

Тезисы

Пересадка тканей в акушерстве и гинекологии. Искусственные и натуральные материалы в пластике половых органов

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН^{1,2}, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,3},
Л.Г. Пивазян², Д.С. Аветисян⁴, Ю.А. Кириллова³, И.А. Меленчук³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

³ Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

⁴ Институт клинической медицины им. Н.В. Склифосовского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Введение. Тканевая инженерия является относительно новой областью, в которой используются живые клетки, биосовместимые материалы и подходящие биохимические и физические факторы, а также их комбинации для создания тканеподобных структур. Реконструкция влагалища необходима при таких заболеваниях, как аплазия влагалища, синдром Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера, приобретенные заболевания, например рак и травмы. Однако при этом реконструктивные методики, для которых используются невагинальные ткани, могут быть связаны с осложнениями. Трансплантация матки в настоящее время показала свой потенциал в качестве высокоэффективного лечения маточного фактора бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки.

Цель – рассмотреть методы альтернативного лечения пациентов с аплазией влагалища, синдромом Майера – Рокитанского – Кюстера – Хаузера, синдромом Ашермана и онкологическими заболеваниями с помощью аллотрансплантации клеток и тканей, трансплантации матки пациентам с маточным фактором бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки, и применение стволовых клеток в практике акушеров-гинекологов.

Материал и методы. Данный обзор включает в себя исследования, опубликованные до 2022 г. в базах данных PubMed, Google Scholar и Cochrane Library.

Результаты. Вагинопластика с использованием аутологичной вагинальной ткани показала нормальные структурные и функциональные параметры при последующем наблюдении. Эта технология может быть полезна пациентам, нуждающимся в реконструкции влагалища. Первое живорождение после аллогенной трансплантации матки в условиях иммуносупрессии произошло 4 сентября 2014 г. Это событие также является первым человеческим рождением после пересадки матки. Гемопозитические стволовые клетки использовались для разработки терапевтических стратегий лечения гинекологических солидных опухолей, таких как рак яичников. Пуповинная кровь может представлять собой ценный источник стволовых клеток, которые можно использовать для клеточного лечения злокачественных новообразований и наследственных заболеваний. Стволовые клетки могут быть использованы для пренатальной трансплантации при различных тяжелых врожденных заболеваниях плода.

Выводы. Технология вагинопластики с использованием аутологичной вагинальной ткани перспективна среди пациентов, нуждающихся в реконструкции влагалища, обеспечивает долгосрочную удовлетворительную сексуальную жизнь, помогает добиться улучшения качества жизни, которое сохраняется продолжительный период времени. Трансплантация матки в настоящее время показала свой потенциал в качестве высоко-



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

эффективного лечения маточного фактора бесплодия, возникающего из-за отсутствия матки или наличия нефункциональной матки. Применение стволовых клеток, полученных из менструальной крови, может быть эффективно при тяжелом синдроме Ашермана.

Лазеротерапия в лечении склероатрофического лишена

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН^{1,2}, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,3},
И.А. Меленчук³, Ю.А. Кириллова³, Л.Г. Пивазян², А.А. Закарян⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

³ Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Склероатрофический лишай (САЛ) представляет собой хронический воспалительный дерматоз, поражающий кожу половых органов. Он выявляется у пациентов любого возраста и расы, хотя самая высокая распространенность наблюдается у 1,6% женщин в возрасте 40–60 лет и девочек предпубертатного возраста. В первой линии терапии гайдлайны рекомендуют использование сверхмощных топических глюкокортикостероидов (ГКС). Однако разрабатываются новые варианты лечения САЛ, которые учитывают доказанную эффективность местных ГКС и такие факторы, как риск развития рака и необходимость долгосрочного наблюдения. Целью данного литературного обзора является оценка эффективности лазерной терапии.

Проведен анализ международных и отечественных публикаций с 2006 по 2022 г. Использовались базы данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия. В данный литературный обзор вошли систематические обзоры и метаанализы, рандомизированные контролируемые исследования, клинические испытания и серии случаев, опубликованные с 2006 по 2022 г. В настоящее время недостаточно доказательств в поддержку использования лазерной терапии при генитальном склероатрофическом лишае у мужчин, женщин и детей, хотя лазерная терапия представляется многообещающей. Некоторые исследования, включенные в наш литературный обзор, показали ее эффективность. Данные о долгосрочности и безопасности, включая неблагоприятные побочные эффекты, отсутствуют. Влияние лазерной терапии должно строго оцениваться в хорошо спланированных рандомизированных контролируемых исследованиях, которые имеют соответствующий временной промежуток. Пока применение данного метода лечения в клинической практике неприемлемо, поскольку, как и в случае внедрения других инноваций, безопасность должна быть доказана.

Фиброзно-кистозная мастопатия у девочек-подростков в практике врача акушера-гинеколога: этиология, клиника и диагностика

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
С.А. Короткова³, А.С. Аннакулиева³, Г.Т. Осипова³, Е.И. Полякова³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Морозовская детская городская клиническая больница

Фиброзно-кистозная мастопатия – собирательный термин, который описывает изменения в молочной железе, характеризующиеся нарушением соотношения эпителиальной и соединительной ткани.

По некоторым данным, до 90% женщин репродуктивного возраста страдают патологией молочных желез, причем у 10% выявляются злокачественные процессы. Чаще проблема возникает в подростковом возрасте и начинается с доброкачественных гормонально зависимых заболеваний. Некоторые исследования показывают, что каждая десятая школьница имеет проблемы с молочной железой на этапе ее формирования. Распространенность фиброзно-кистозной мастопатии среди девочек-подростков достигает 4–8%.

Основной причиной развития мастопатии является гормональный дисбаланс, выражающийся в избыточном содержании в организме эстрогенов, пролактина, недостаточной выработке тиреоидных гормонов и некоторых других нарушениях гормонального фона: более раннее начало менструаций, нарушение менструального цикла. Таким образом, удлиняется период воздействия эстрогенов на женский организм.

Диагноз фиброзно-кистозной мастопатии у подростков и молодых женщин устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза и физикального обследования, ультразвукового исследования (УЗИ) молочных желез, анализа крови на половые гормоны и гормоны щитовидной железы.

Патогенетическое лечение мастопатии молочных желез направлено на нормализацию гормонального профиля. Для этого применяются гестагены (оральным или транскутанным способом). Дополнительно назначаются витаминотерапия и фитопрепараты.

Таким образом, распространенность фиброзно-кистозной мастопатии у подростков обуславливает актуальность данной проблемы, а также необходимость разработки алгоритмов профилактики, диагностики и лечения заболевания.

Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода в экстренной гинекологической службе

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.^{1,3}, В.В. Бдоян³, Л.Г. Папян³, Е.Д. Бурханская³,
Е.А. Волкова³, Ю.А. Кириллова²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Долгопрудненская центральная городская больница

Актуальность. Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода (АМКПП) можно назвать основной причиной обращения к гинекологу. В связи с акселерацией, омоложением многих заболеваний, в том числе доброкачественных и злокачественных, важностью сохранения репродуктивной функции (в будущем возможность забеременеть и сохранить беременность) частые проявления кровотечений могут стать причиной развития в будущем рака эндометрия. Очень важно своевременно выявлять разные нарушения менструальной функции, особенно аномальное маточное кровотечение, и оказать необходимую помощь.

Цель исследования – оценить эффективность каждого метода лечения АМКПП при экстренных обращениях, обеспечивающих рациональный подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

Материал и методы. Обследованы 130 девочек с АМКПП, госпитализированных в стационар по экстренным показаниям в 2021 г. Возраст обследуемых пациенток – 9–17 лет (средний возраст – $12,8 \pm 1,4$ года). Длительность кровотечения – от девяти до 60 дней (в среднем 30 дней).

Результаты. Пациентки были разделены на две группы. В первой назначали симптоматическую терапию (транексамовая кислота), во второй – гормональную (низкодозные эстроген-гестагены). В первой группе у 30% девочек отмечалось улучшение уже на третьи сутки приема транексамовой кислоты, у 10% – на пятые сутки. Длительность данного метода лечения составляет 5–7 дней. Во второй группе



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

у 48% девочек улучшение отмечалось уже на первые-вторые сутки, у 10% – на 3–5-е сутки, у 2% – на седьмые.

Заключение. Полученные данные послужили основанием для выбора подходящей терапии в экстренной гинекологической службе при АМКПП.

Репродуктивное здоровье девушек и девочек Московской области. Данные Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2,3},
С.И. Лазарева³, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.^{1,2}, И.В. Сысоева²,
Е.Д. Бурханская², Г.Н. Аббасова⁴, Л.Г. Папян², В.В. Бдоян², Е.А. Волкова²,
Г.А. Алиева²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Центр охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области, Долгопрудный, Россия

³ Министерство здравоохранения Московской области

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

На текущий момент охрана репродуктивного здоровья подрастающего поколения является приоритетным направлением в России в силу устойчивого роста различных гинекологических заболеваний, протекающих в том числе бессимптомно. Это оказывает существенное влияние на репродуктивный потенциал юного населения.

