

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-

лексные схемы лечения пациенток с аденомиозом. Проанализированы отдаленные результаты лечения, подтверждающие эффективность проводимой терапии.

Authors performed complex examination and treatment of 67 female patients aged 11—18 years old with juvenile metrorrhagia. Data of study was the base for outworking algorithm of examination which can assist to select groups of female adolescents with high risk of adenomyosis development. Authors showed high informative value of diagnostic abrasion in adenomyosis diagnosis in female adolescents. Analysis of long-term follow up results confirmed high efficacy of therapy.

Аденомиоз в настоящее время становится одной из актуальнейших проблем детской гинекологии. Это связано, с одной стороны, с постоянным ростом частоты выявления данного инвалидизирующего заболевания и, с другой стороны, с выраженным «омоложением» патологии [1—3]. Длительный период изучения не позволил четко установить патогенез эндометриоза, принято считать, что заболевание имеет полигенетические и многофакторные механизмы развития. Трудности верификации связаны с тем, что клиническая картина неоднозначна, жалобы больных не всегда специфичны. Диагностика заболевания сложна, требует проведения комплексного обследования с применением инвазивных методик. Это приводит к выявлению чаще всего запущенных форм заболевания. Доказана значимая роль аденомиоза в развитии бесплодия и, с другой стороны, аденомиоз считается предраковым заболеванием. Общеизвестно, что единственным радикальным методом лечения аденомиоза является экстирпация матки, что совершенно неприемлемо для женщин, заинтересованных в деторождении, и тем более для девочек-подростков. Нами было проведено исследование с целью оптимизации ранней диагностики и терапии аденомиоза в подростковом возрасте [4—6].

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 67 девочек в возрасте от 11 до 18 лет, которые были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошла 41 больная с ювенильным маточным кровотечением (ЮМК) в возрас-

те от 11 до 18 лет; 2-ю группу составили 26 девочек с ЮМК, у которых был диагностирован аденомиоз в возрасте от 13 до 17 лет.

В план проведенного исследования вошли тщательный сбор анамнеза, антропометрия, клинический и гинекологический осмотр, оценка полового развития, лабораторное обследование (общий и биохимический анализы крови, гормональный профиль, бактериоскопический анализ отделяемого из влагалища), ультразвуковое исследование органов малого таза, инструментальное обследование (гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим гистологическим изучением полученного материала).

Все дети поступали в отделение с жалобами на кровяные выделения из половых путей и боли внизу живота во время менструаций. По нашим данным, болевой синдром достоверно чаще присутствовал у девочек 2-й группы, чем у пациенток 1-й группы. Однако основными жалобами в обеих группах были длительные, обильные, ациклические кровяные выделения из половых путей (рис. 1).

Результаты и их обсуждение

Оценка данных анамнеза заболевания позволила выявить, что у больных аденомиозом отмечалось более частое начало кровотечений с момента менархе у девочек 2-й группы, чем у больных 1-й группы — в 77% и 59% случаев соответственно. Средний возраст менархе подростков обеих групп не отличался от средних показателей здоровых женщин, проживающих в средней полосе России [7—9].

Гинекологический осмотр не выявил у обследо-

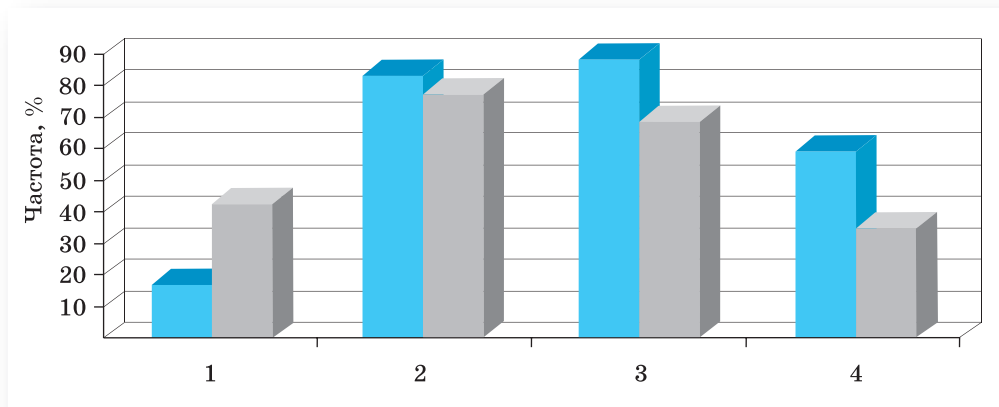


Рис. 1. Частота основных жалоб у наблюдаемых больных.

