осложнений. Доля послеоперационных осложнений, по данным различных авторов, варьирует от 35 до 70%. Во многом это связано со сложностью оперативных пособий на фоне дефицита пластического материала. Несмотря на обилие оперативных методик, хирурги предпринимают попытки их оптимизации, направленные на улучшение качества результатов лечения.

С 2004 г. совместно с Институтом биологии развития Н.К. Кольцова РАН и кафедрой детской хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова разработана и внедрена в практику методика моделирования промежностно-мошоночного отдела уретры с использованием аутологичных кератиноцитов на биодеградирующем матриксе. Данная технология позволяет компенсировать промежностно-мошоночный отдел уретры аутологичной тканью, не содержащей волосяных фолликулов, и исключить развитие осложнений, сопряженных с ростом волос в просвете неоуретры. Использование методов тканевой инженерии позволяет сохранить запас пластического материала для последующих этапных операций по реконструкции стволового отдела уретры и полового члена. Использование живого аутологичного эквивалента уретры позволяет создать мочеиспускательный канал и минимизировать развитие грубого рубцового процесса, тем самым снизить процент стенотических трансформаций неоуретры.

За более чем 10-летнюю практику использования данной методики (с 2004 г.) удалось добиться значительного снижения числа осложнений: уретральных свищей – до 2,4%, стенозов неоуретры – до 1,2%, расхождения краев раны – до 2,4%.

При реконструкции стволового отдела уретры детям выполняли операцию Onlay-tube. Данная методика предполагает мобилизацию кавернозных тел до основания и позволяет полностью иссечь соединительнотканную хорду, вызывающую вентральное искривление, а также выполнить расправление кавернозных тел. Тубуляризируемый кожный лоскут не содержит волосяных фолликулов и не вызывает осложнений, сопряженных с ростом волос в просвете неоуретры. Благодаря двум широким сосудистым пучкам сохраняется полноценное кровоснабжение неоуретры, что в свою очередь снижает риск послеоперационных осложнений, вызванных ишемией тканей. Стволовой отдел уретры имеет способность к дальнейшему росту и не вызывает в дальнейшем развития деформации полового члена. Техника наложения проксимального анастомоза по методике Onlay-tube практически исключает вероятность его стенозирования. Кожный лоскут, используемый при уретропластике, имеет форму двояковогнутой линзы, что позволило снизить риск веретенovidного расширения неоуретры до 3,6%. Линия уретрального шва, обращенного к кавернозным телам полового члена, исключает риск образования свищей уретры на протяжении.

Выполнение послойного укрытия проксимального анастомоза местными тканями снизило риск образования свищей в данной области до 3,6%.

Использование катетера Нелатона с целью деривация мочи детям с тяжелыми формами гипоспадии на каждом из этапов реконструктивно-пластических операций не изменило тактики лечения детей в послеоперационном периоде и позволило полностью отказаться от использования эпицистостомического дренажа.

Вариант комбинированного лечения гипоспадии с применением клеточных технологий открывает перед хирургами новые возможности лечения детей с проксимальными формами гипоспадии.

А.И. Гуревич, Л.Б. Меновщикова, Ю.В. Петрухина, Э.С. Севергина, Т.И. Дерунова, С.Л. Коварский,
И.В. Галибин, А.И. Захаров

Варикоцеле у детей. Всегда ли нужно оперировать?

ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова», Москва, Россия

ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет

им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия,

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России, Москва

Резюме. Варикоцеле встречается в мужской популяции в 15–20% и является одной из важнейших тем среди ключевых программ ВОЗ. Впервые этот диагноз обычно устанавливают в подростковом возрасте, и решение вопроса о тактике ведения должен решать детский уролог-андролог.

Summary. Varicocele occurs in the male population at the 15–20% and is one of the most important among the key WHO programs. For the first time this diagnosis is usually established during adolescence, and the question of tactics must decide child urolog-andrologist.

Цель исследования – разработать диагностический протокол на основании оценки внутриорганного кровотока в гонадах у пациентов с варикоцеле.

Материал и методы. Обследованы 127 подростков с варикоцеле. Функциональное состояние тестикул оценивали по результатам ультразвукового исследования (УЗИ) с доплерографией внутрияичкового кровотока. Эхографическую картину сопоставляли с контрлатеральным яичком и яичком здорового ребенка ($n=100$). Результаты УЗИ органов мошонки сопоставляли с результатами морфологического и иммуногистохимического исследования яичковых сосудов. По степени морфологических и гистохимических изменений были выделены 3 типа строения яичковых вен. Выявленные особенности строения вен позволяют сделать вывод о том, что варикоцеле можно рассматривать как один из вариантов соединительнотканной дисплазии, поэтому только расширение вен семенного канатика не является показанием к оперативному вмешательству.

Результаты. Показанием к коррекции варикоцеле во всех случаях были реверсивный кровоток, падение до $\leq 0,6$ индекса резистентности при оценке внутрияичкового кровотока, уменьшение размеров яичка на $\geq 8\%$. Для коррекции ретроградного кровотока мы используем как малоинвазивные технологии (эндоваскулярную окклюзию и высокую перевязку яичковых вен лапароскопическим доступом), так и открытые оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде назначаются мембраностабилизаторы и венотоники. Контрольное УЗИ мошонки с оценкой интратестикулярного кровотока проводилось через 1, 6, 12 мес, далее ежегодно. Положительный результат – устранение реверсивного кровотока – достигнут в 96% случаев, анализ результатов лечения с позиции сохранности функции яичка продолжается.

Заключение. УЗИ яичек с доплерографией, данные которого коррелируют с результатами морфоиммуногистохимического строения яичковых сосудов левого яичка, должно входить в протокол обследования пациентов с варикоцеле, показанием к операции должно быть не только наличие реверсивного кровотока, но и угнетение внутриорганного кровотока как один из ранних признаков орхопатии.