Проведен анализ распространенности гинекологической заболеваемости девочек и девушек Московской области. Выявлено, что среди всех заболеваний репродуктивной системы в Московской области (n = 1040) преобладают нарушения менструального цикла – 46% (n = 479), а также воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов – 29% (n = 298). По данным Центра охраны репродуктивного здоровья подростков Московской области, распространенность гинекологических патологий при госпитализации в стационар за 2021 г. составила (n = 517): аномальные маточные кровотечения – 40% (n = 207), апоплексия яичника – 26% (n = 134), острые сальпингиты – 16% (n = 83), вульвовагиниты – 8% (n = 42), синехии половых органов – 7% (n = 36), травмы наружных половых органов – 2% (n = 10), внематочная беременность – 1% (n = 5). Распространенность гинекологической заболеваемости подростков в амбулаторном звене составила (n = 523): вульвиты – 33% (n = 173), дисменорея – 31% (n = 162), нарушения менструального цикла – 21% (n = 110), образования яичников – 9% (n = 47), заболевания молочных желез – 6% (n = 31).

Основной причиной воспалительных заболеваний является высокий инфекционный индекс среди подростков, ведущих половую жизнь. У девочек, не живущих половой жизнью, отсутствует трансвагинальный путь передачи, в связи с чем воспаление носит вторичный характер. Нарушения менструального цикла в основном обусловлены тем, что у девочек пубертатного периода наблюдается несостоятельность высшей нервной деятельности, а рецепторы репродуктивных органов находятся на стадии развития.

Следует отметить, что патология развития и функционирования репродуктивной системы у подростков существенно влияет на социальное, физическое и эмоциональное состояние в дальнейшем. Улучшение специализированной гинекологической помощи считается основным способом снижения численности заболеваний и сохранения репродуктивного здоровья юного населения. Своевременное выявление различной патологии с последующим оказанием качественной медицинской помощи, а также предупреждение заболеваний посредством просветительской деятельности среди подростков и их родителей способствуют сохранению репродуктивного потенциала подрастающего поколения.

Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников у подростков (литературный обзор)

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.^{1,3}, Е.А. Волкова³, В.В. Бдоян³, Л.Г. Папян³,
Е.Д. Бурханская³, Ю.А. Кириллова²

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Долгопрудненская центральная городская больница

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является эндокринным заболеванием женщин репродуктивного возраста, в высокой степени ассоциированным с метаболическими, психологическими нарушениями, бесплодием и гиперпластическими процессами эндометрия. СПКЯ часто манифестирует в подростковом возрасте, поэтому вопрос ранней диагностики заболевания и его предикторов у пациенток этого возраста крайне актуален.

Целями данного литературного обзора являются своевременное выявление, лечение и профилактика заболевания и определение оптимальной тактики ведения пациенток в рассматриваемой группе, а также оценка приемлемости применения классических критериев СПКЯ среди подростков. Проанализированы возможные трудности в диагностике заболевания.

Материал и методы. Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за последние пять лет – 2017–2022 гг. Использовались базы данных Cochrane Library, PubMed, Embase и Google Академия.

Результаты. На основании систематических обзоров оценивались общепринятые критерии СПКЯ в отношении подростков.

Выводы. Диагностика СПКЯ в детском и взрослом возрасте во многом отличается. В то же время пока нет валидизированных диагностических критериев заболевания у подростков, а имеющиеся параметры позволяют лишь заподозрить формирование СПКЯ и сформировать критерии пациенток, «подверженных риску развития СПКЯ». Отдельные признаки СПКЯ могут наблюдаться при нормальном периоде полового созревания и оказаться транзиторными явлениями. При диагностике заболевания необходимо учитывать все критерии и исключить другие эндокринные заболевания. Медикаментозные варианты лечения для подростков должны основываться на клинических рекомендациях по лечению данного заболевания с учетом безопасности применения в этом возрасте.

Клинический случай двусторонних эндометриоидных кист гигантских размеров у девочки-подростка

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
И.В. Караченцова, к.м.н.^{2,3}, И.А. Меленчук², Ю.А. Кириллова², В.М. Голубкова³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Эндометриоз традиционно считается заболеванием женщин репродуктивного возраста и редко диагностируется у подростков, даже при наличии характерных для данного заболевания жалоб. Однако в некоторых исследованиях сообщается, что первые симптомы у взрослых женщин с эндометриозом появились уже в 15–16 лет. Из-за низкой настороженности специалистов педиатрического звена в отношении эндометриоза постановка верного диагноза может быть отсрочена на 8–10 лет. Особое внимание вызывает психоэмоциональный фон данной группы пациенток: им чаще свойственны беспокойство, тревожно-депрессивные состояния, намеренное причинение себе вреда, связанные в первую очередь с хронической тазовой болью.



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

Эндометриомы яичников встречаются у 17–44% взрослых пациенток, однако у подростков чаще встречаются малые формы наружного генитального эндометриоза и гораздо реже, чем у взрослых, аденомиоз или эндометриоидные кисты яичников. Представлен клинический случай пациентки 17 лет с двусторонними эндометриоидными кистами гигантских размеров. Впервые у пациентки появились жалобы на периодические тазовые боли за восемь месяцев до первичной диагностики. Амбулаторно были выявлены двусторонние образования яичников, после госпитализации по месту жительства и подтверждения яичниковых образований по результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) пациентка была направлена на дальнейшее обследование и лечение в учреждение федерального уровня с предварительным диагнозом «двусторонние образования яичников (эндометриоидные кисты?), хронический болевой синдром».

При поступлении выполнено УЗИ органов малого таза: тело матки – 47 × 35 × 46 мм, структура эндометрия однородная. М-эхо – 7 мм. Шейка матки – 32 × 20 мм, однородной структуры, цервикальный канал не расширен. Правый яичник представлен аваскулярным образованием размером 114 × 73 × 94 мм, содержимое образования жидкостное, с мелкодисперсной взвесью, толщина капсулы – 3 мм. Размер левого яичника 53 × 44 × 53 мм, в его структуре визуализируется аналогичное жидкостное образование со взвесью – 40 × 36 мм. Свободной жидкости в малом тазу нет. Заключение: двусторонние образования яичников. Эндометриоидные кисты (?). При стандартном лабораторном обследовании (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи) обнаружены лейкопения ($3,97 \times 10^9/\text{л}$), нейтропения в абсолютных ($1,71 \times 10^9/\text{л}$) и относительных (42,9%) значениях, относительный лимфоцитоз (45,6%). Произведено исследование на опухоль-ассоциированные антигены: выявленные неизмененные показатели альфа-фетопротеина, бета-хорионического гонадотропина, уровня онкомаркера НЕ-4, увеличение в сыворотке крови уровня СА-125 на 40% (49,2 ЕД/мл при референсных значениях < 35 ЕД/л). После предварительного обследования пациентке были проведены лапароскопия, цистэктомия с обеих сторон. Интраоперационно обнаружено увеличение правого и левого яичников до 12 и 6 см соответственно. Послеоперационный период протекал без особенностей, после гистологического подтверждения эндометриоза пациентке назначили гормонотерапию в виде приема комбинированных оральных контрацептивов.

Анализируя данное клиническое наблюдение, можно сделать вывод о целесообразности большей настороженности в отношении эндометриоза у подростков. При проведении профилактических осмотров у гинеколога и педиатра следует тщательно собирать анамнез, акцентируя внимание на наличии таких жалоб, как хронические тазовые боли, диспареуния и дисменорея, рецидивирующие маточные кровотечения, мажущие кровяные выделения до менструального кровотечения и после его завершения.

Достижения и перспективы развития акушерско-гинекологической службы в Узбекистане

Н.И. Закирова, Ф.И. Закирова, Н.Э. Абдуллаева

Самаркандский государственный медицинский университет

В настоящее время численность населения Узбекистана составляет 35 603 400 человек, почти 20 млн – дети и женщины репродуктивного возраста, подростки до 18 лет составляют 33,3%.

Согласно государственной программе «Скрининг матери и ребенка» в каждом регионе Узбекистана созданы мобильные скрининговые бригады для комплексного обследования и диспансеризации девочек-подростков, осуществляются мероприятия по подготовке к здоровому материнству, профилактике наследственных и врожденных заболеваний. Ежегодный охват пренатальным скринингом свыше 50% беременных и практически 100% женщин, входящих в группу риска, позволяет предотвратить рождение более двух-трех тысяч детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

В республике более 3000 учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), из них в 793 ССП, 819 СВП и женских консультациях оказываются антенатальная помощь беременным и репродуктивные услуги населению.

Вопросами репродуктивного здоровья женщин занимаются Центр репродуктивного здоровья, Центр вспомогательных репродуктивных технологий, где оказывается высококвалифицированная специализированная помощь населению, проводится лечение бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий на основании принятых клинических протоколов и стандартов.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии с четырьмя филиалами в регионах, Республиканский перинатальный центр с 13 филиалами, 46 акушерских комплексов, которые преобразованы в межрайонные перинатальные центры, 168 акушерских отделений в составе клиник медицинских вузов занимаются системой охраны семьи, материнства и детства, способствуют созданию благоприятных условий для рождения и воспитания здорового поколения. На сегодняшний день Центр репродуктивного здоровья, Скрининг-центр и Центр акушерства и гинекологии объединены. Новый центр специализируется на таких важных задачах, как решение медико-биологических проблем репродуктивного здоровья на основе инновационных технологий, проведение генетических исследований по профилактике врожденных пороков развития, обеспечение безопасного материнства.

