

Купянская Е.В.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Таблица 1.

Структура воспалительных заболеваний половых органов у девочек-подростков

Наименование заболеваний	Количество обследованных	Частота, %
Хронический сальпингоофорит	57	70,37
Кисты яичников	20	24,69
Вульвовагиниты	5	6,1
Всего:	82	

Средний возраст пациенток составил 16,32±2,3 года. Распределение девочек по возрастам представлено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение девочек-подростков с воспалительными заболеваниями половых органов по возрастам

Возраст, лет	Количество обследованных	Частота в %
10	2	2,46
11	2	2,46
12	-	-
13	4	4,9
14	9	11,1
15	13	16,04
16	8	9,8
17	13	16,04
18	21	25,92
19	10	12,34
Все го	81	

Из числа обследованных сельские жители составили - 23,45 % (19), городские – 76,54 % (63). Из анамнеза выявлено, что из числа перенесенных заболеваний основное место занимали - ветряная оспа 55,26 % (21), ОРВИ – 68,42 % (26). Из числа экстрагенитальных заболеваний основное место занимали заболевания ЖКТ, почек и мочевыводящих путей, заболевания ЛОР-органов. Частота экстрагенитальной патологии представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Частота экстрагенитальной патологии у девочек-подростков

Наименование заболевания	Число случаев	Частота, %
Желудочно-кишечного тракта	22	57,89
Почек и мочевыводящих путей	19	50
Сердечно-сосудистой системы	2	5,26
Костей и суставов	2	5,26
Щитовидной железы	11	28,94
Нервной системы	12	31,57
Дыхательных путей	16	42,10
Заболевания ЛОР-органов	27	71,05

Аннотация. В последние годы происходит снижение показателей здоровья детей и подростков, а на этом фоне отмечается рост нарушений репродуктивной системы и гинекологических заболеваний. Расстройства, которые наблюдаются в подростковый период развития человека, занимают особое место в ряду медико-биологических проблем.

В данный возрастной период происходит не только анатомическое, но и функциональное становление женских половых органов. Различные звенья репродуктивной системы наиболее уязвимы к экзогенным и эндогенным факторам, приводящим к развитию нарушений репродуктивной системы. Репродуктивная система – единственная система, которая начинает активно функционировать не с внутриутробного периода (как сердечно-сосудистая система) или с рождения ребенка (как система органов дыхания), а по достижении определенных физических и психических параметров развития девочки или определенного календарного возраста. В последующем в периоде полового созревания формируется, а затем закрепляется взрослый репродуктивный тип функционирования, который позволяет обеспечить осуществление генеративной функции – зачатие, вынашивание беременности, рождение и вскармливание ребенка (Саидова Р.А., 1999г.).

В структуре гинекологических заболеваний детского возраста воспалительные поражения гениталий занимают ведущее место. Клиническое значение указанной патологии определяется не только ее частотой, но и тем, что она может явиться причиной серьезных нарушений репродуктивной системы в дальнейшем. Важно отметить, что происходит значительное "омоложение" воспалительных процессов органов малого таза у женщин. Так, по данным Г.М. Савельевой (1), из всех больных с сальпингитом 70% - женщины моложе 25 лет, 75% - нерожавшие, при этом даже после однократного эпизода воспалительного заболевания частота бесплодия составляет от 5 до 18%.

Для изучения распространенности, структуры и особенностей клинического течения нарушений репродуктивной системы у девочек-подростков в отделении гинекологической эндокринологии и детской гинекологии КНЦРЧ было проведено обследование 250 девочек-подростков в возрасте 10 – 19 лет.

Воспалительные заболевания половых органов в структуре гинекологической заболеваемости у девочек-подростков составили 35,21 %. Как видно из данных таблицы 1, в структуре воспалительных заболеваний основное место занимает хронический сальпингоофорит (70,37%).

Черепно-мозговые травмы	9	23,68
Заболевания крови	11	28,94
Заболевания глаз	3	7,89
Аппендэктомия	14	36,84
Туберкулез	2	5,26

Следует отметить, что у более половины девочек наблюдалось сочетание 2-3 заболеваний. При анализе особенностей становления и характера менструальной функции отмечено, что средний возраст наступления менархе составил $13 \pm 0,6$ лет. У 3-х пациенток менструации отсутствовали. У большинства девочек менструации установились в течение 3-6 месяцев после менархе, у 5 девочек менструации установились через 1-2 года после менархе. Среди обследованных девочек-подростков 30,86 % жили половой жизнью, из них 36 % (9) были замужем, 64 % (25) не замужем. Указания на беременность были в анамнезе у 4 пациенток, из них 3 были замужем. Лишь 1 беременность закончилась срочными родами; 4 беременности закончились медицинским абортом в сроке 8-9 недель; 2 – неразвивающейся беременностью; 2 – ранними родами в сроке 25-33 недель.

