

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках программы исследований по оценке последствий ядерных испытаний «Рифт-3», проводимых на территории Осинского района в 1982 году, в 2004–2005 гг. были проведены комплексные медицинские осмотры 263 девочек и девушек в возрасте 10–18 лет в пяти поселках Осинского района. Исследования проводились по единому протоколу, включая оценку физического и полового развития и морфофункционального состояния щитовидной железы. Значение объема щитовидной железы выше 97 % перцентиля рассматривали как зоб (ВОЗ, 2001). Определяли уровни ТТГ, Т3 св., Т3, Т4 св., Т4, ФСГ, ЛГ, пролактина.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди всех обследованных абсолютно здоровых выявлено 98 человек (37,2 %). При анализе физического развития девочек-подростков региона была выявлена значительная частота среднего, гармоничного развития — у 83,6 %. Вместе с этим, в нашем исследовании показано, что дисгармоническое развитие и задержка физического развития более распространены среди девочек с эндемическим зобом. В группе с дисгармоничным развитием значимо чаще встречались подростки с избыточным весом 6,46 %, а дефицит массы тела отмечен у 1,9 % обследованных. Рост ниже 3 перцентиля был

отмечен у 11,78 % девочек и девушек. По данным ультразвукового сканирования и исследования тиреоидного профиля, у 111 девочек (42,4 %), выявлена патология щитовидной железы: эндемический зоб у 106 детей (40,1 %), диффузно-узловой зоб у 3 подростков (1,14 %), гипоплазия щитовидной железы у 2 человек (0,76 %). Гипотиреоз диагностирован у 17 подростков (6,46 %). Снижение функции щитовидной железы сочеталось в 82 % случаев с эндемическим зобом. У 93,54 % школьников выявлено эутиреоидное состояние. Нормальное половое развитие отмечено у 70 % девочек и девушек. В структуре репродуктивных нарушений был выявлен синдром замедленного пубертатного развития (10,26 %), дисменорея (10,06 %), задержка полового развития и гипофункция яичников (8,36 %).

ВЫВОДЫ

Патология репродуктивной системы встречается в два раза чаще у школьников с эндемическим зобом, в сравнении со здоровыми сверстницами. Среди обследованных 263 девушек и девочек Осинского района, задержка физического развития и нарушения репродуктивного здоровья чаще сочетались с эндемическим зобом или гипотиреозом, что свидетельствует о взаимосвязи тиреоидной и репродуктивной систем, которое необходимо учитывать при обследовании подростков.

Н.И. Кузьмина

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕВОЧЕК г. ИРКУТСКА ЗА 2002–2005 гг.

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Выявить причины гинекологической заболеваемости девочек и девушек и провести их анализ за 2002–2005 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены показатели годовых отчетов детских и подростковых гинекологов г. Иркутска за 4 года, отчеты отделения детской гинекологии ИМДКБ, проведена сравнительная оценка показателей гинекологической заболеваемости у девочек с использованием статистических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре гинекологической патологии девочек и девушек, в сравнении за 4 года прослеживается тенденция роста сальпингитов и нарушений менструального цикла (5,6 % — 2002 г.; 6,8 % — 2005 г.) с преобладанием частоты олигоменореи (1,9 % — 2004 г.; 4,4 % — 2005 г.). При этом редкие, нерегулярные менструации чаще выявлялись при

гипоталамическом синдроме пубертатного периода, остром или хроническом стрессе, воспалительном процессе эндометрия и придатков матки. С 2004 г. на одном уровне сохраняется частота аменореи (0,4 % за период 2004–2005 гг.). По отчетным данным, за этот период, прослеживается уменьшение частоты нарушений полового развития и дисменорей. Отмечается тенденция роста частоты кондилом вульвы и влагалища (1,5 % — 2003 г.; 3,8 % — 2005 г.).

С 2004 г. выявлена тенденция увеличения у девочек частоты эктопий шейки матки, особенно в возрастной группе 15–17 лет (2 % — 2004 г.; 2,5 % — 2005 г.). Следует также отметить и увеличение патологии молочных желез (с 0,9 % в 2002 г. до 3,4 % в 2005 г.). Отмечено уменьшение количества случаев аборт (168 — 2004 г.; 120 — 2005 г.). Несомненно, это связано с работой, проводимой врачами детскими гинекологами и увеличением использования методов контрацепции (380 — 2004 г.; 950 — 2005 г.).