В настоящее время в перинатальной медицине зарождается новое перспективное направление – внутриутробная терапия плода. В 15 родильных домах Ташкента приступили к проверке слуха новорожденных. Эта практика будет внедряться во всех родильных домах.

Впервые в истории отечественной медицины в детских лечебных учреждениях наших регионов внедрены новые направления, такие как неонатальная хирургия, кардиохирургия, инвазивная хирургия, детская гинекология, проводятся комплексные лечебные процедуры.

Дети полностью привиты от 12 видов контролируемых инфекций. Осуществляется вакцинация против вируса папилломы человека девочкам с девяти лет для профилактики рака шейки матки, ежегодно проводится обследование женщин старше 35 лет, что увеличило шансы раннего выявления рака шейки матки у женщин в десять раз. Системные изменения в сфере здравоохранения Узбекистана позволили значительно повысить качество медицинских услуг населению. В результате выполнения государственных программ за 25–30 лет уровень материнской смертности сократился более чем в 3,7 раза, детской смертности – в три раза по сравнению с показателями 1991 г. Уровень абортот в Узбекистане снизился в пять раз (за последние годы – с 39,9 до 6,5 промилле). Средняя продолжительность жизни женщин за этот период увеличилась с 67 до 75 лет. Такие меры следует рассматривать как важный фактор укрепления женского здоровья в нашей стране.

Перспективами укрепления репродуктивного здоровья населения являются: улучшение генофонда нации, повышение медицинской культуры и улучшение качества жизни женщин путем повышения квалификации специалистов, внедрения в практику передовых стандартов диагностики и лечения, отвечающих международным требованиям, укрепления материально-технической базы сельского здравоохранения и создания рынка медицинских учреждений, усиления работы по скринингу рака шейки с целью создания национальной системы профилактики и лечения этого заболевания, усиления разъяснительной работы среди населения по вопросам рождения, развития и воспитания здорового ребенка, формирования навыков здорового образа жизни среди молодежи.

Таким образом, благодаря принимаемым последовательным мерам усовершенствована система здравоохранения, обеспечено повышение эффективности, качества и доступности медицинского обслуживания населения, достигнуты основные параметры Целей развития тысячелетия ООН.

Медицина и здравоохранение в стране на современном этапе развиваются в общем русле динамичных преобразований, направленных на неуклонное повышение уровня и качества жизни граждан Узбекистана.

Дисгенезия гонад: девочка с кариотипом 46, ХУ

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,3}, Т.Н. Ивановская, к.м.н.², И.В. Караченцова, к.м.н.^{1,2}, Р.П. Бильченко¹, Ю.А. Кириллова¹, П.И. Пахомова²

¹ Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

³ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Полная дисгенезия гонад 46, ХУ представляет собой нарушение полового развития с генотипическим изменением пола, при котором наружные половые органы, как правило, сформированы по женскому типу.

Результаты. В хирургическое гинекологическое отделение Российской детской клинической больницы (РДКБ) планово поступила пациентка с жалобами на отсутствие менструаций к 16 годам. Известно, что девочка наблюдается по месту жительства. Установлен диагноз: задержка полового развития (ЗПР) первой степени, первичная аменорея, гипоплазия матки. При осмотре: астенический морфотип, скудное дистальное и андрогензависимое оволосение, в паховой области справа пальпируется гонада, вторичные половые



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

признаки соответствуют возрасту. Стигм дисэмбриогенеза нет. По данным УЗИ, матку и яичники четко визуализировать не удалось. Матка в виде рудиментарного тяжа 30×7 мм. Гонады в малом тазу не визуализируются. Свободная жидкость и дополнительные образования в малом тазу не выявлены. Справа в проекции средней трети пахового канала при натуживании определяется гонада 30×10 мм гантелевидной формы, по структуре напоминающая яичко. Слева в паховом канале гонада не визуализируется. Гинекологический статус: менструации нет, Ах 3, Ма 3, Рв 3, Ме abs. Наружные половые органы развиты правильно. Клитор не увеличен. Гимен бахромчатый, эстрогенизирован. По данным вульвовагиноскопии: слизистая влагалища складчатая, розовая. Убедительных данных о наличии шейки матки не получено. Результаты ректоабдоминального исследования: матка в срединном положении, меньше возрастной нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, их область безболезненна. Лабораторное исследование: лютеинизирующий гормон – 18,03 МЕ/л, фолликулостимулирующий гормон – 11,15 МЕ/л, тестостерон – 22,79 нмоль/л, дегидроэпиандростерон сульфат (ДЭА-SO₄) – 22,81 мкмоль/л, альфа-фетопротеин – 2 МЕ/мл. Данные лапароскопии: в брюшной полости выпота нет. Тело матки не визуализируется. Левая маточная труба не визуализируется. Левая гонада – $3,0 \times 1,0$ см, дисгенетична, серой окраски, овальной формы, поверхность гладкая, с окружающими тканями не спаяна. Правая маточная труба не визуализируется. Правая гонада – $3,0 \times 2,0$ см, дисгенетична, серой окраски, овальной формы, поверхность гладкая, с окружающими тканями не спаяна. Произведена гонадэктомия. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у врача-гинеколога по месту жительства с решением вопроса о заместительной гормональной терапии.

Заключение. Нарушения полового развития встречаются с частотой один случай на 4500 живорожденных детей. Значение имеет осмотр каждой девочки детским гинекологом для своевременной диагностики и лечения патологии.

Синдром Тернера (клиническое наблюдение)

Е.Е. Петрайкина, д.м.н., проф.^{1,2}, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{2,3},
И.В. Караченцова, к.м.н.¹, Ю.А. Кириллова², С.К. Имшенецкая¹, Д.Ю. Грипас¹

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Синдром Тернера (СТ) обусловлен полной или частичной X-моносомией. Возможны различные мозаичные варианты, при которых хромосомный набор частично сохранен. Встречается с частотой 1:2000–1:2500 новорожденных девочек. Клинически характеризуется задержкой роста, гипергонадотропным гипогонадизмом и такими аномалиями, как крыловидные складки шеи, птоз, эпикант, высокое готическое небо, микрогнатия, ротированные ушные раковины.

Клинический случай. Пациентка Н. 11 лет направлена в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ в связи с жалобами на низкий рост и задержку полового развития. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне токсикоза – пять и десять недель. На 21-й неделе развилась фетоплацентарная недостаточность, на 31-й неделе – угроза преждевременных родов. Роды – на 39-й неделе беременности без осложнений, масса при рождении – 3550 г, рост – 52 см, оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Из семейного анамнеза: у матери подтвержденный синдром Тернера, моносомия по X-хромосоме, мозаичный вариант, кариотип 45 X0 (3 46 XX (10)). Менструации у матери с 15 лет, регулярные, две беременности: первый ребенок – девочка, 14 лет, здорова, второй – 11 лет, синдром Тернера. Анамнез заболевания: впервые задержка в физическом развитии выявлена в детском дошкольном учреждении по месту жительства в апреле 2016 г. Ребенок получал левокарнитин, калия йодид – без эффекта. Пациентка Н. с десяти лет наблюдается в РДКБ по поводу синдрома Тернера. Состояние при поступлении удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение тернероидное. Физическое развитие ниже среднего, дисгармоничное за счет роста: рост – 135 см, масса тела – 44 кг, индекс массы тела – 24,1 кг/м². Пациентка Н. имеет врожденные стигмы: диспластические ушные раковины, низкий рост, гипертелоризм, высокое небо, эпикантус, короткая шея, поперечная ладонная складка. Цитогенетическое исследование выявило мозаичный вариант кариотипа, состоящий из клона клеток с моносомией X и трисомией X (mos 45, X(21)/47,XXX(3). SRY-ген отрицательный. УЗИ малого таза показало

несоответствие размеров матки и яичников возрастной норме. Лабораторно – увеличение уровня фолликулостимулирующего гормона – 11,1 МЕ/л (0,3–7,8 МЕ/л) и уменьшение уровня соматотропного гормона – 0,14 нг/мл (1–10 нг/мл). Заместительная гормонотерапия не проводилась. Госпитализация для наблюдения и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациентки планируется через год.

Заключение. Данный клинический случай подтверждает необходимость тщательного сбора анамнеза, выяснения низкорослости и высокорослости в семье, соотнесение массо-ростовых показателей ребенка и родителей при плановых педиатрических осмотрах и осмотрах других специалистов. Своевременная диагностика заболевания и вовремя начатая заместительная гормональная терапия позволяют улучшить качество жизни пациенток, нормализовать социальную адаптацию, а также подготовить их к реализации репродуктивной функции с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.

Патология молочных желез у девочек и девушек. Диагностика и лечение

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
Э.Х. Мовсесян³, С.А. Короткова⁴, Г.М. Тургунова⁴, Е.И. Полякова⁴,
Г.Т. Осипова⁴, А.З. Мокоян⁴, Е.Г. Моксякова⁴, А.С. Аннакулиева⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ ООО «Поликлиника.ру»

⁴ Морозовская детская городская клиническая больница

Молочная железа является неотъемлемой частью репродуктивной системы, поэтому изучению заболеваний молочной железы у девочек уделяется все больше внимания. В последние годы отмечается отрицательная динамика показателей здоровья девочек, в связи с чем особое значение приобретают своевременная диагностика и выбор рациональных методов терапии.

