

У мальчика с ЮДМ, получавшего альфакальцидол в дозе 0,75 мкг/сут, образовались новые КМТ (которые впоследствии удалось значительно уменьшить лечением этидронатом). У остальных 9 детей увеличения КМТ не было.

С целью воздействия на КМТ дети получали одновременно с альфакальцидолом этидронат энтерально в дозе 10 мг/кг в виде 2% водного раствора по прерывистой схеме (1 месяц — прием препарата, 1 мес — перерыв) в течение 2 лет. У всех больных наблюдали положительную динамику — у одного ребенка КМТ исчезли, у остальных 10 детей уменьшились в размере и количестве, в том числе и у мальчика, получавшего Альфа D₃-Тева в дозе 0,75 мкг/сут.

Таким образом, у детей с ЮДМ и СД, протекающих с КМТ, обмен кальция патологически изменен в двух направлениях. С одной стороны, соли кальция откладываются в мягких тканях, с другой — в костях имеется достоверное снижение минеральной плотности. Причины таких нарушений неясны. Вероятно, усугубляет эти изменения наследственная предрасположенность к минеральным нарушениям,

что подтверждается частой встречаемостью у больных отягощенного по ОП наследственного анамнеза. Опираясь на полученные данные, можно утверждать, что КМТ является не только фактором риска ОП, но и своеобразным маркером патологического снижения МПКТ у детей с системными заболеваниями соединительной ткани.

Можно предположить, что повышение уровня остеокальцина более чем у половины больных связано с усилением функции остеобластов, вероятно, в связи с усилением процессов костной резорбции.

Выводы

1. У детей с ЮДМ и СД, имеющих КМТ, МПКТ достоверно ниже, чем у больных без КМТ, в связи с чем для диагностики вероятного ОП и уточнения терапевтической тактики у этих детей рекомендовано определение МПКТ.

2. С целью повышения МПКТ больным ЮДМ и СД показано назначение альфакальцидола в дозе 0,25 мкг/сут длительностью не менее 1 года, для уменьшения КМТ допустимо использование этидроната.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А.А., Баженова Л.К. Детская ревматология. — М., 2002. — С. 157—158, 187—188.
2. Reed F.V., Lopez V. // *Pediatr. Drugs.* — 2002. — Vol. 4, № 5. — P. 315—321.
3. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. — М., 1997. — С. 176.
4. Ichiki Y. // *Br. J. Dermatol.* — 2001. — Vol. 144, № 4. — P. 894—897.
5. Harel L. // *J. Rheumatol.* — 2001. — Vol. 28, № 5. — P. 1129—1132.
6. Mukamel M. // *J. Pediatr.* — 2001. — Vol. 138, № 5. — P. 763—766.
7. da Silva H.C., Szeinfeld V.L., Assis L.S. et al. // *Rev. Assoc. Med. Bras.* — 1997. — Vol. 43, №1. — P. 40—46.
8. Di Munno O., Mazzantini M., Massli P. et al. // *Clin. Rheumatol.* — 1995. — Vol. 1494, № 7. — P. 407—412.
9. Drinka P.J., DeSmet A.A., Bauwens S.F. et al. // *Calcif Tissue Int.* — 1992. — Vol. 50, № 6. — P. 507—510.
10. Oliveri M.B., Palermo R., Mautalen C., Hubscher O. // *J. Rheumatol.* — 1996. — Vol. 23, № 12. — P. 2152—2155.

© Коллектив авторов, 2005

И.Л. Уколова, Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ДЕВОЧЕК

Государственное учреждение Российская детская клиническая больница Росздрава,
Российский государственный медицинский университет, Москва

Проведено комплексное обследование и лечение 82 девочек (от 2 до 14 лет) со склероатрофическим лихеном вульвы. Выделены три клинические формы заболевания, которые подтверждены данными расширенной вульвоскопии. Установлена высокая эффективность комплексного лечения склероатрофического лихена вульвы у девочек в зависимости от клинической формы заболевания с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения. Проанализированы отдаленные результаты лечения с наступлением препубертатного периода и менархе у девочек со склероатрофическим лихеном вульвы.