1 — болезненные менструации, 2 — длительные менструации, 3 — обильные менструации, 4 — ациклические кровотечения; здесь и на рис. 2: 1-й столбик — 1-я группа, 2-й столбик — 2-я группа.

ванных девочек пороков развития наружных половых органов. Размеры матки у большей части девочек были в пределах возрастной нормы (у 68% девочек 1-й группы и у 62% больных 2-й). Увеличение размеров матки имело место у больных обеих групп, но достоверно чаще у девочек 2-й группы (39% и 29%). Именно у этих больных достоверно чаще выявлялась болезненность при пальпации матки (19% и 2%) и области яичников (24% и 10%).

Для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики обследования всем девочкам в обеих группах проводили ультразвуковое исследование органов малого таза. Мы провели оценку трех размеров матки — ширины, передне-заднего размера, длины тела матки и М-ЭХО. Средние размеры ширины матки были увеличены только у девочек 11—12 лет 1-й группы (на 16% от нормы). У девочек старшего возраста (13 лет и старше) средние размеры ширины матки оставались в пределах возрастной нормы в обеих группах. При анализе степени увеличения ширины матки в возрастном аспекте с возрастом у девочек 1-й группы степень увеличения снижалась, а у больных 2-й группы, наоборот, нарастала. Средние показатели передне-заднего размера матки были повышены по сравнению с нормальными у детей обеих групп. Однако следует отметить, что во 2-й группе эти показатели были заметно выше, особенно в 15—18-летнем возрасте. Средние размеры длины тела матки увеличены у больных 1-й группы в возрасте от 11 до 14 лет включительно, в возрасте 15 лет и старше средние размеры длины матки не превышали возрастную норму. У девочек 2-й группы средние размеры длины матки были увеличены в возрасте 13 лет и незначительно в возрасте 15 лет и старше, а у 14-летних не превышали средних нормальных показателей. При этом степень увеличения была больше у больных 2-й группы и с возрастом нарастала. Увеличение М-ЭХО выявлено у всех обследованных 2-й группы, у девочек 1-й группы — в 63% слу-

чаев. Среди УЗИ-характеристик М-ЭХО у девочек 2-й группы достоверно чаще выявлялись неоднородность и уплотненность М-ЭХО, неровность и нечеткость контуров, жидкостные включения (рис. 2). При анализе УЗИ-свойств миометрия их изменения были отмечены только у 8 (31%) пациенток 2-й группы 16—17 лет и у одной (2%) девочки 1-й группы и имели неоднородный характер — визуализировались как гипер-, так и гипоэхогенные участки [9, 10].

Всем 67 девочкам были проведены гистроскопия и раздельное диагностическое выскабливание. Этот метод диагностики и лечения был применен у пациенток на фоне неэффективности симптоматической гемостатической терапии и некоторым при рецидиве кровотечения после гормонального гемостаза [7, 11].

При проведении гистероскопии у 26 (39%) пациенток были выявлены эндометриодные ходы и диагностирован аденомиоз, на основании чего и было проведено разделение больных на 2 группы, о чем было сказано выше. При этом у 50% больных 2-й группы выявлены эндометриодные ходы в умеренном количестве, а у 19% обследованных — по всей поверхности. Шероховатость стенок матки, считающаяся наиболее достоверным признаком аденомиоза у взрослых, выявлена у единственной больной (4%) 17 лет.

Во всех случаях проводили гистологическое исследование полученного при гистероскопии материала. У всех больных 2-й группы была выявлена железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. У девочек 1-й группы в 66% случаев также диагностирована железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.

По данным гормонального исследования уровень прогестерона, пролактина, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в крови каких-либо значимых изменений не имел [7, 10—12].