На первом месте по частоте встречаемости среди патологий молочной железы стоит мастит. На базе гинекологического отделения Морозовской ДГКБ проводилось исследование с целью оптимизации лечения мастита у девочек путем разработки научно обоснованного этиопатогенетического алгоритма диагностики и терапии. В соответствии с поставленными задачами, нами обследованы 100 девочек-подростков, госпитализированных по экстренным показаниям. В отделении Морозовской ДГКБ пациенток с диагнозом гнойного (абсцедирующего) мастита в процентном соотношении было почти в 5,5 раза больше, чем с диагнозом серозного мастита. Чаще мастит наблюдается у девочек 12–14 лет – в возрасте становления менструальной функции, когда происходит формирование правильных взаимоотношений между гонадотропными гормонами и половыми стероидами. Изучив клинические проявления, мы установили, что клиническая картина гнойного мастита более агрессивна – наличие резко болезненного инфильтрата, гиперемия и гипертермия кожи молочной железы, выраженный лейкоцитоз, увеличение и болезненность подмышечных лимфатических узлов. На УЗИ-снимках визуализировалось анэхогенное образование неправильной формы. Выявлены выраженная дилатация протоков и нарушение их дифференцировки. При гнойном мастите на фоне инфильтрата обнаруживается один или несколько абсцессов. Нами проводились исследования гормонального профиля – определяемые гормональные показатели у девочек с серозным маститом значительно ближе к нормальным пубертатным значениям, чем у девочек с гнойным поражением молочных желез. В отделении гинекологии Морозовской ДГКБ при лечении гнойных маститов используются своевременная лечебная пункция толстой иглой под контролем УЗ-навигации, опорожнение абсцесса, промывание его полости антисептиками, введение антибиотика в полость, наложение стерильной поддерживающей, лечебной повязки на область молочных желез.

Таким образом, мы смогли усовершенствовать алгоритм диагностики и лечения мастита у девочек и девушек. Благодаря правильной последовательности обследований, своевременной диагностике и лечению удалось снизить количество рецидивов, время пребывания пациенток в стационаре, добиться отсутствия косметического дефекта, а также сохранить функцию и анатомию молочной железы.



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

На втором месте по частоте встречаемости патологий молочных желез стоит фиброаденома молочной железы – доброкачественное новообразование неправильной формы, безболезненное, подвижное, с гладкими четкими контурами.

Нами описан случай ошибочного ведения девочки 13 лет с данным диагнозом.

Из анамнеза известно, что около четырех месяцев назад девочка самостоятельно обнаружила образование в области левой молочной железы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. УЗИ молочных желез: эхо-признаки образования молочной железы. Рекомендована консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Пациентка поступила в больницу N. По результатам УЗИ и осмотра выставлен клинический диагноз: острый гнойный нелактационный мастит слева. Выполнено оперативное лечение – вскрытие и дренирование образования молочной железы. Гистологическое заключение: бесструктурные массы, эритроциты. Назначены антибактериальная терапия, местное лечение.

Из-за несоответствия клинической картины и данных объективного осмотра на вторые сутки в экстренном порядке переведена в Морозовскую ДГКБ с диагнозом острого гнойного нелактационного мастита слева.

Осмотрена гинекологом. Местный статус: в верхнем наружном квадранте левой молочной железы пальпируется объемное образование размером до 7 см. УЗИ левой молочной железы: непосредственно под ареолой визуализируется значительных размеров гипозоногенное, неоднородное, аваскулярное образование общим размером 64 × 47 мм. Кровоток достоверно определяется на периферии. Окружающие ткани повышенной эхогенности.

На основании указанных данных пациентке выставлен предварительный диагноз: доброкачественное образование левой молочной железы.

В гинекологическом отделении Морозовской ДГКБ проведена пункция образования молочной железы слева. Пунктат отправлен на цитологическое исследование. Заключение: гистологически материал соответствует фиброаденоме. Рекомендовано плановое оперативное лечение.

Интраоперационно выявлено образование размером 6 × 7 см плотной консистенции с капсулой, локализующееся в верхнем латеральном сегменте молочной железы слева, – фиброаденома. Выделена и удалена.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на пятые сутки. Гистологическое заключение: фиброаденома молочной железы.

Таким образом, тактика ведения пациентки с объемным образованием молочной железы была ошибочна, вскрытия и дренирования образования молочной железы не требовалось, поскольку отсутствовали клинические данные о наличии воспалительного процесса в молочной железе. В этой клинической ситуации необходимо было провести цитологическое исследование образования молочной железы слева и, исходя из результатов пункционного исследования, выполнить оперативное лечение – удалить доброкачественное образование левой молочной железы.

Тайная жизнь эндометриоза

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
М.Х. Мовсесян³, Э.Х. Мовсесян⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Офтальмологическая клиника «СФЕРА», Москва

⁴ ООО «Поликлиника.ру»

Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриоз формируется и развивается на фоне нарушенных иммунных, молекулярно-генетических и гормональных взаимоотношений в женском организме.

Существуют две формы этой патологии: эндометриоз генитальный и экстрагенитальный, при котором «блуждающий» эндометрий обнаруживается в брюшной полости, легких, на послеоперационных рубцах или в конъюнктиве глаза. Экстрагенитальным эндометриозом чаще страдают молодые нерожавшие женщины с нарушениями менструального цикла, болевым синдромом во время месячных.

Цель – проанализировать данные литературы, посвященной проблеме экстрагенитального эндометриоза глаза, клиническому течению этой патологии, и рассмотреть клинические случаи.

Это редкая патология (6–8%), но крайне неблагоприятная с точки зрения выявления болезни и сохранения здоровья человека.

Очаги эндометриоза могут попасть в любую часть тела женского организма.

Одной из самых редких локализаций эндометриозидных гетеротопий является глаз, чаще конъюнктивы. Интересно, что клетки эндометрия, находясь далеко от матки, подвергаются тем же гормональным изменениям, что и слизистая матки: во время каждой менструации эндометриозидные очаги начинают кровоточить.

В случаях, когда эндометриоз поражает конъюнктиву глаз, вместе с классическими симптомами возникают так называемые кровавые слезы (гемолакррия).

Данных и описанных клинических случаев, касающихся взаимосвязи эндометриоза и глаз, не так много.

В XVI в. впервые подобный случай описал итальянский врач Антонио Брассавола: молодая монахиня плакала кровавыми слезами в те дни, когда у нее были менструации. Позже, в 1581 г., фламандский врач писал о 16-летней пациентке, у которой менструальные выделения выходили через глаза, как кровавые слезы, а не через влагалище. Было установлено, что офтальмологическая гемолакррия выявлялась в основном у женщин детородного возраста. Ученые пришли к выводу, что причиной данного явления у женщин репродуктивного возраста являются гормоны. В то же время обычную гемолакррию провоцируют другие факторы – бактериальный конъюнктивит, экологический ущерб или травмы.

Еще один случай описан учеными в 2008 г. в одной из турецких клиник. К ним обратилась девушка с жалобами на кровотечение из левого слезного протока. Ученые предположили наличие эндометриоза, так как со стороны глаз патологии не было выявлено. Девушку направили к гинекологам для подбора гормональной терапии.

На 15-м съезде Европейского неврологического сообщества был представлен клинический случай. К неврологам была направлена женщина 31 года с хронически расширенным зрачком. Обширный комплекс проведенных обследований, в том числе компьютерная томография брюшной полости, позволил диагностировать у пациентки эндометриоз яичников. В лабораторных анализах крови был определен повышенный уровень маркера СА-125. Пациентке провели лапароскопическую операцию с дальнейшим переходом на гормональную терапию. По завершении курса лечения отмечалось уменьшение симптомов эндометриоза, а также исчезновение расширенного зрачка. Таким образом, была установлена связь между хронически расширенным зрачком и эндометриозом. По мнению ряда ученых, аутоиммунные нарушения влияют на диаметр зрачка.

В 2014 г. итальянские исследователи отметили зависимость между голубым цветом радужки и глубоко проникающим эндометриозом, эндометриозом яичников и предрасположенностью к эндометриозу.

Результаты исследования показали, что у женщин с голубым цветом радужки чаще встречались глубоко проникающий эндометриоз (30%), эндометриоз яичников (16%). Без истории эндометриоза насчитывалось 15% женщин. Таким образом, данная патология может встретиться в практике не только акушера-гинеколога, но и специалистов других направлений. Врачи любой специальности должны иметь представление о данной патологии, ее проявлениях и клинической картине, чтобы правильно проводить дифференциальную диагностику и своевременно направлять больных к врачу-гинекологу.

Объемные образования придатков матки в практике детского гинеколога

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
С.А. Короткова³, Г.Т. Осипова³, Г.М. Тургунова³, Е.И. Полякова³, А.З. Мокоян^{1,3}

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Морозовская детская городская клиническая больница

Объемные образования придатков матки у пациентов детского возраста являются актуальной темой в современной гинекологии и детской хирургии. В детской возрастной группе данная патология в подавляющем большинстве представлена доброкачественными опухолевидными процессами. Существуют особенности клинической картины: отсутствие патогномичных симптомов, основным симптомом является абдоми-



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

нальная боль различной степени интенсивности. Среди диагностических методов особой ценностью для дифференциальной диагностики обладают УЗИ и определение панели опухолевых маркеров в сыворотке крови. Среди стратегий ведения пациентов выделяют выжидательную тактику с обязательным динамическим наблюдением и хирургическую тактику. Вопрос об объеме оперативного лечения должен решаться исходя из оценки риска злокачественности процесса. Необходимо помнить, что необоснованно радикальное хирургическое лечение может иметь необратимые последствия, такие как бесплодие и преждевременная или ранняя менопауза.