Authors performed complex examination and treatment of 82 girls aged 2—14 years old with vulvar lichen sclerosis. Three clinical variants of this disease were selected and confirmed by data of widened vulvoscopy. Authors showed high efficacy of scleroatrophied vulvar lichen treatment in children

with usage of low intensity laser radiation in dependence on clinical variant of disease. Results of long-term follow up down to puberty and menarche in cases of pediatric scleroatrophied vulvar lichen were analysed.

Дистрофические поражения кожно-слизистых тканей наружных половых органов встречаются главным образом у взрослых [1, 2]. У детей гиперпластические и смешанные дистрофии вульвы не описаны, поэтому в детском возрасте заболевания такого рода представлены исключительно склероатрофическим лихеном (САЛ) [3]. Проблема САЛ вульвы (САЛВ) в литературе освещена недостаточно. Большинство имеющихся публикаций в основном касаются пациенток климактерического периода [4—6]. Кроме того, изучение данных литературы показывает, что конкретные причины, вызывающие развитие САЛВ, окончательно не выяснены [7—9].

САЛВ считается редким заболеванием, диагностика которого затруднительна для практикующих врачей. Позднее выявление данной патологии у девочек приводит к возникновению косметических дефектов в области кожно-слизистых покровов вульвы в виде атрофии малых половых губ, образования рубцов, склерозирования входа во влагалище [10].

Учитывая отсутствие четких представлений о возможных причинах возникновения САЛВ, методы лечебных воздействий при этом заболевании чрезвычайно многообразны, что связано с их малой эффективностью, а также рецидивирующим характером течения заболевания. Это послужило поводом для дальнейшего исследования причин и механизмов развития САЛВ у девочек, изучения особенностей клинических проявлений заболевания, а также поиска рациональных методов терапии.

Цель настоящего исследования — разработать диагностический алгоритм САЛВ у детей и оценить эффективность комбинированной терапии в зависимости от клинической формы заболевания.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением в Российской детской клинической больнице (РДКБ) находились 82 пациентки в возрасте от 2 до 14 лет с САЛВ, которые были разделены на 3 группы в зависимости от клинической формы заболевания. 1-ю группу составили 14 пациенток (средний возраст $3,86 \pm 0,3$ года) с эритематозно-отечной формой САЛВ; 2-я группа — 47 девочек (средний возраст $7,3 \pm 1,2$ года) с атрофической формой заболевания; 3-я — 21 пациентка (средний возраст $7,1 \pm 0,9$ года) с эрозивно-язвенной формой.

Обследование всех детей включало данные анамнеза, оценку полового развития, визуальный осмотр наружных гениталий, а также расширенную вульвоскопию, вагиноскопию, бактериоскопическое, бактериологическое и цитологическое исследование влагалищных мазков, оценку гормонального профиля.

Задачами комплексного лечения САЛВ у девочек являлись устранение чувства зуда, купирование вос-

палительных изменений и улучшение трофики тканей кожно-слизистых покровов вульвы, стимулирование местных механизмов иммунологической защиты.

Комплексная терапия САЛВ включала низкоинтенсивное лазерное излучение, местную терапию в зависимости от клинической формы заболевания, витаминотерапию.

Всем пациенткам проводили облучение пораженных участков низкоэнергетическим гелий-неоновым лазером. С целью достижения анальгезирующего (снимающего зуд), сосудорасширяющего, противовоспалительного, заживляющего, улучшающего трофику эффекта мы применяли аппарат АЛТ «Мустанг» с длиной волны 0,63 мкм, мощностью до 6 Вт, длительностью импульса 260 нс, в непрерывном режиме. Экспозиция на пораженный участок составляла 3 минуты. Облучение проводили (в зависимости от объема участка) по методу «поле за полем, пятно за пятном», за один сеанс не более 3 полей, что занимало 3—6 мин. Курс лечения составлял 10 ежедневных сеансов.

Пациенткам с острым вульвовагинитом (42 девочки в возрасте от 2 до 8 лет) в течение 7—10 дней проводили санацию влагалища.