ВЫВОДЫ

Анализ гинекологической патологии у девочек выявил тенденцию увеличения нарушений менструального цикла (олигоменорея), сальпингитов, патологии молочных желёз, кондилом вульвы и влагалища, эктопий шейки матки. Возрастная группа 15–17 лет — это группа риска гинекологической

патологии. Увеличение частоты олигоменореи в 2005 г. в 3 раза может способствовать росту частоты аменореи в 2006 г. Рост кондилом и эктопий шейки матки, диктует необходимость диспансерного наблюдения за этой группой девочек и проведения лечебных мероприятий по профилактике фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

Л.И. Колесникова, Е.Е. Храмова, Л.В. Сутурина, В.П. Ильин, Е.И. Макеева, Л.Ф. Шолохов

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВУШЕК С МИКРОАДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Клиника ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Выявить особенности полового созревания, оценить состояние гонадотропной функции гипофиза при гормононеактивных микроаденомах гипофиза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 171 пациентка в возрасте 11–17 лет (средний возраст $14,8 \pm 0,15$ лет).

Критериями исключения из исследования явились патология щитовидной железы, заболевания надпочечников, гипергонадотропные состояния, прием оральных контрацептивов.

Всем девушкам проведены общеклинические, биохимические исследования, определены уровни гормонов в сыворотке крови, по показаниям проведены лекарственные пробы, УЗИ органов малого таза и щитовидной железы, инструментальные и методы обследования МРТ (КТ) головного мозга с прицельным исследованием sella-области.

На основании обследования выделены следующие группы: девушки с функциональной гиперпролактинемией ($n = 20$), с микропролактиномой гипофиза ($n = 85$), гормононеактивной аденомой гипофиза ($n = 35$), группа контроля ($n = 31$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Физическое развитие девушек по средним величинам не отличалось и соответствовало возрасту. При анализе течения перинатального периода выявлены следующие нарушения: гестоз, угроза прерывания беременности, внутриутробная гипоксия плода. Наиболее значимы эти нарушения во второй и третьей группах (p для χ^2 0,00001 и 0,0005 соответственно).

При изучении анамнеза отмечено, что все девушки в детстве перенесли какие-либо вирусные инфекции. Чаще всего это были: ветряная оспа, краснуха и частые острые респираторные вирусные инфекции. В группе с функциональной гиперпролактинемией у 80 % (16 пациенток) имелось указание на 3 и более вирусных инфекции, микропролактиномой гипофиза — 73 % (62), «неактивной»

микроаденомой гипофиза — 43 % (15), группе контроля — 45 % (9) (14). Кроме этого у подростков выявлена и сопутствующая соматическая патология — хронические тонзиллиты, пиелонефриты и заболевания желудочно-кишечного тракта. В первой группе 80 % (16), во второй 68 % (58), в третьей 57 % (20) и в четвертой 26 % (8). Чаще данные изменения выявлялись во второй и третьей группе (p для χ^2 0,005 и 0,01 соответственно).

Одной из самых частых жалоб у девушек с микроаденомами гипофиза была жалоба на головные боли (100 %), при функциональной гиперпролактинемии — 85 %. Слабость и сонливость, снижение памяти и зрения также достоверно чаще встречались в этих группах ($p < 0,00001$).

Степень развития вторичных половых признаков (оценивалось по Таннеру) соответствовало возрасту у 64,7 % пациенток с микропролактиномой гипофиза, у 56,8 % с гормононеактивной микроаденомой и у 95 % девушек с функциональной гиперпролактинемией. Средний возраст прихода первой менструации в группе с микропролактиномой и неактивной микроаденомой составил $12,6 \pm 1,3$, что не отличалось от популяционной нормы и группы девушек с функциональной гиперпролактинемией $12,3 \pm 1,2$. Но необходимо отметить, что ни у одной у пациентки с микропролактиномой и неактивной микроаденомой не было регулярных менструаций: у 28,2 % (24) — первичная аменорея, а у 24,7 % (21) — вторичная аменорея, у остальных задержки менструаций до 3 месяцев, у некоторых пациенток — обильные, длительные менструации.

При определении средних значений гормональных показателей у девушек с микропролактиномой и неактивной микроаденомой гипофиза нами выявлены статистически значимые снижения уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и общего трийодтиронина (T_3) по сравнению с группой контроля и функциональной гиперпролактинемией ($p < 0,0000$). При анализе средних значений гонадотропинов у девушек с микропролактиномой выявлено значимое снижение уровня фолликуло-