

Актуальность проблемы. Пубертатный период – период полового созревания является основой в формировании репродуктивной функции девочек. Существует многообразие факторов, влияющих и определяющих особенности течения периода полового созревания. По данным Е.А.Богдановой, частота нарушений периода полового созревания составляет 15-18% [1].

Одной из проблем детской гинекологической науки является своевременная диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников в пубертатном периоде. Исследования, проведённые в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (Москва) позволили установить, что частота опухолевидных образований яичников у девочек и у девушек составляет 37% [1]. Аналогичные данные приводятся и в других научных исследованиях. По данным авторов [3,6,8] за последнее десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты опухолей и опухолевидных образований яичников, что существенно отражается на частоте нарушений репродуктивной функции. Среди доброкачественных новообразований яичников на долю опухолевидных образований яичников приходится 30,9-45,6% [4,7].

Изучение структуры опухолевидных образований яичников позволили установить, что 70,9% занимают кисты яичников [2,5]. При этом частота фолликулярных кист составляет 85-90%, кист жёлтого тела 2-5%, текалютеиновых кист 1-2% [2,5].

По данным Богдановой Е.А., изучение клинических проявлений опухолей и опухолевидных образований яичников у детей выявило бессимптомное течение у 19,6% девочек, нарушение менструальной функции – у 30% девочек. Из них у 12% девочек отмечались нерегулярные менструации, у 23% девочек – аменорея [1].

Исследования клинических особенностей течения опухолевидных образований яичников позволили установить наличие фолликулярных и геморрагических кист яичников у девочек, высокую частоту осложнений: перекрута и разрыва яичника. Частота перекрута опухолевидных образований яичников, вызывающих клинику “острого живота”, составляет 15% [1].

Цель исследования: изучение частоты встречаемости, клинических проявлений различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания в условиях г. Баку.

Материалы и методы исследования. Исходя из поставленной цели, было обследовано 177 девочек в периоде полового созревания. В основную группу были включены 41 (23,2%) девочка с различными опухолевидными образованиями яичников. Учитывая, что в последние годы синдром поликистозных яичников (СПКЯ) выделен в отдельную нозологическую единицу (по МКБ 10 – E.28.2), девочки, с клинико-диагностическими проявлениями синдрома поликистозных яичников (n=20), условно были отнесены к опухолевидным образованиям яичников. В настоящей работе СПКЯ выделен как патологический процесс яичников.

Сравнительную группу составили 136 (76,8%) девочек с физиологическим течением периода полового созревания. Обследование девочек включало изучение анамнеза девочек, жалоб, определение гемодинамических, антропометрических показателей, измерение наружных размеров таза, выраженности вторичных половых признаков и становления менструального цикла, а также проведение УЗИ органов малого таза и исследование гормонов в сыворотке крови. Полученные результаты подвергались статистической обработке по компьютерной программе “Statgraph”, предназначенных для параметрических и непараметрических методов расчёта средних значений.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что частота опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания составляет 23,2%, что предполагает их наличие у каждой четвёртой обследуемой девочки.

На основании клинических, функциональных методов исследования яичников у 13 (31,7%) девочек (из 41) была диагностирована фолликулярная киста, у 20 (48,8%) - поликистоз яичников и у 8 (19,5%) девочек определялись воспалительные процессы яичников.

Исследование частоты встречаемости различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания позволило установить, что частота фолликулярной кисты составляет 7,34%, поликистоза яичников – 11,3% и воспалительного процесса яичника – 4,52%, что позволяет утверждать достаточно высокую их частоту в периоде полового созревания среди различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания.

Изучение частоты диагностики различных опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания позволило установить, что среди этих заболеваний у каждой 2-й девочки отмечается поликистоз яичников, у каждой 3-й девочки – наличие фолликулярной кисты, у каждой 5-й девочки – наличие воспалительного процесса яичников.

Результаты исследования возраста девочек с различными опухолевидными образованиями яичников представлены в таблице 1.

Таблица 1

Возрастные особенности девочек с различными опухолевидными образованиями яичников (%)

Опухолевидные образования и патологические процессы яичников	Возраст девочек, лет					
	12-13 (n=9)		14-15 (n=19)		16-17 (n=13)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фолликулярная киста (n=13)	3	23,1	6	46,1	4	30,8
Поликистоз яичников (n=20)	6	30	6	30	8	40
Воспалительный процесс (n=8)	-	-	7	87,5	1	12,5

Как видно из таблицы, основным периодом диагностики опухолевидных образований яичников является возраст девочек старше 14 лет.

Результаты исследования частоты клинических проявлений опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, клиническими проявлениями наличия фолликулярной кисты яичников у девочек в периоде полового созревания в 21,2% случаев являются боли, преимущественно тянущие и ноющие.