Местная терапия у 14 больных 1-й группы с эритематозно-отечной формой САЛВ включала гормональную терапию кремом Дермовейт (0,05% крем клобетазола пропионата).

47 пациенткам 2-й группы с атрофической формой САЛВ во время лечения в стационаре местную терапию не проводили. Им назначали курс лазерного воздействия в виде низкоэнергетического гелий-неонового лазера по описанной выше методике. Исключение составили 6 пациенток, у которых на фоне проведения лазеротерапии наблюдалась отрицательная динамика со стороны кожного процесса. В этих случаях лазерное воздействие прекращали. В терапию включали 50% раствор димексида. Для быстрого устранения зуда использовали Дермовейт.

Местная терапия 21 пациенток 3-й группы с эрозивно-язвенной формой САЛВ включала местное лечение раствором Куриозин.

Результаты лечения САЛВ у девочек мы оценивали по следующим критериям: клиническое выздоровление — полное исчезновение всех проявлений заболевания; улучшение состояния — стойкое исчезновение зуда, воспалительных явлений, эпителизация эрозий, трещин, уменьшение депигментации, атрофии; без эффекта — отсутствие динамики со стороны кожных проявлений заболевания.

Результаты и их обсуждение

При поступлении в клинику основной жалобой большинства пациенток (80%) с САЛВ являлся зуд наружных половых органов различной степени интенсивности. У детей с эритематозно-отечной формой зуд преимущественно возникал до появления клинических проявлений.

Анализ данных анамнеза заболевания показал, что возраст появления первых признаков САЛВ у наших пациенток составлял от 2 до 8,5 лет. В возрасте до 4 лет заболевание возникло у 27 (33%) девочек, из них у 23 (28%) — в возрасте 3 лет.

Длительность заболевания у наблюдаемых нами пациенток составляла от 1 месяца до 7 лет. У 64% девочек с эритематозно-отечной формой продолжительность заболевания не превышала 6 месяцев. Пациентки с атрофической и эрозивно-язвенной формой страдали данной патологией от одного года до 3 лет — 53%, более 3 лет — 30%.

Клинические проявления у наблюдаемых нами пациенток соответствовали трем клиническим формам САЛВ — эритематозно-отечной, атрофической и эрозивно-язвенной.

Эритематозно-отечная форма САЛВ характеризовалась преобладанием воспалительных элементов в очаге. На фоне гиперемии и отека кожно-слизистых покровов вульвы и перианальных складок имелись участки поверхностной атрофии на внутренней поверхности больших половых губ. По периферии очаг был окружен эритематозным или белесоватым ободком, проходящим по гребню больших половых губ. В 64% случаев эритематозно-отечная форма протекала на фоне острого вульвовагинита.

Атрофическая форма САЛВ представлена явлениями поверхностной атрофии и депигментации кожно-слизистых тканей вульвы, нередко с радиальной складчатостью, на фоне чего периодически возникали трещины и кровоизлияния. Очаги поражения имели четкие границы, часто распространялись на перианальную область.

Эрозивно-язвенная форма характеризовалась спонтанным образованием болезненных кровотокающих эрозий на фоне выраженной гиперемии и атрофии кожно-слизистых покровов вульвы, перианальной области. У 18 пациенток (86%) выявлен острый вульвовагинит.

На фоне САЛВ наблюдались рубцовые изменения в области клитора у 10 девочек, частичная атрофия малых половых губ — у 18, синехии малых половых губ — у 15.

С целью детальной оценки патологических изменений кожно-слизистых покровов вульвы мы проводили расширенную вульвоскопию.

У пациенток с эритематозно-отечной формой САЛВ вульвоскопическая картина была следующей: гиперемия и отечность слизистой оболочки — у 100%, истончение кожи на внутренней поверхности больших половых губ — у 100%, линейные трещины в области передней и задней спаяк — у 21%.

Для атрофической формы было характерно изменение окраски кожно-слизистых покровов вульвы, перианальной области — у 100%, частичная атрофия малых половых губ — у 38% девочек.

