

(боли в молочных железах) выявлялась у 171 пациентки (19 %), лакторей обнаруживалась у 56 девушек (7,44 %), с лабораторно подтвержденной гиперпролактинемией выявлено 37 человек (4,97 %), у всех пациенток исключено новообразование гипофиза. Наше исследование показало, что в группе студенток с мастопатиями статически значимо чаще выявлялась масталгия. Так, нами выявлено, что в группе студенток с мастопатиями масталгия встречалась у 44,93 %, что статистически значимо превышало частоту выявления масталгии в группе девушек без патологии молочных желез — 16,85 % ($\chi^2 = 32,642$; $p = 0,001$). Также этот симптом (масталгия) чаще выявлялся у девушек с гиперпролактинемией, по сравнению с группой студенток, не имеющих этого диагноза, что составило 43,24 % и 17,9 % соответственно ($\chi^2 = 14,736$;

$p = 0,001$). В группе студенток без масталгии лакторей выявлялась у 4,12 %. В группе девушек с масталгией лакторей выявлялась статистически значимо чаще — у 15,2 % ($\chi^2 = 29,191$; $p = 0,001$). При гиперпролактинемии лакторей выявлялась у 19,64 % студенток, а в группе девушек без гиперпролактинемии — 3,08 % ($\chi^2 = 36,543$; $p = 0,001$). Не найдено статистически значимых связей между мастопатией и лактореей, мастопатией и гиперпролактинемией.

ВЫВОДЫ

Таким образом, частота выявления различных форм мастопатий у девушек-студенток составила 9,41 %. Масталгия встречается у 19 % студенток, свидетельствуя у большинства из них о наличии дисгормональной мастопатии или гиперпролактинемии.

Д.Н. Гизатуллина

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК

Казанский государственный медицинский университет (Казань)

В настоящее время отмечается рост частоты вульвовагинитов кандидозной этиологии среди девочек. Также обращает на себя внимание непрерывное течение воспалительного процесса, с не продолжительными периодами ремиссии. Следует отметить резистентность к традиционной, общепринятой, терапии либо непродолжительное и минимальное улучшение на фоне применения местных антисептических, антимикробных или антифунгальных препаратов. Это негативно отражается на репродуктивной функции девочки в неотдаленном будущем. Сегодня в условиях экологического неблагополучия, нерационального применения антибиотиков, широкого использования различных антисептических препаратов одним из факторов продолжительного хронического процесса являются применяемые врачами диагностические методы, недостаточно полно отражающие реальную картину причины воспаления. Исходя из этого, цели нашей работы — разработать методы диагностики хронического вульвовагинита и впоследствии скорректировать общепринятые методы ведения больных с часторецидивирующим хроническим вульвовагинитом бактериальной, кандидозной или смешанной этиологии.

Нами было обследовано 25 девочек в возрасте от 1 до 12 лет. В том числе, от 1 до 3 лет — 9 человек (36 %), от 4 до 7 лет — 12 человек (48 %), и от 8 до 12 лет — 4 человека (16 %). Частота обострения процесса у обследуемых девочек была от 2 до 6 раз в год. Проведено комплексное обследование, которое включало в себя микроскопическое, культуральное бактериологическое, микологическое, а

также серологическое исследование с определением в сыворотке крови циркулирующего антигена *Candida albicans* (CA) с помощью амперометрического иммуноферментного сенсора.

Были получены следующие результаты: по данным микроскопического исследования только у 6 (24 %) девочек можно было диагностировать вульвовагинит, у 19 (76 %) девочек влагалищный мазок соответствовал I типу (нормоценоз).

В результате культурального исследования у всех выявлена бактериальная флора, в титрах $> 10^4$. Видовой состав возбудителей воспаления распределился следующим образом: в 68 % был выявлен рост только стафилококка эпидермального, у 12 % — ассоциации стафилококка эпидермального и золотистого, в 12 % случаев выявлено сочетание эпидермального стафилококка с синегнойной палочкой, и в 8 % случаях — ассоциация стафилококка эпидермального, золотистого и энтерококков. При этом следует обратить внимание на то, что при определении чувствительности к антибактериальным препаратам в 90 % случаев возбудители устойчивы к антибиотикам, традиционно применяемым в лечении вульвовагинита у девочек и часто используемым в педиатрической практике.

У 18 (72 %) девочек культурально определяется CA в титре диагностически значимой концентрации. У 2 (12 %) плесневые грибами рода *penicillium*. У 2 (12 %) видовую принадлежность грибов определить не удалось.