Опухоли и опухолевидные образования придатков матки в структуре детской гинекологической патологии встречаются с частотой от 1 до 4,6%.

Наиболее часто образования придатков матки имеют место в пубертатном возрасте, что обусловлено усилением гонадотропной стимуляции в этот период, однако могут быть диагностированы во всех возрастных периодах жизни ребенка – начиная с периода антенатального развития и заканчивая постпубертатным периодом.

В структуре объемной патологии придатков матки преобладают доброкачественные образования. Частота встречаемости злокачественных образований придатков матки в детской возрастной группе не превышает 3,3%. Опухолевидные образования придатков матки могут иметь овариальное происхождение (функциональные кисты яичников) и параовариальное (образование может исходить из широкой связки матки, маточной трубы). Подавляющее большинство опухолевидных образований придатков матки у детей составляют функциональные кисты яичников – фолликулярные кисты, сформировавшиеся из неразорвавшегося доминантного фолликула, и лютеиновые кисты, или кисты желтого тела, образовавшиеся в результате нередуцировавшегося желтого тела яичника.

Параовариально могут быть диагностированы объемные образования, исходящие из связочного аппарата матки, маточных труб, – параовариальные, паратубальные кисты, гидросальпинкс, пиосальпинкс, тубоовариальные абсцессы, внематочная беременность.

Истинные опухоли яичников – патология, редко встречающаяся в данной возрастной категории, – 2,6–3 случая на 100 тыс. девочек за год.

У педиатрических пациентов имеет место меньшее разнообразие гистологических форм по сравнению со взрослыми.

Наиболее часто встречаются герминогенные опухоли яичников. Далее по частоте встречаемости идут эпителиальные опухоли, гораздо реже диагностируются опухоли стромы полового тяжа и смешанные герминогенные опухоли.

Клиническое течение образований придатков матки у детей часто не имеет патогномоничных симптомов и может протекать бессимптомно.

Абдоминальный болевой синдром является ведущим симптомокомплексом объемной патологии придатков матки, может отмечаться увеличение объема живота и массы тела ребенка.

У пациентов допубертатного периода с гормон-продуцирующими образованиями яичников яркими клиническими проявлениями будут преждевременное половое созревание (нагрубание молочных желез в возрасте до семи лет, оволосение в гормон-зависимых областях, преждевременное менархе), а также вирилизация (клиторомегалия, гирсутизм, акне).

У пациентов постпубертатного периода могут иметь место нарушение регулярности менструального цикла, патологический характер выделений из влагалища, а также болезненность при гинекологическом осмотре. Диагностика объемных образований в полости малого таза у детей и подростков включает анализ клинико-анамнестических данных, гинекологический осмотр, бимануальное ректоабдоминальное или влагалищное исследование, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Одно из ведущих мест в диагностике объемных образований в полости малого таза занимает ультразвуковая диагностика, которая позволяет определить размер образования, его структуру и контуры, наличие перегородок, папиллярных структур или пристеночных компонентов, а также диагностировать асцит и лимфаденопатию. Цветовая доплерография позволяет судить о степени васкуляризации образования: наличие или отсутствие зон васкуляризации внутри образования (в перегородках, солидном компоненте опухоли) и особенности кровотока, что позволяет определить вероятность злокачественности образования.

Предполагается, что общепризнанные мировым медицинским сообществом системы стратификации риска новообразований яичников IOTA и O-RADS могут быть использованы в том числе у пациентов детской возрастной группы.

В лабораторной диагностике образований яичников выделяют ряд опухолевых маркеров – альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин человека, лактатдегидрогеназа, СА-125, ингибин В, раково-эмбриональный антиген и др. Для повышения диагностической ценности данного метода медицинским научным сообществом рекомендуется определение широкой панели опухолевых маркеров.

В лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек применяют две тактики. Выжидательная тактика заключается в динамическом наблюдении в течение 3–6 месяцев и применяется для простых неосложненных кист яичников. Если новообразование яичника не регрессирует или его течение осложнилось, прибегают к хирургической тактике, выбор которой влечет за собой решение вопроса об объеме операции – удалении образования (цистэктомии) или всего яичника (оофорэктомии), придатка матки (аднексэктомии). По данным научной литературы, от 15 до 49% оофорэктомий проводятся при доброкачественном характере опухолей яичников. При этом детские хирурги выбирают такой подход чаще, чем детские хирурги-гинекологи, – 32 и 11% соответственно.

Необходимо помнить, что оофорэктомия подразумевает необратимую утрату фолликулярного резерва и, как следствие, возможное бесплодие и преждевременную или раннюю менопаузу.

Ведение пациентов детского возраста с объемными образованиями придатков матки является актуальной проблемой современной гинекологии, поскольку в настоящее время имеет место недостаточная четкость алгоритмов диагностики и лечения таких пациентов, что ведет к необоснованно радикальным методам хирургического лечения. От используемых диагностических методов, правильной постановки диагноза и выбора оптимальной тактики ведения больных зависят их здоровье, качество жизни на текущий момент и репродуктивный потенциал в дальнейшем.

Аномальные маточные кровотечения в пубертатном периоде

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
И.В. Караченцова, к.м.н.^{2,3}, Ю.А. Кириллова^{1,2}, П.Ф. Курбанова³,
М.А. Лошкарева⁴, А.В. Никишина⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

В настоящее время проблема охраны репродуктивного здоровья детей и подростков приобретает все большую актуальность. Пубертатный период является критическим периодом в жизни женщины с точки зрения развития ее детородной функции, поэтому следует уделять особое внимание любым нарушениям формирования и функционирования репродуктивной системы. Частой проблемой гинекологического профиля среди девочек-подростков является возникновение аномальных маточных кровотечений (АМК).

АМК в пубертатном периоде – кровотечение из матки, чрезмерное по длительности (более восьми дней), объему кровопотери (более 80 мл) и/или частоте (менее 24 дней), которое оказывает неблагоприятное влияние на физическое, социальное и эмоциональное благополучие, способность к вербальному обучению и память у девочек-подростков в возрасте от менархе до 17 лет включительно.

Частота АМК составляет 25–30% от всех обратившихся за медицинской помощью девочек-подростков. У 33–69% заболевание имеет склонность к хроническому течению и рецидивам.

На сегодняшний день наиболее актуальной считается классификация Международной федерации гинекологии и акушерства (FIGO) PALM-COEIN, разделяющая причины возникновения АМК на органические (структурные) и неорганические. Органические причины категории PALM, к которым относятся полипы, аденомиоз, лейомиома и малигнизация/гиперплазия, в пубертатном возрасте встречаются редко. Основными причинами кровотечений у пациенток этой возрастной категории являются коагулопатия, овуляторная дисфункция, нарушение функции эндометрия, ятрогенная и пока не поддающиеся определению нарушения (категория COEIN). Диагноз АМК у подростков и молодых женщин устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза и физикального обследования.

Метод лечения выбирается с учетом интенсивности кровотечения, степени анемии, особенностей физического и полового развития, данных результатов лабораторного исследования, наследственности и предполагаемой причины кровотечения.

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

Таким образом, АМК у подростков могут быть проявлением большого количества патологий репродуктивной системы и гемодинамических нарушений. Это обязывает врача акушера-гинеколога, а также смежных специалистов проводить дифференциальную диагностику и устанавливать истинную причину маточных кровотечений пубертатного периода.

Особенности схемы тела в подростковом возрасте

В.Б. Никишина, Е.А. Петраш, Е.И. Куликова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Тело человека, помимо физической и физиологической реальности, можно рассматривать как ментальную реальность, характеризующую отношения и представления о собственном теле. Проекция изменений в представлениях и отношении к собственному телу у подростков проявляется в готовности к экспериментам с собственным телом, раннем опыте модификаций собственного тела, диссоциированности отношения к собственному телу. Образ собственного тела у подростков формируется по механизму подражания: образцы задает цифровая социальная среда. Согласно данным Digital Global Statshot Report in partnership with We Are Social and Hootsuite (2021), более 50% мирового населения являются активными пользователями социальных сетей (зарегистрированы в шести-семи различных социальных сетях, обмениваются сообщениями и реакциями, публикуют фотографии и заметки). Среди детей и подростков около 80% пользователей в СНГ являются постоянными пользователями социальных сетей, причем их первая активность в интернете начинается уже в возрасте восьми-девяти лет (по данным Unisafe Kids, 2019). При этом среднее время нахождения в цифровой среде составляет 6 часов 54 минуты в сутки. Самый позиционируемый тезис в социальных сетях (например, Tik-Tok) транслирует необходимость «улучшений себя».

Таким образом, высокая длительность пребывания подростков в цифровой социальной среде, задающей искаженные стереотипы трансформации собственного тела, приводит нас к необходимости изучения особенностей схемы тела подростков.