У пациенток с эрозивно-язвенной формой САЛВ на фоне изменения окраски кожно-слизистых покровов вульвы, перианальной области (100%), истон-

чения кожи на внутренней поверхности больших половых губ (89%), определялись очаги ярко-красного цвета, лишенные эпителиального покрова (95%).

Цитологическое исследование влажного мазка мы проводили всем девочкам с целью определения эстрогенной насыщенности органов-мишеней. По данным этого исследования можно косвенно судить о количестве рецепторов к эстрогенам в тканях вульвы.

По нашим данным, низкая эстрогенная насыщенность гениталий (преобладание парабазальных клеток) отмечалась у 65 пациенток (79,2%), умеренная эстрогенная насыщенность (превалирование промежуточных клеток) — у 15 девочек (18,4%), высокая эстрогенная насыщенность (преимущественно поверхностные клетки) — у 2 пациенток (2,4%). Результаты цитологического исследования влажного мазка соответствовали уровню эстрадиола в крови, что позволило предположить нормальную реактивность тканей вульвы у девочек к действию гормонов.

У большинства пациенток (69—84%), независимо от клинической формы и периода полового созревания, выявлена тенденция к снижению уровня эстрогенов. Характер клинических проявлений заболевания, по нашим наблюдениям, зависел от эстрогенной насыщенности органов-мишеней. Подтверждением тому являлось улучшение клинической картины у девочек в позднем препубертате вследствие повышения уровня эстрогенов.

Ближайшие результаты лечения у всех 14 пациенток с эритематозно-отечной формой САЛВ были положительными. Выздоровление отмечено у 8 (57%) девочек с длительностью заболевания не более 6 месяцев. Исчезновение зуда, болезненности в очагах поражения наблюдалось к 5—7-му дню после начала лечения. Нормализация кожно-слизистых покровов вульвы наступала к 15—20-му дню проведения терапии.

Улучшение состояния наблюдалось у 6 больных (43%) 1-й группы с длительностью заболевания от 6 месяцев и более. На фоне исчезновения зуда, болезненных ощущений, купирования воспалительных проявлений в очагах поражения, сохранялись депигментация на внутренней поверхности больших половых губ, истончение эпителия кожно-слизистых покровов.

Ближайшие результаты лечения у 37 пациенток 2-й группы (78,7%) с атрофической формой САЛВ были положительными. Полностью снимался зуд, исчезали парестезии, сухость покровов, чувство «стягивания». Данный эффект отмечен к 5—7-му сеансу проведения лазеротерапии. В дальнейшем происходило заживление трещин, эрозивных поверхностей, кровоизлияний. У пациентки 14 лет с длительностью заболевания более 7 лет на фоне проведения терапии наблюдалось снижение интенсивности зуда, кожно-слизистые покровы приобрели эластичность, частично регрессировали участки гиперкератоза. У 8 пациенток наблюдалась частичная атрофия ма-

лых половых губ. Полностью восстановить кожно-слизистые покровы вульвы девочкам с атрофической формой САЛВ не удавалось. Сохранялись истонченность, депигментация в области внутренней поверхности больших половых губ, передней и задней спайки, перианальных складок. Поскольку самочувствие пациенток нормализовалось и стабилизировался процесс дистрофических изменений, мы оценивали эффект как «улучшение состояния».

У 6 пациенток, которым было отменено лазерное воздействие, купирование местных воспалительных проявлений отмечено к 7—10-му дню проведения лечения. Однако их беспокоил зуд в области вульвы, сохранялась сухость кожно-слизистых покровов вульвы. У 4 пациенток после проведения низкоинтенсивной лазеротерапии сохранялись точечные кровоизлияния в области внутренней поверхности больших половых губ, задней спайки. Учитывая отсутствие динамики со стороны кожных проявлений заболевания у 10 пациенток (21,3%), результат лечения мы оценили как «без эффекта».