Важным является высокая частота нарушения менструального цикла (10,6%) и менструаций (15,2%). Следует отметить, что почти у всех девочек с фолликулярной кистой яичника отмечается альгодисменорея (19,7%). При этом все эти нарушения определяются на фоне выраженной эмоциональной лабильности девочек.

Таким образом, клиническими проявлениями фолликулярной кисты яичника в периоде полового созревания явились наличие более различного характера (21,2%), преимущественно тянущих и ноющих болей (13,6%), нарушение менструаций и менструального цикла (25,8%), альгодисменорея (19,7%) на фоне эмоциональной неустойчивости: раздражительности, неврозности, взрывчатости, плаксивости (9,1%).

Таблица 2

Частота встречаемости клинических симптомов при опухолевидных образованиях у девочек в периоде полового созревания (%)

Клинические симптомы	Фолликулярная киста		Поликистоз яичников		Воспалительные процессы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.Бессимптомное течение	2	3,0	-	-	-	-
2.Боли:	14	21,2	3	3,0	14	31,8
-острые боли	3	4,5	-	-	-	-
-тянущие, ноющие боли	9	13,6	3	3,0	8	18,2
-боли на фоне физ. нагрузки	2	3,0	-	-	6	13,6
3.Нарушение менструального цикла (пройменорея, опсоменорея, аменорея)	7	10,6	12	12,1	3	6,8
4.Нарушение менструации (олигоменорея, полименорея)	10	15,2	18	18,2	4	9,0
5.Альгодисменорея	13	19,7	-	-	8	18,2
6.Гирсутизм	2	3,0	20	20,2	1	2,3
7.Раннее пубархе	-	-	8	8,1	-	-
8.Акне	4	6,0	16	16,2	-	-
9.Дизурические явления	3	4,5	5	5,1	7	15,9
10.Запоры	3	4,5	-	-	1	2,3
11.Слабость, одышка, утомляемость		3,0	-	-	6	13,6
12.Эмоциональная лабильность	6	9,1	17	17,1	-	-

Примечание: за 100% принято общее количество клинических симптомов.

Изучение клинических симптомов поликистозных яичников у девочек позволили выявить выраженность гирсутизма в 20,2% случаев с ранним пубархе (8,5%), наличием акне (16,2%). Частота нарушения менструального цикла у девочек с поликистозом яичников составляет 12,1%, нарушение менструаций 18,2%. Достаточно важным является выраженная эмоциональная лабильность девочек с поликистозом яичников (17,1%), частота которойкратно превышает аналогичный симптом у девочек с фолликулярной кистой яичников (9,1%).

Изучение особенностей течения воспалительных процессов у девочек позволили также определить различную выраженность болевого синдрома с преобладанием тянущих, ноющих болей внизу живота (18,2%), а также болей на фоне физической нагрузки (13,6%).

Следует отметить высокую частоту альгодисменореи (18,2%), дисурических расстройств (15,9%) при воспалительных процессах яичников. В 13,6% случаев у этих девочек определялась слабость, одышка, утомляемость. Частота нарушений менструации (9%) и менструального цикла (6,8%) была существенно ниже по сравнению с фолликулярной кистой и поликистозом яичников.

Таким образом, в результате исследования клинических проявлений опухолевидных образований яичников у девочек в периоде полового созревания было установлено, что основным периодом диагностики опухолевидных образований яичников является возраст 14 и более лет и высокая частота болевого синдрома, нарушений менструации и менструального цикла, альгодисменореи, дисурических расстройств на фоне слабости, одышки, утомляемости и эмоциональной лабильности.

Литература

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков, 2000. МИА. -313с.
2. Демидов В.Н., Адамян Л.В., Липатенко Ю.И. Применение цветного доплеровского картирования и лапароскопии при объёмных образованиях придатков матки/ – В кн.: Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М. – 1998. – С. 358-359
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселёв С.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии // Матер. Межд. Конгресса НЦ АГиП РАМН “Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии).” – М. – 1997.- С.15-37
4. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников/ – М.- Триада- X. – 1999.-149 с.
5. Торчинов А.М., Умаханова М.М., Исаев А.К., Муртазаев А.М. Современные методы диагностики доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников/ Сб. научных трудов к 60-летию ГКБ №13 “Актуальные вопросы практической медицины.” М.- РГМУ. – 2000. – С. 245
6. Lee V., Nais S., Leing N., Yap L.K. The laparoscopic management of adnexal masses in the department of reproductive medicine in Kandang Kerbau Hospital. // Gyn. Endoscopy.- 1997.- Vol. 6.- № 1. - P. 37
7. Leung T.N., Yuen P.M., Yang W.T. Laparoscopic ultrasound evaluation of ovarian lesions: is it better. // 6 th Ann. Congress of the int. Society Gyn. Endoscopy. – Singapore. – 1997.- P. 23
8. Ruhlmann C., Vetrano R., Gonzales D., Basso F., Rolla E. Comparion of laparoscopic versus conventional treatment of ovarian endometrioma. // J. AAGL. – 1996.- Vol. 3. - №4. – P. 44