В настоящее время, как один из скрининговых методов обследования, предлагается определение уровня СА 125 и СА 19—9. Однако, по нашим данным, средние показатели СА 125 и СА 19—9 не превыша-

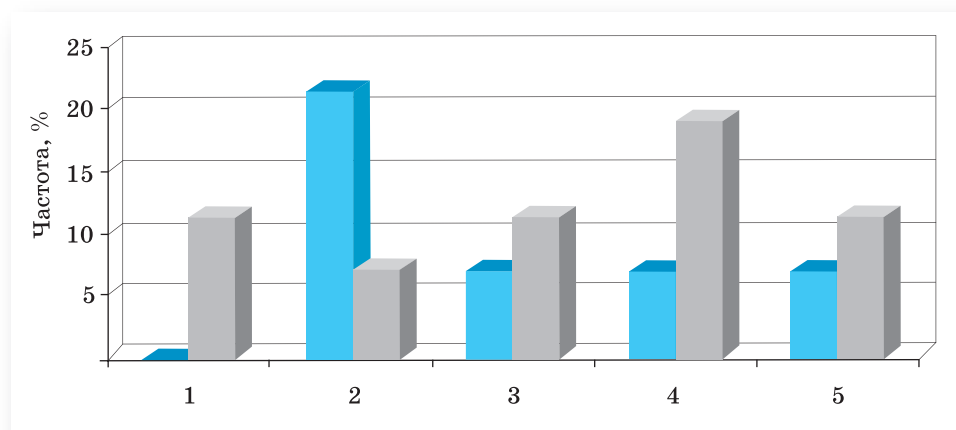


Рис. 2. Частота выявления различных изменений УЗ-картины органов малого таза у наблюдаемых больных.

1 — уплотнение М-ЭХО, 2 — неоднородность М-ЭХО, 3 — жидкостные включения, 4 — неровные контуры, 5 — нечеткие контуры.

ли нормальных и при индивидуальном анализе ни у одной из девочек 2-й группы не зафиксировано повышение уровня как СА 125, так и СА 19—9 [13—15].

Учитывая результаты проведенного исследования, мы предлагаем алгоритм обследования подростков с клинической картиной ЮМК (рис. 3), позволяющий выделить группы риска девочек-подростков по развитию аденомиоза: пациенты пубертатного возраста с жалобами на длительные обильные ациклические кровяные выделения из половых путей (особен-

но, при начале кровотечений с момента менархе), получавшие более одного курса гормональной терапии без эффекта.

По результатам проведенного исследования нами была оптимизирована схема лечения пациентов группы риска. На фоне клиники ЮМК до решения вопроса о необходимости проведения гистероскопии с раздельным диагностическим выскабливанием следует проводить симптоматическую гемостатическую терапию, при выявлении железодефицитной анемии