Анализ контрацептивного поведения показал, что лишь 40 % девочек живущих половой жизнью, использовали методы предупреждения нежелательной беременности. В структуре применяемых методов контрацепции 80% применяли презервативы, 20 % – оральные контрацептивы. У 17 % (20,98) девочек были указания на ранее перенесенные воспалительные заболевания половых органов. Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод о низком уровне осведомленности девочек о современных методах нежелательной беременности, а также нерегулярным использованием методов контрацепции.

Основной жалобой пациенток с хроническим сальпингоофоритом (ХСО) являлись болевые ощущения ноющего, тупого характера, усиливающиеся перед или во время менструации. Характерными были боли, возникающие по механизму висцеросенсорных и висцеропутинных рефлексов. Боль обычно ощущалась внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище. Нередко интенсивность боли не соответствовала характеру изменений в половых органах (остаточные проявления), боль особенно ощутима по ходу тазовых нервов (невралгия тазовых нервов, вегетативный ганглионеврит).

Нарушения половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо др.) отмечали 15% девочек. Причиной этих расстройств могут быть органические изменения в придатках матки, гипофункция яичников и других желез внутренней секреции, изменения в периферической нервной системе.

У 30% больных наблюдалось продолжительное (более 3 месяцев) течение ХСО, в связи с чем, в патологический процесс постепенно вовлекаются

нервная, эндокринная, сосудистая системы и заболевание приобретает характер полисистемного процесса. Изменения в нервной системе имеют восходящий характер (рецепторы, тазовые нервы, подчревные и др. сплетения, импульсация в ЦНС), нередко приводящие к развитию невротических состояний, снижению работоспособности, развитию конфликтных ситуаций в семье.

Обострение ХСО протекала по двум вариантам. При первом варианте

(45%) возрастала патологическая секреция, экссудативный процесс в придатках матки, усиливается болезненность при их пальпации. Эти признаки зависели от инфекционно-токсического фактора. При втором варианте (55%) преобладали жалобы на усиление болей, ухудшение самочувствия, снижение трудоспособности, неустойчивость настроения. Объективные показатели обострения инфекционного процесса отсутствуют, нередко наблюдались невротические реакции, эндокринные и сосудистые нарушения. Можно считать, что при втором варианте обострения ХСО связано не с непосредственным влиянием инфекционного фактора, а с нарушениями в нервной и других системах, возникшими ранее, в результате длительного существования процесса и сопутствующих нарушений.

У девочек-подростков с воспалительными заболеваниями гениталий кисты яичников составляют меньший процент (24,69%). Известно, что число больных с кистами яичников увеличивается в период полового созревания. По данным нашего исследования 90% девочек с кистами яичников находились в возрасте 12 – 15 лет. Жалобы при поступлении в стационар были на боли внизу живота у 72% девочек, чаще тянущего характера, выделения из половых путей (17%), болезненные менструации в первые 2 дня менструации (у 19%). В 3 случаях девочки ранее получали лечение по поводу кист яичников и в 1-м случае ввиду неэффективности консервативной терапии проведена лапароскопия по поводу образования двухсторонних параовариальных кист яичников. У 1 девочки ранее проведена аднекстэктомия. 27% девочек ранее неоднократно получали лечение по поводу воспалительных заболеваний органов малого таза.

Возраст наступления менархе соответствовал популяционной норме.

Менструации у девочек установились в течение 3-6 месяцев и лишь в 2 случаях через 1-1,5 лет. По данным эхоскопии размеры кист яичников составляли от 3,5 до 7,0 см в диаметре. Следует отметить, что мы не нашли четкой связи между размерами кист яичников и интенсивностью болевого синдрома.

При диагностике объемных образований в полости малого таза у девочек – подростков помимо анализа клинико-анамнестических данных проводили ректоабдоминальное (вагинальное) исследование, позволяющее определить консистенцию, степень

подвижности и чувствительности, однако данный метод исследования не позволяет выявить кисты яичников малых размеров. Поэтому одно из ведущих мест в диагностике объемных образований в малом тазу занимает ультразвуковое исследование.

Среди обследованных девочек неспецифические вульвовагиниты составили небольшой процент (6,1%). Симптомы вагинита в зависимости от тяжести воспалительного процесса были различными. Выделения из половых путей были основным симптомом заболевания. Характер выделений носил жидкий, водянистый, иногда гнойный, пенистый. При сильном слущивании эпителия они становились густым. Больные также жаловались на зуд в области преддверия влагалища (87%), обусловленный раздражающим действием вытекающих белей; чувство жжения (58%); ощущения давления, тяжести и жара в половых органах и малом тазу. У 68% пациенток наблюдались дизурические расстройства.

При хронических формах воспаления боли практически отсутствовали. В основном больные жаловались на бели, зуд, жжение и на небольшие изъязвления в области вульвы и наружной трети влагалища. Общее состояние страдало мало.