Схема тела представляет собой совокупность информации о структурно-динамической организации тела, регулирующей процессы поддержания и формирования позы и организации движений. На уровне морфофункциональной организации функционирование схемы тела обеспечивается ассоциативными зонами коры головного мозга. Теменно-височно-затылочная ассоциативная кора обеспечивает анализ пространственных координат тела (координации тела в пространстве). Оценка значимости поступающей информации, принятие решений, планирование и организация ответного действия обеспечиваются префронтальной ассоциативной областью коры больших полушарий. Лимбическая ассоциативная область обеспечивает эмоциональное возбуждение, ведущее к активации других областей мозга, мотивационную стимуляцию процесса познания (в том числе о себе). Ощущение право-левосторонних отношений в схеме тела обеспечивается на уровне островковой ассоциативной области, топически локализованной в коре угловой извилины. То есть образ тела и схема тела имеют сложную морфофункциональную природу.

Исследование особенностей схемы тела в подростковом возрасте осуществлялось по шести параметрам: параметры право-левой ориентировки в теле, ориентировки положения частей тела по отношению к телу, а также ориентировки положения частей тела по отношению к лицу изучались с использованием специализированных функциональных нейропсихологических проб. В качестве параметра объективизирующих показателей схемы тела выступали вес (кг), рост (см), диаметр указательного пальца правой руки (мм), длина стопы (см). Параметр адекватности/неадекватности представлений о собственном телосложении оценивался с использованием методики «Силуэт» и методики изучения диссоциации образа Я. Для оценки адекватности/неадекватности представлений о размерах частей собственного тела использовались процедуры изображения диаметра указательного пальца правой руки и длины собственной стопы.

В исследовании принимали участие 84 подростка в возрасте 10–15 лет. Формирование исследовательских групп осуществлялось по критерию возраста: 10–11 лет (n = 29), 12–13 лет (n = 27), 14–15 лет (n = 28). Исследование проводилось на базе общеобразовательных школ на условиях письменного добровольного информированного согласия родителей (законных представителей).

При исследовании индекса массы тела девочек младшего подросткового возраста выявлено, что нормостеничный статус составляет 65%, астеничный статус – 23%, гиперстеничный – 7%. У девочек среднего подросткового возраста эти показатели составили 52, 22 и 23% соответственно, у девочек старшего подросткового

возраста – 46, 50 и 4% соответственно. Очевидно, просматривается тенденция к сокращению доли нормостеничного статуса при увеличении доли крайних проявлений – астеничного и гиперстеничного.

При исследовании представлений о схеме собственного тела на нейропсихологическом уровне у девочек-подростков выявлено повышение точности и дифференцированности по мере взросления. Установлено несоответствие представлений о собственном телосложении с объективными весоростовыми показателями у девочек-подростков. Разновозрастные группы подростков по показателям индекса диссоциации также значительно отличаются у младших и старших подростков, что указывает на проявления диссоциации образа тела и в субъективном обозначении транслируется как «это тело не нравится, хочу другое».

Таким образом, при очевидной тенденции снижения доли нормостеничного телосложения по индексу массы тела у девочек-подростков по мере взросления выявлены выраженные акценты внимания к образу и схеме собственного тела, проявляющиеся в повышении точности и дифференцированности пространственно-ориентировочных характеристик схемы тела, что мы рассматриваем в границах нормативно-возрастных тенденций. В то же время объем искажений по схеме собственного тела, направленность на экспериментирование и улучшения при низком уровне прогнозирования последствий принимается нами как тенденция, усиливающая риск нарушения психического и физического здоровья актуального поколения подростков.

Аномалии женских половых органов у девочек-подростков

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2}, И.В. Караченцова, к.м.н.^{1,3}, Ю.А. Кириллова¹, Р.П. Бильченко¹, И.А. Меленчук¹, Е.В. Павлова³

¹ Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Аномалии развития женских половых органов (мюллеровы пороки развития) – это неоднородная группа пороков развития тела и шейки матки, влагалища и фаллопиевых труб, возникших в результате неправильного формирования, неполного слияния или остановки развития мезонефральных (мюллеровых) протоков. По статистике, данная группа составляет от 1–4 до 8,4% среди всех врожденных пороков развития, но в последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты выявления данных патологий. Наиболее частой причиной обращения в стационар являются варианты частичной и полной аплазии влагалища, приводящие к нарушению оттока менструальной крови при функционирующей матке. Принято считать, что раннее выявление пороков развития у девочек-подростков и оказание своевременной и квалифицированной медицинской помощи позволяют сохранить репродуктивное здоровье таких пациенток. Однако, как правило, аномалии репродуктивной системы обнаруживаются гинекологами лишь при дебюте дисменореи или острого живота, возникающих в связи со скоплением крови в полости матки (гематометра), шейки (гематоцервикс) и влагалища (гематокольпос)

Описан клинический случай 14-летней девочки, поступившей в экстренном порядке в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова с жалобами на боль в нижних отделах живота, гнойные выделения из половых путей и фебрилитет. По данным УЗИ органов малого таза выявлено: тело матки – 57 × 42 × 57 мм, полость матки расширена неоднородным гиперэхогенным содержимым до 6 мм, в полости малого таза визуализируется образование овоидной формы 98 × 60 мм с содержимым неоднородной эхогенности с множественными гиперэхогенными включениями, вероятно всего – пиокольпос, пиометра. В экстренном порядке проведено оперативное лечение в объеме лапароскопии, разделения спаек, дренирования брюшной полости, вагинопластики, удаления инородного тела влагалища. В ходе операции при входе в брюшную полость выявлены выраженный спаечный процесс, плоскостные спайки между маткой и большим сальником. Матка увеличена в размерах до десяти недель беременности за счет сформиро-



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

вавшейся пиометры. В полости малого таза визуализируется около 200 мл сливкообразного гнойного содержимого. При проведении вагинопластики в средней трети влагалища по передней стенке определяется небольшое выбухание продолговатой формы (пиокольпос), посередине выбухания визуализируется свищевой ход. В заднем своде влагалища определяется инородное тело (пластмассовый колпачок от шариковой ручки). Послеоперационный период протекал гладко, проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

Проблема лечения и диагностики аномалий развития женских половых органов постоянно находится в центре внимания детских гинекологов, поскольку данная патология вызывает риск снижения репродуктивного потенциала девочки, что в будущем может привести к бесплодию и привычному невынашиванию. Обнаружение порока развития у пациентки в любом возрасте требует обязательного осмотра детским гинекологом и хирургом. С целью уточнения характера порока развития и решения вопроса о возможности, а также объеме медицинской помощи обязательно выполнение разностороннего диагностического поиска с привлечением междисциплинарной команды специалистов.

Муцинозные цистаденомы яичников у девочек-подростков

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2}, И.В. Караченцова, к.м.н.^{1,3}, С.М. Шарков, д.м.н., проф.^{4,5}, М.З. Аргун, к.м.н.¹, Е.В. Павлова³, Ю.А. Кириллова¹

¹ Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁴ Морозовская детская городская клиническая больница

⁵ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Опухоли яичников являются важной и актуальной проблемой современной детской гинекологии. Это обусловлено ростом выявления данной патологии, снижением возраста пациентов с новообразованиями яичников и риском снижения репродуктивного потенциала. По данным различных источников, в структуре детской гинекологической патологии опухоли и опухолевидные образования придатков матки встречаются с частотой от 1 до 4,6%. Стоит также обратить внимание на трудности диагностики из-за отсутствия характерных жалоб и частого бессимптомного течения.

Муцинозная цистаденома – кистозное образование яичника, относящееся к доброкачественным эпителиальным опухолям. На долю данной опухоли в структуре всех доброкачественных опухолей приходится 20–25%. Муцинозная цистаденома не обладает гормональной активностью и может быть диагностирована в любом возрасте. В связи с бессимптомным течением новообразование может достигать огромных размеров, что приводит к нарушению функции тазовых органов. Риск возникновения злокачественной трансформации возможен в 5–10% случаев.

Описан клинический случай 16-летней девочки, поступившей в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова с жалобами на боль в нижних отделах живота и увеличение размеров живота. По данным УЗИ и МРТ органов малого таза, выявлено объемное образование малого таза размером 20 × 10 × 23 см, занимающее всю полость малого таза, вероятнее всего – муцинозная цистаденома левого яичника. В плановом порядке проведено оперативное лечение в объеме лапароскопии, цистэктомии слева. В ходе операции установлено, что левый яичник представлен образованием гигантских размеров, занимающим всю полость малого таза, с толстой капсулой, содержимое образования – муцин. Послеоперационный период протекал гладко, проводилась симптоматическая терапия.

Данный клинический случай подтверждает необходимость проведения дифференциальной диагностики заболеваний органов малого таза и заболеваний других органов и систем организма с целью своевременного выявления хирургической и гинекологической патологии и предотвращения неблагоприятных последствий.

Абдоминальный болевой синдром у девочек с пороками развития половых органов

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2,3}, С.Ф. Торубаров, д.м.н., проф.^{1,3}, И.В. Сысоева³, Л.Г. Папян³, В.В. Бдоян³, Е.Д. Бурханская³, Е.А. Волкова³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Долгопрудненская центральная городская больница

Актуальность. Диагностика пороков развития женских половых органов затруднена, что приводит к несвоевременному лечению и осложнениям. Врожденные пороки развития женских половых органов составляют около 14% всех врожденных аномалий развития. Частота аномалий развития влагалища и матки составляет один случай на 300 новорожденных девочек. У каждой 4000–5000-й новорожденной наблюдается аплазия матки и влагалища. Анализируя данные исследований, можно сделать вывод, что в структуре пороков развития влагалища с нарушением оттока менструального отделяемого преобладает частичная аплазия влагалища – 39,5% девочек, удвоение матки и влагалища выявляется у 20,8%, атрезия девственной плевы – у 29%, рудиментарный рог матки – у 6,2% девочек.