Определение в сыворотке крови циркулирующего антигена CA было проведено всем боль-

ным с наличием в культуральном исследовании грибов. При этом у 82 % обследованных девочек с положительным результатом на грибы в сыворотке крови определяется циркулирующий антиген СА, что указывает на инвазивную стадию микотического процесса, а также на его активацию.

Из данных нашего исследования следуют следующие выводы:

1. Микроскопия мазка не всегда отражает истинную картину процесса.

2. Необходимо проводить посев на грибы, т.к. они часто являются поддерживающим агентом воспаления, не определяясь при этом микроскопически.

3. При обнаружении грибов необходимо обследовать на наличие кандидозного антигена в крови, что говорит об инвазивном течении процесса и требует применение антимикотических средств перорального применения (флюконазол, оригинальный препарат — дифлюкан).

Таким образом, только тщательный анализ клинического состояния ребенка, полноценное лабораторное обследование позволят выявить истинную причину воспалительного процесса в урогенитальном тракте ребенка и в результате проведения адекватной терапии добиться полного клинико-этиологического излечения заболевания, что чрезвычайно важно для профилактики нарушений репродуктивной функции у девочки в будущем.

Е.А. Дикушина

ДИСМЕНОРМ В ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ

ГУ Нижегородская областная детская клиническая больница (Нижний Новгород)

Появление новых лекарственных препаратов природного происхождения расширяет арсенал негормональных методов терапии нарушений менструальной функции у девушек-подростков.

Незрелость системы регуляции менструальной функции в подростковом периоде, высокая её чувствительность к факторам внешней и внутренней агрессии определяет необходимость более широкого использования растительных препаратов, благодаря их особенностям: мягкости воздействия, полифункциональности, наличии эффекта последствия, отсутствию эффекта отмены препарата.

По материалам кабинета гинекологии детей и подростков КДЦ ГУ НОДКБ за 2005 год нарушения менструального цикла составили 26 % (1260 девушек) в структуре выявленных гинекологических заболеваний у девочек и подростков от 0 до 18 лет, являясь основной причиной обращения у девушек 12 — 18 лет.

Анализ структуры нарушений менструальной функции показал, что наибольший удельный вес занимают различные проявления дисменореи.

404 пациентки (32 %) предъявляли жалобы на болезненные, обильные, нерегулярные менструации, 139 (11 %) — на болезненные, обильные, регулярные менструации.

132 девушки (10,5 %) были экстренно госпитализированы в стационар с Ю.М.К. 359 пациенток (28,5 %) указали на те или иные проявления гипоменструального синдрома. По поводу аменореи I обратилось 158 (12,6 %) пациенток, аменореи II — 68 (5,4 %) девушек.

Целью нашего исследования была оценка клинической эффективности препарата Дисменорм у 60 девушек 14 — 17 лет с первичной дисменореей, первично обратившихся в КДЦ ГУ НОДКБ в пе-

риод задержки менструаций на 2 — 3 месяца, но не пожелавших по разным причинам пройти комплексное клинико-лабораторное обследование и лечение в условиях стационара.

После первичного гинекологического осмотра, с производством вагиноскопии, УЗИ органов малого таза, консультации невролога, эндокринолога, ЛОР, по показаниям — УЗИ молочных желёз и щитовидной железы пациенткам назначался препарат Дисменорм по 1 таблетке 3 раза в день за полчаса до еды на протяжении 3 месяцев.

Дисменорм является комплексным препаратом природного происхождения, который нормализует ритм, интенсивность и продолжительность менструальных кровотечений.

Анализ клинических результатов лечения через 3 месяца показал, что менструации возобновились у всех 60 девушек (100 %) уже через 10 — 14 дней от начала приёма препарата.

Однако 3 девушки (5 %) с приходом менструаций приём препарата прекратили в виду появления аллергической сыпи на коже предплечий и груди через 2 недели от начала лечения (в состав препарата входит *Apis mellifica* — пчела медоносная).

Из 57 пациенток, продолживших приём препарата, 49 девушек (86 %) отметили сокращение менструального кровотечения на 1 — 2 дня во время 2 и 3 циклов, 52 человека (91,2 %) указали на значительное уменьшение интенсивности болевых ощущений. 5 человек (0,8 %) по-прежнему использовали обезболивающие препараты. Исчезновение побочных явлений во время менструации (головная боль, слабость, головокружение, тошнота) отмечали все 57 девушек (100 %). Через 3 месяца при углублённом обследовании 5 пациенток с болезненными