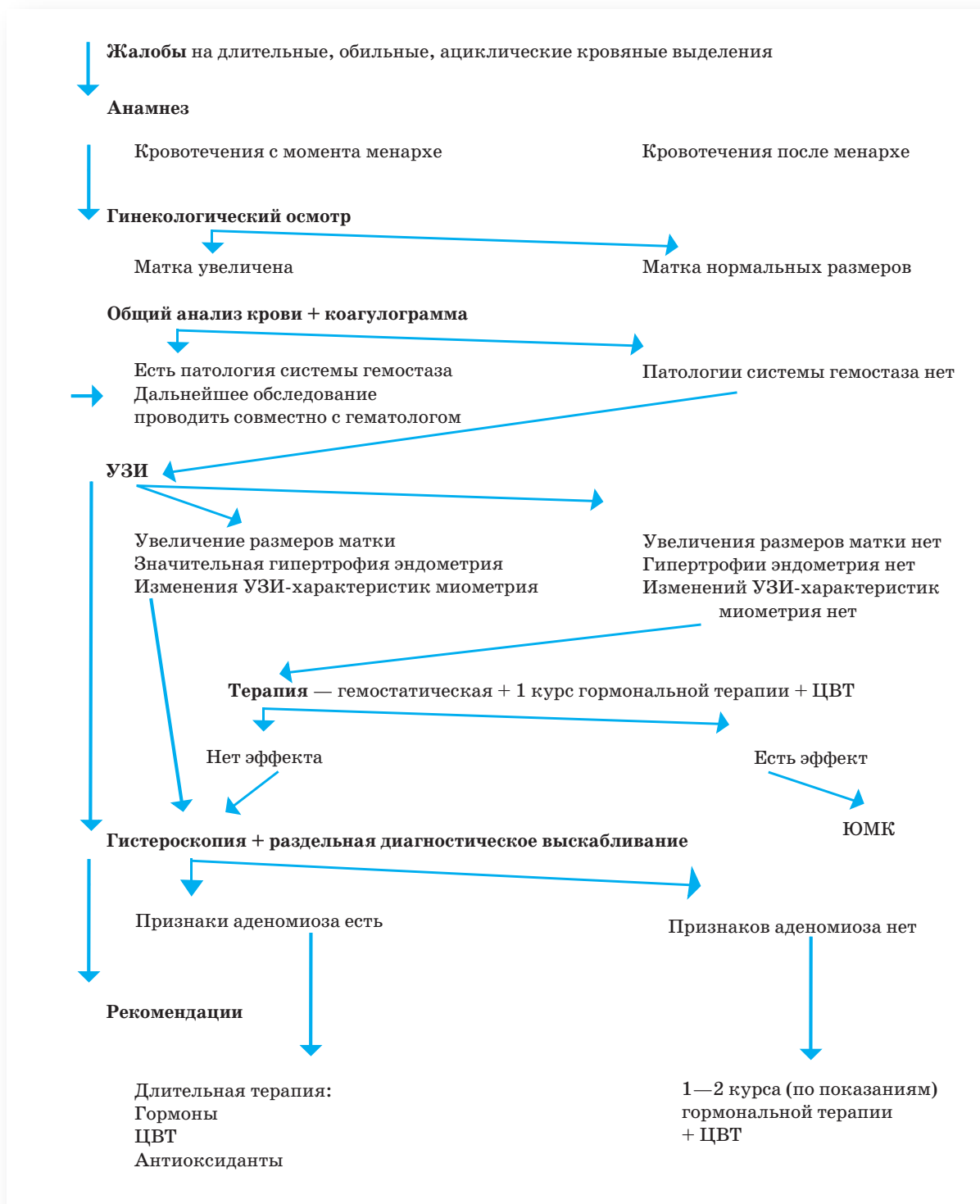


Рис. 3. Алгоритм обследования девочек-подростков с клинической картиной ЮМК.

— применять препараты железа, по показаниям — переливание эритроцитной массы, при наличии воспалительных изменений со стороны гениталий — проводить противовоспалительную терапию. При неэффективности симптоматической гемостатической терапии, выявлении гиперплазии эндометрия необходимо проведение гистероскопии и отдельного диагностического выскабливания для исключения аденомиоза и другой внутриматочной патологии. При отсутствии признаков аденомиоза следует назначать гормональную терапию (2—3 курса) с использованием низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов, курсы циклической витаминотерапии (ЦВТ) и антиоксидантов проводят после проведения контрольного УЗИ гениталий.

У подростков с подтвержденным аденомиозом лечение длительное, комплексное, включающее в себя гормональную терапию (6—8 курсов) с использованием эстроген-гестагенных препаратов. При сохраняющихся через 6—8 месяцев на фоне терапии минимальных клинических проявлений аденомиоза возможно продление гормонотерапии низкодозированными комбинированными препаратами. ЦВТ и антиоксиданты назначают пациентам, у которых после проведения 6—8 курсов гормональной терапии отсутствуют клинические проявления аденомиоза. Катамнестическое обследование 32 пациенток

1-й группы и 18 больных 2-й группы (максимальный срок катамнеза 13 лет) подтвердило эффективность проводимой терапии.