Целью данного обзора является раннее выявление, а также вовремя оказанная квалифицированная медицинская помощь девочкам и девушкам с пороками развития половых органов, поскольку ранняя диагностика позволяет сохранить репродуктивное здоровье пациенток с данной патологией.

Материал и методы. Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за период 2016–2022 гг. Использовались базы данных PubMed, Cochrane Library и Google Академия.

Результаты. В процессе поиска анализировались данные исследований и систематических обзоров.

Заключение. Выявление порока развития у девочки в любом возрасте требует обязательного осмотра гинекологом. Необходимо регулярно посещать гинеколога с целью профилактического осмотра. Важно своевременно выявлять порок развития половых органов, проводить своевременную диагностику и выбирать оптимальную тактику лечения.

Рецидивный гематокольпос у подростков при различных блоках менструальной крови

С.Ш. Рафиков, Б.Б. Негмаджанов, д.м.н., проф., Э.Х. Шопулатов, Л.К. Хамроева

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Аномалии развития половых органов относятся к спорадическим болезням, точная этиология которых до настоящего момента не установлена. Диагностика пороков развития матки и влагалища представляет значительные трудности, что может привести к ошибкам в распознавании характера порока. Иногда пороки развития матки и влагалища являются случайной диагностической находкой.

Цель – изучить частоту рецидивного гематокольпоса у девочек и подростков с разными уровнями блоков менструальной крови.

Материал и методы. Обследованы 13 подростков в возрасте 12–18 лет с аномалиями развития половых органов в виде рецидивного гематокольпоса (2020–2022 гг.).

Результаты. Среди аномалий развития встречаются пороки в виде полного удвоения матки и влагалища с обструкцией одного из влагалищ в нижней трети влагалища с дисплазией почек (OHVIRA syndrome) – 2 (15,4%), атрезия нижних трети влагалища и гименального кольца – 7 (53,8%), атрезия верхней трети влагалища – 1 (7,7%), аплазия нижней 2/3 влагалища – 2 (15,4%), аплазия нижней 1/2 влагалища – 1 (7,7%). Имеет место попытка вскрытия гематокольпоса до четырех раз у одной пациентки.

Жалобы при поступлении – хроническая тазовая боль, усиливающаяся циклически и не купирующаяся спазмолитиками и обезболивающими, а также отсутствие менструации у пациенток подросткового возраста.



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

У подростков с рецидивирующим гематокольпосом выполнена эвакуация содержимого влагалища (гемато-, пиокольпоса) с последующей вагинопластикой местными тканями, у подростков с удвоением матки выполнено удаление инфильтративно(-гнойно) измененной матки и придатков.

Выводы. При аномалиях развития половых органов с нарушением оттока менструальной крови рекомендуется тщательный сбор анамнеза и обследование. Использование дополнительных методов исследования – по показаниям. Оперативное лечение должно осуществляться с началом манифеста болевого синдрома.

Методика хирургической коррекции выбирается исходя из уровня и вида патологии.

При оперативном лечении должна быть использована методика хирургической коррекции с профилактикой рецидива (иссечение и удаление атрезированной части влагалища в виде «овального окна», кольпопластика встречными лоскутами).

Тубоовариальный абсцесс у подростка с ювенильным артритом в практике детского гинеколога. Междисциплинарный подход к проблеме диагностики

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.Е. Петряйкина, д.м.н., проф.²,
Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2}, И.В. Караченцова, к.м.н.^{2,3}, М.З. Аргун, к.м.н.^{2,3},
Ю.А. Кириллова^{1,2}, Л.Г. Пивазян⁵, М.А. Лошкарева⁴, В.М. Голубкова³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

⁵ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

Воспалительные заболевания органов малого таза по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре гинекологических заболеваний (примерно 60%) и являются наиболее частой причиной госпитализации. Пик заболеваемости (4–12%) приходится на возраст 17–28 лет, что связано с сексуальной активностью и низкой частотой использования барьерных методов контрацепции. У девочек, не живущих половой жизнью, в допубертатном периоде воспаление придатков матки – редкое явление. Развитие острых сальпингитов и сальпингоофоритов в отсутствие лечения и при любых иммунодефицитных состояниях может привести к образованию тубоовариального абсцесса. Тубоовариальное образование представляет собой единый конгломерат с плотной капсулой, у которого отсутствует граница между маточными трубами и яичником, имеющее множество внутренних перегородок различной толщины и неоднородное внутреннее содержимое. Нами описан клинический случай девочки 16 лет с диагнозом обострения хронического сальпингита и оофорита, тубоовариальных образований с обеих сторон, спаечным процессом органов малого таза и брюшной полости. Пациентка находилась на иммуносупрессивной терапии по жизненным показаниям в связи с тяжелым течением ювенильного ревматоидного артрита, что повлекло за собой повышенный риск инфекционных осложнений. При первичной госпитализации в отделение была проведена противовоспалительная терапия, на фоне которой отмечались уменьшение тубоовариального образования слева и полный регресс образования правого яичника. Повторно девочка поступила в отделение для решения вопроса о необходимости хирургического лечения. Из-за наличия тубоовариального образования слева, неэффективности консервативной терапии, риска ранения кишечника ввиду возможного выраженного спаечного процесса малого таза и брюшной полости, дифференциальной диагностики с новообразованием левого яичника показано оперативное лечение.

При лапароскопии обнаружены плоскостные спайки между маткой, кишечником и придатками матки с обеих сторон. В полости малого таза визуализировался конгломерат, состоящий из петель кишечника, матки и тубоовариальных образований с обеих сторон. Проведены разделение брюшных спаек и спаек органов малого таза, эвакуация гнойного содержимого тубоовариального образования слева, санация и дренирование брюшной полости и полости малого таза.

Этот случай демонстрирует необходимость более тщательного изучения анамнеза, осмотра и диагностики пациенток с болевым абдоминальным синдромом, находящихся на иммуносупрессивной терапии. Важно принимать во внимание возможность возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза рецидивирующего течения.

Оценка влияния различных факторов на возникновение задержки полового развития

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
Ю.А. Кириллова², Л.Г. Пивазян³, А.А. Закарян⁴, В.Г. Саркисова⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность. Половое созревание – это период жизни, когда развитие гипоталамо-гипофизарной системы достигает полной зрелости. Различные параметры, включая генетику и факторы окружающей среды, например психосоциальные, социально-экономические, и питание влияют на возраст полового развития. Задержка полового развития (ЗПР) характеризуется задержкой телархе у девочек 13 лет и отсутствием менархе более трех лет после развития молочных желез, а также отсутствием менархе к 16 годам у девочек.

Целью данного обзора является оценка влияния пестицидов, фталатов и питания на задержку полового развития.

Материал и методы. Проведен анализ международных и отечественных публикаций за период 2017–2022 гг. Использовались базы данных PubMed, Embase, Cochrane Library и Google Академия.

Результаты. Включены три систематических обзора, три рандомизированных клинических исследования, одно когортное исследование и одно клиническое испытание.

Заключение. В большинстве рассмотренных исследований описывается взаимосвязь между воздействием пестицидов на изменение возраста начала полового созревания.

В нескольких обсервационных исследованиях изучается корреляция между воздействием фталатов и уровнем гормонов в сыворотке крови и их влиянием на процесс полового созревания.

Таким образом, в настоящее время получены положительные результаты о влиянии фталатов и пестицидов на возникновение ЗПР, однако необходимы дополнительные рандомизированные контролируемые исследования для подтверждения данных. Крайне важно обращать внимание на питание девочек и их физическую нагрузку, чтобы не допустить возникновения ЗПР.

Особенности ведения детей с преждевременным половым развитием

Л.В. Адамян, д.м.н., проф., академик РАН¹, Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1,2},
Ю.А. Кириллова², Л.Г. Пивазян³, А.А. Закарян⁴, О.В. Шугарова⁴

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Актуальность. Гонадотропин-зависимое преждевременное половое развитие (ППР) является результатом преждевременной активации гипоталамо-гипофизарной системы и обычно характеризуется ранним развитием биохимических и физических особенностей полового созревания у девочек до восьми лет и у мальчиков до девяти лет. Гонадотропин-зависимое ППР является редким заболеванием и имеет оценочную общую распространенность примерно 1 на 5000–10 000 детей. При этом частота встречаемости у девочек в 5–10 раз выше, чем у мальчиков.

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

Целью данного обзора является оценка влияния различных факторов на половое развитие у девочек, выяснение причин преждевременного полового развития, а также особенностей ведения таких детей.

Материал и методы. Проведены поиск и оценка международных и российских научных публикаций за последние пять лет – 2017–2022 гг. Использовались базы данных Cochrane Library, PubMed, Embase и Google Академия.

Результаты. В процессе поиска литературы найдено десять систематических обзоров, которые были проанализированы.