В мазках влагалищного содержимого микрофлора представлена кокками, грибами рода *Candida*. Всегда встречалось большое количество лейкоцитов (от 30 до 60). Ключевые клетки отсутствовали, но достаточно много было клеток слущенного эпителия влагалища. В целом микроскопическая картина была характерна для воспалительного экссудата.

Общие принципы лечения воспалительных заболеваний половых органов у девочек-подростков сводились к следующему: антибактериальные препараты выбирали в соответствии с чувствительностью флоры из цервикального канала или вагинального содержимого к антибиотикам, поскольку инфекция почти всегда имела смешанный характер, лекарственная терапия должна «перекрывать» спектр возбудителей. При наличии урогенитальной инфекции проводили лечение инфекции антибактериальными препаратами. Антибактериальная терапия проводилась в течение 7-10 дней. Для профилактики грибковых осложнений применяли антигрибковые препараты. Проводили физиотерапию (электрофорез с сульфатом цинка). Девочкам с кистами яичников проводили НИЛИ на низ живота.

При вульвовагинитах кроме соблюдения правил личной гигиены и проведения местного противовоспалительного лечения, которое включало обработку влагалища раствором фурацилина, свечи с метронидазолом, нистатином, проводили терапию основного заболевания, санацию очагов хронической инфекции. Длительность местной терапии составляла 7 дней. При выявлении энтеробиоза или глистной инвазии проводили терапию пирантелом из расчета 125 мг на 10 кг. Во избежание самоинвазии проводили повторный курс через 3 недели. Прово-

дилась также витаминотерапия (группы В,С), гипосенсибилизирующая (тавегил, супрастин, диазолин), иммунномодулирующая терапия (левамизол).

Проводили анализ клинических проявлений в динамике после лечения и через 6 месяцев.

Анализ жалоб, предъявляемых, после лечения показал, что у большинства пациенток уменьшилась выраженность болевого синдрома (у 13%), у 87% болевой синдром отсутствовал. При бимануальном исследовании после лечения произошло уменьшение выраженности воспалительных изменений и болезненности в придатках. Рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза отмечены у 26% девочек-подростков, из них хронический вульвовагинит – 2%, хронический сальпингоофорит – 20%, кисты яичников – 4%.

Таким образом, основными факторами риска возникновения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза является заболевание, передающиеся половым путем, самопроизвольное прерывание беременности, аборт (3, 4, 5). Основная роль в возникновении воспалительных заболеваний органов малого таза принадлежит инфекционным микроорганизмам.

Риск развития воспалительных заболеваний зависит от сексуальной активности, способа контрацепции, различных гинекологических вмешательств.

В анамнезе большинства обследованных девочек имелись указания на различные экстрагенитальные заболевания, среди которых наиболее распространенные: заболевания желудочно-кишечного тракта – 57,89%, почек и мочевыводящих путей – 50%, ЛОР-органов – 71,06%. Причем достоверно чаще экстрагенитальные заболевания были выявлены у девочек, не живущих половой жизнью, и являлись причиной возникновения воспалительного процесса органов малого таза.

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активации нормальной эндогенной флоры влагалища (при ослаблении защитных сил организма); изменений эндокринной системы вследствие внешнего воздействия (аборт, роды).

Оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости также являются причиной возникновения воспалительного процесса.

Очевидно, что раннее адекватное лечение воспалительных заболеваний способно предотвратить развитие множества тяжелых последствий для организма человека, а особенно для его репродуктивной функции. Еще более важной задачей является грамотная просветительская работа, особенно с молодыми людьми, как наиболее сексуально активной возрастной группой. Очень важно делать максимальный акцент на использовании барьерных методов контрацепции. Широкая популяризация методов оральной контрацепции среди молодежи привела к тому, что многие отказываются от применения презервативов. Решая таким образом проблему нежелательной беременности, они

совершенно не заботятся о возможности заражения. При этом наибольшая частота смены партнеров наблюдается именно среди молодежи, что во много раз повышает риск инфицирования. Заболевая рано, в 16–18 лет, к 22–25 годам многие уже не могут полноценно реализовать свою репродуктивную функцию, причиной чего становится длительно

текущий хронический воспалительный процесс, подчас осложненный. В подобных случаях необходимо применение максимально эффективных лекарственных средств, избегая нерационального использования множества препаратов, учитывая тот факт, что подобные пациентки прежде получали лечение различными антибиотиками.

Литература:

1. Савельева Г.М., Антонова Л.В. // Акуш. и гин. - 1990. - №7. - С. 71-74
 2. Саидова Р.А. Нарушение менструального цикла в период полового созревания// Русский медицинский журнал.1999.№18. С 886
 3. Максименко Т.А., Зенкина Н.П., Колтунина М.Н., Ананьина Л.П. // Вестн. Рос. Асс. акуш.-гин. - 1996. - №4. - С.61-62.
 4. Burkman RT. Amer J Obstet Gynecol 1980;138(7):861-3.
 4. Newton W, Keith G. J Reprod Med 1985;30(2):82-8.
-