Заключение

Девочки-подростки с ЮМК являются группой риска по развитию аденомиоза. Аденомиоз выявляется у 39% девочек-подростков с клинической картиной ЮМК. Алгоритм обследования у девочек с ЮМК должен включать УЗИ органов малого таза, гистероскопию и отдельное диагностическое выскабливание. УЗИ органов малого таза не позволяет выявить каких-либо однозначных характерных признаков аденомиоза у девочек-подростков младше 15 лет и может использоваться только как вспомогательное исследование в комплексной программе. Уровень СА 125 и СА 19—9 у девочек-подростков с аденомиозом не превышает нормальных показателей, определение уровня онкомаркеров СА 125 и СА 19—9 целесообразно только в плане дальнейшего динамического наблюдения. Гистероскопия является единственным достоверным методом диагностики аденомиоза у девочек-подростков. Лечение девочек-подростков с аденомиозом должно быть комплексным, включающим длительную гормональную терапию (не менее 6 месяцев), ЦВТ, антиоксиданты, общеукрепляющую терапию.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 2/2006, приложение № 5.

© Коллектив авторов, 2005

Н.В. Болотова, Н.Ю. Райгородская, С.В. Хугошина

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Кафедра пропедевтики детских болезней Саратовского государственного медицинского университета, г. Саратов, РФ

Представлены клинические данные по применению переменного магнитного поля в комплексном лечении диабетической периферической полинейропатии (ДПН) у 56 детей (37 девочек, 19 мальчиков) в возрасте от 5 до 15 лет с сахарным диабетом (СД) I типа. В 1-й группе (сравнения) 16 детей получали общепринятую патогенетическую терапию: коррекция углеводного обмена, препараты α -липоевой кислоты. Во 2-й группе (основной) 40 детям наряду с общепринятым лечением дополнительно назначали магнитотерапию бегущим переменным магнитным полем в импульсном режиме с индукцией поля 45 мТл и частотой 10—16 Гц на область голеней. Использование магнитного поля указанных параметров в комплексе с традиционным лечением ДПН позволило за один курс магнитотерапии увеличить проводимость периферических нервов в 1,2—1,3 раза от исходных значений и в 1,1 раза по сравнению с контролем.

Authors analyze clinical effect of alternating magnetic field usage in complex treatment of diabetic polyneuropathy (DPN) in 56 children (37 females and 19 males) aged 5—15 years old with diabetes

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

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндометриозы. Руководство для врачей. — М., 1998. — 317 с.
2. Wang P.H., Shyong W.Y., Lin C.H. et al. // *Anal. Quant Cytol. Histol.* — 2002. — Vol. 24, № 1. — P. 1—6.
3. Goumenou A.G., Arvanitis D.A., Matalliotakis I.M. et al. // *Int. J. Mol. Med.* — 2000. — Vol. 6, № 6. — P. 667—671.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. — М., 1996. — 330 с.
5. Vercellini P., Crosignani P.G. // *The current status of Endometriosis.* / Eds. I. Brosen, J. Donnez. — New York, 1993.
6. Vessey M.P., Vi Mard-MacKintosh L., Painter R. // *BMJ.* — 1993. — Vol. 306. — P. 182—184.
7. Ищенко А.И., Кудрина Е.А. Эндометриоз. Диагностика и лечение. — М., 2002. — 101 с.
8. Руководство по эндокринной гинекологии. / Под ред. Вихляевой Е.М. — М., 2000. — С. 487—571.
9. Давыдов А.И. Патогенез, диагностика и лечение различных форм генитального эндометриоза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1995. — 76 с.
10. Цвелев Ю.В., Рухляда Н.Н. // *Акуш. и гин.* — 2003. — № 6. — С. 58—60.
11. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. Гистероскопия. — М., 1999. — 176 с.
12. Поморцев А.В., Гудков Г.В., Дегтярев А.М. // *Акуш. и гин.* — 2002. — № 1. — С. 35—40.
13. Андреева Е.Н. Значение анализа онкомаркеров СА 125, СЕА, СА 19-9 в диагностике опухолей гениталий: Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 141 с.
14. Адамян Л.В., Андреева Е.Н. // *Акуш. и гин.* — 1999. — № 3. — С. 38—43.
15. Yang C.C., Tseng J.Y., Chen P., Wang P.H. // *J. Reprod. Med.* — 2002. — Vol. 47, № 11. — P. 936 — 938.