Заключение. Воздействие фталатов, их метаболитов и фенолов может изменить время начала полового развития у детей. С каждым десятилетием снижается возраст начала полового развития, который оценивался по началу телархе. Для дифференциальной диагностики преждевременного полового развития от преждевременного телархе используют УЗИ органов малого таза. У девочек с преждевременным половым развитием размеры матки и яичников значительно больше, чем у девочек с преждевременным телархе. В качестве лечения идиопатического гонадотропин-зависимого ППР используют аналог гонадотропин-рилизинг-гормона. Таким образом, необходимы комплексный подход к данному вопросу и более детальное обследование для предупреждения осложнений преждевременного полового развития у девочек.

Особенности перекрута придатков матки в детском возрасте

М.А. Чундокова, д.м.н., проф.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова

Введение. Перекрут придатков матки (ПМ) у детей встречается редко – с частотой примерно 4,9:100 000. Соотношение перекрута кистозно измененных ПМ к неизмененным составляет 1:1. Подавляющее большинство пациенток поступают в хирургические стационары с направляющим диагнозом «острый аппендицит».

Цели – улучшить результаты лечения детей с перекрутом придатков матки, уточнить клиническую картину, симптомы и эхографические признаки данного заболевания, разработать тактику хирургического лечения и послеоперационного ведения данных пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 92 пациенток с перекрутом придатков матки в возрасте 2–14 лет, находившихся на лечении в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, за последние 20 лет. Всем пациенткам выполнялись осмотр, клиничко-лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости и малого таза с цветовым доплеровским картированием (ЦДК), лапароскопия.

Результаты. При поступлении все девочки жаловались на боль в нижних отделах живота справа – 68%, слева – 32%. Симптомов пассивного мышечного напряжения и раздражения брюшины ни у одного ребенка не отмечено. Рвота и тошнота наблюдались у 84%, задержка стула – у 15% детей. При проведении УЗИ брюшной полости и органов малого таза зафиксированы снижение кровотока – 45%, отсутствие кровотока – 55% случаев. Органосохраняющие операции проведены 87% пациенток, удаление придатков матки – 13%. Восстановление кровотока, по данным УЗИ с ЦДК, происходило с первых по четвертые-пятые сутки, изменение эхоструктуры яичника – с третьих-четвертых суток, появление фолликулов – с 5–7-х суток. У пяти больных в послеоперационном периоде из-за отсутствия положительной динамики при динамическом УЗИ выполнены повторная лапароскопия и удаление раскрученных ПМ в сроки от семи до десяти дней.

Выводы. Клиническая картина при ПМ у девочек неспецифична, патогномичных симптомов не выявлено. Заболевание начинается внезапно с острой боли в нижних отделах живота. Симптомы пассивного мышечного напряжения и раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные неинформативны. УЗИ органов малого таза с ЦДК в первые часы заболевания может иметь ложноотрицательные результаты. Только с течением времени появляются достоверные признаки отсутствия кровотока и деструктивных изменений в ткани яичника. Интраоперационная картина нередко обманчива – макроскопический вид перекрученного яичника не коррелирует с микроскопическими изменениями, что нередко приводит к органосохраняющей операции.

Голодные игры разума: главное, что нужно знать гинекологу о расстройствах пищевого поведения

А.А. Шмилович, д.м.н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Пациентки подросткового возраста на приеме у врача-гинеколога часто обнаруживают клинически значимый дефицит веса. Как правило, это тесно связано с психическими расстройствами, формирующими предпосылки для возникновения расстройств пищевого поведения (РПП). Наблюдаются ограничение пищи, рвота, прием слабительных и диуретиков, неумеренные физические нагрузки. Гинекологи часто сталкиваются с соматической патологией, когда вес тела на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела продолжительное время не превышает 17,5 кг/м². Существенную роль в развитии соматических нарушений и психопатологии РПП играют сопутствующие эндокринопатии.

Группа РПП, выделенная в отдельную рубрику в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, на самом деле полиморфна, клинически гетерогенна и крайне вариабельна. Для ее систематизации и разграничения по синдромальным группам применяется системный подход. Использование данной методологии позволяет феноменологически представить РПП в виде четырехкомпонентного образования:

- 1) перцептивный компонент – расстройства ощущений и восприятия;
- 2) когнитивный – расстройства мышления, интеллекта, памяти и внимания;
- 3) аффективный – расстройства эмоциональной сферы;
- 4) поведенческий – расстройства воли, влечений и психомоторики.

У больных РПП с преобладанием сенситивного компонента синдрома выделяют:

- расстройства схемы тела и психосенсорного синтеза («я вижу в зеркале страшного бегемота, живот похож на огромный барабан, ляжки выглядят как раздутые шары»);
- сенестопатии («еда неподвижным булжжником лежит в животе... я чувствую, как мои органы спазмируют и горят от попавшей внутрь пищи»);
- галлюциноз («отдельные куски пищи разлагаются, гниют и издают зловоние... в теле поселились злые духи»);
- телесные фантазии («я чувствую, как жир проникает через кишечник под кожу и накапливается там... я ощущаю, как раздуваются мои живот и бедра»);
- конверсии («когда я волнуюсь, мои руки и ноги немеют, к горлу подкатывает ком и пища там застревает... острая боль пронзает мое тело от промежности до головы и начинается рвота»).

При обнаружении в картине РПП с преобладанием когнитивного компонента синдрома эти нарушения оказываются либо обсессивно-компульсивными, либо сверхценными/бредовыми. Навязчивыми или сверхценными бывают убеждения, которые сводятся к одному – идее самоуничтожения. Продолжительное доминирование подобной идеи приводит к формированию устойчивой дисморфофобии, компульсивному перееданию и очистительному поведению. Бредовой регистр РПП представлен паранойей самоуничтожения («я не достойна есть»), persecutory бредом («я боюсь есть»), бредовой ипохондрией («мне вредно это есть»), синдромом Кандинского («мне приказывают не есть»), систематизированной парафренией («теперь я могу не есть»).

Значительную долю больных РПП составляют пациенты с преобладанием аффективного компонента, которых в свою очередь можно подразделить на пациентов с тревожным, депрессивным и биполярным спектром нарушений.

Депрессивные расстройства, коморбидные РПП, имеют шесть разновидностей:

- 1) меланхолическая – «нет смысла есть»;
- 2) астеническая – «нет сил есть»;
- 3) ангедоническая – «нет удовольствия от еды»;
- 4) витальная – «нет чувства голода»;
- 5) анестетическая – «пища как трава»;
- 6) бредовая – «не достоин есть, наказание голодом».

Тревожные нарушения при РПП чаще представляют собой панические атаки и тревожно-фобические нарушения. У пациентов обычно отчетливо прослеживается картина компульсивного переедания с формированием инсулинорезистентности, ожирения и сахарного диабета 2-го типа.

Расстройства биполярного спектра очень часто принимают непосредственное участие в происхождении, клиническом оформлении и динамике РПП. В этих случаях удовлетворение или неудовлетворение влечения



Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Репродуктивное здоровье девочек: педиатрические и хирургические аспекты»

к еде приводит к частым и амплитудным нарушениям эмоций как в гипо-, так и в гипертимную сторону. Подобные колебания тем болезненнее, выразительнее и продолжительнее, чем более циклотимичный анамнез и эндофенотип пациентки.

Поведенческий компонент основного синдрома при РПП представлен классическими для того или иного расстройства личности поведенческими паттернами: истерическим (демонстративно-шантажная рвота и отказ от еды), эпилептоидным (голодание как тренировка воли, упрямство в достижении идеального тела), паранойальным (похудание как средство достижения сверхцели (балет, танцы, отношения, здоровье)), психастеническим (компульсивное переедание для купирования тревоги и страха), неустойчивым (перверзный, мазохистический, аддиктивный мотив), шизоидным (любопытство и поиск себя, рефлексия), пограничным (стабилизация настроения, успокоение, аддикция).

Преобладание поведенческого компонента практически всегда сопровождается аддиктивными нарушениями, имеющими прямое отношение к синдрому генезу психопатологии при РПП. У больных наблюдается своеобразная гипогликемическая аддикция с «аноректическими запоями» на стадии роста толерантности, феномен «непрерывной гипогликемизации» на стадии «плато толерантности» и отдаленной стадии истощения толерантности – булимические эксцессы.

Системный анализ расстройств пищевого поведения, позволяющий клинически типировать их на четыре варианта, также дает возможность обозначить терапевтические предпочтения по персонифицированной работе с пациентами. При перцептивном варианте РПП предпочтение следует отдавать малому нейрореплеттику, при когнитивном – антипсихотику, при аффективном – антидепрессантам, нормотимикам и бензодиазепинам. Поведенческий вариант более чувствителен к корректорам поведения и психотерапии.

Таким образом, расстройства пищевого поведения, выявленные в кабинете врача-гинеколога, всегда имеют психопатологическую основу. Они крайне полиморфны и гетерогенны. Их диагностика требует системного подхода и динамического наблюдения психиатра. Эффективная терапия РПП возможна только при сочетанном применении психотропных препаратов и психотерапии. Гинеколог может спасти жизнь девочке-подростку, если будет настойчиво и без стеснения убеждать пациентку и ее родителей обратиться к врачу-психиатру.



• конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для ВРАЧЕЙ различных специальностей, ПРОВИЗОРОВ и ФАРМАЦЕВТОВ. Мы работаем ПО ВСЕЙ РОССИИ!

• Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
• Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
• Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

**Организация профессиональных медицинских форумов для врачей, провизоров и фармацевтов.
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!**