Ближайшие результаты лечения у 18 пациенток (85,7%) с эрозивно-язвенной формой САЛВ были положительными. Улучшение состояния выразилось в исчезновении зуда — у 18, болезненных ощущений — у 6, купировании воспалительных проявлений в очагах поражения — у 18. Данный эффект наблюдался к 5—7-му дню после начала терапии. Заживление эрозивных поверхностей и изъязвлений происходило к 12—15-му дню лечения. Однако сохранялись депигментация, истонченность кожно-слизистых покровов вульвы в области передней и задней спайки у 17 пациенток, на внутренней поверхности больших половых губ — у 13, перианальной

области — у 9. Учитывая исчезновение зуда, воспалительных явлений, эпителизацию эрозий, мы оценивали эффект как «улучшение состояния».

После окончания лазеротерапии (к 15-му дню лечения) у одной пациентки не произошло полной эпителизации язвенного дефекта на внутренней поверхности большой половой губы. У 2 девочек сохранялись кровоизлияния в области задней спайки больших половых губ. Поскольку окончательно восстановить кожно-слизистые покровы вульвы нам не удалось, результат лечения мы оценили как «без эффекта».

При анализе ближайших результатов лечения у девочек с САЛВ выявлено, что наиболее выраженная эффективность наблюдалась у пациенток с эритематозно-отечной формой, менее выраженная — при эрозивно-язвенной. Атрофическая форма САЛВ являлась наиболее резистентной ко всем видам терапии, что подчеркивают и другие исследователи [11].

Заключение

Таким образом, в результате нашего исследования были выявлены особенности клинического течения САЛВ у девочек в зависимости от возраста пациенток, длительности заболевания, сопутствующей генитальной патологии, эстрогенной насыщенности органов-мишеней. Мы считаем, что лечение САЛВ должно быть комплексным и определяться с учетом клинической формы заболевания. Раннее и правильное лечение САЛВ у девочек способствует восстановлению кожно-слизистых покровов вульвы, профилактике возможных осложнений в виде косметических дефектов, предупреждению развития неопластических процессов вульвы.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 2/2006, приложение № 4.

© Коллектив авторов, 2005

Т.М. Логачева, Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА (АДЕНОМИОЗА) У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Государственное учреждение Российская детская клиническая больница Росздора,
Российский государственный медицинский университет, Москва

Проведено комплексное обследование и лечение 67 девочек в возрасте от 11 до 18 лет с ювенильным маточным кровотечением. На основании проведенного исследования разработан алгоритм обследования, позволяющий выделить группы риска девочек-подростков по развитию аденомиоза. Установлена высокая информативность гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания в диагностике аденомиоза у девочек-подростков. Отработаны и внедрены комп-

И.Л. Уколова, Д.А. Бижанова, Т.Г. Дядик

1. Wallace H.J. // Transactions of St. John's Hospital Dermatologic of Society. — 1971. — Vol. 57. — P. 9 — 30.
2. Friedrich E.G. // Clin. Obstetr. @ Gynecol. — 1985. — Vol. 28, № 1. — P. 178 —187.
3. Бурова Е.А. // Сборник научных трудов. — Горький, 1988. — С. 32 — 41.
4. Hall D. // Nurse Pract. — 1996. — Vol. 21, № 12. — Pt 1. — P. 57 — 58, 61 — 62.
5. Pelisse M. // Rev. Prat. — 1997. —Vol. 47, № 15. — P. 1674 —1677.
6. Elchalal U., Gilead L., Vardy D.A. // Obstet. Gynecol. Surv. — 1995. — Vol. 50, № 2. — P. 155 —162.
7. Carlson J.A., Lamb P., Malfetano J. et al. // Mod. Pathol. — 1998. — Vol. 11, № 9. — P. 844 — 854.
8. Neill S.M., Ridley C.M. // Clin. Exp. Dermatol. — 2001. — Vol. 26, № 8. — P. 637— 643.
9. Powell J.J., Wojnarowska F. // J. Am. Acad. Dermatol. — 2001.— Vol. 44, № 5. — P. 803— 806.
10. Манухин И.Б., Кондриков Н.И., Крапошина Т.П. Заболевания наружных половых органов у женщин. — М., 2002. — 302 с.
11. Powell J., Wojnarowska F. // J. Reprod. Med. — 2002. — Vol. 47, № 9. — P. 706 —709.