ХУЛОСА

ХУСУСИЯТҲОИ ТАШКИЛАҲОИ ОМОСМОНАНДИ ТУХМДОНҲОИ ДУХТАРОНИ СИННИ БАЛОҒАТ ДАР ШАРОИТИ Ш. БОКУ

Л.А.Начӣ, Э.М.Алиева

Мақсади тадқиқот – омӯзиши басомади вохӯрди ин гуна амроз ва зухуроти сарири ташкилаҳои гуногуни омосмонанди тухмдонҳои духтарон дар давраи балоғат дар шароити шаҳри Боку мебошад. 117 нафар духтарони дар давраи балоғат қарордошта муоина карда шуданд, ки дар 41 (23,2%) нафари онҳо ташкилаҳои гуногуни омосмонанд муайян карда шуданд. Дар натиҷаи тадқиқоти мазкур муқаррар карда шуд, ки басомади кистаи фолликулярӣ - 7,34%, поликистозии тухмдонҳо - 11,3% ва раванди илтиҳобии тухмдон - 4,52%-ро ташкил медиҳанд.

SUMMARY

FEATURES OF TUMOR-LIKE FORMATIONS OF OVARIES IN GIRLS AT PUBERTY IN BAKU

L.A. Naji, E.M. Alieva

The aim of the study was to examine the frequency of occurrence, clinical manifestations of different tumor formations of ovaries in girls at puberty in Baku. Were examined 177 girls at puberty, of which in 41 (23,2%) girls were identified various tumor-like formations of ovaries.

The study was established that the incidence of follicular cysts was 7.34%, polycystic ovaries - 11,3% and the inflammatory process of ovary - 4.52%.

Key words: follicular cyst, ovarian inflammation, polycystic, puberty

Адрес для корреспонденции:

Э.М.Алиева – зав. кафедрой акушерства и гинекологии №3 Азербайджанского медицинского университета; AZE 1014, г.Баку, E-mail: eli.prof@box.az

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

М.Я.Камилова, Б.К.Коимдодова, Ф.З.Хамидова

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В нашей работе представлены данные денситометрического и гормонального методов исследования у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью до и после профилактики нарушений минерализации костной ткани. Доказано, что у данной контингента пациенток отмечается снижение минеральной плотности костной ткани и различные типы и уровни нарушения менструального цикла. Гормональная терапия, препараты кальция, сбалансированное питание, активный образ жизни улучшали показатели остеоденситометрии.

Ключевые слова: овариальная недостаточность, профилактика остеопения, бесплодие нарушение минерализации костной ткани, репродуктивный возраст

Введение. Известно, что дефицит женских половых гормонов значительно нарушает у таких женщин состояние женского организма [1]. Состояние эстрогендефицита у женщин репродуктивного возраста вызывают, как правило, бесплодие. В настоящее время разработаны различные методы и схемы восстановления детородной функции у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью [2]. Однако, вопросы профилактики нарушений минерализации костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью разработаны недостаточно.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов денситометрического исследования и профилактики нарушений минерализации костной ткани у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью.

Материалы и методы. Нами обследованы женщины репродуктивного возраста - 118 с овариальной недостаточностью (основная группа) и 32 - с нормальной овариальной функцией (контрольная группа). Из 118 женщин основной группы 95 ($72,9 \pm 4,1\%$) обратились по поводу бесплодия и 23 ($27,1 \pm 4,1\%$) - ввиду нарушений менструального цикла. В 60 ($50 \pm 4,60\%$) случаях имело место сочетание бесплодия с нарушением менструального цикла. Средний возраст обследованных женщин контрольной группы составил $28,8 \pm 0,6$ лет, основной группы – $25,5 \pm 0,45$ лет. Для диагностики типа и уровня нарушений менструального цикла проводились следующие методы исследования: определение содержания гонадотропных и половых стероидных гормонов в сыворотке крови, ультразвуковое исследование – мониторинг фолликула и определение диаметра жёлтого тела. С целью определения состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) производилось остеоденситометрия на двухэнергетическом денситометре «Lunar Prodigy». Статистическая обработка проведена на компьютере с использованием стандартных программ «Excell».

Результаты исследования. У 88 ($74,58 \pm 4,008\%$) женщин имела место нормогонадотропная недостаточность функции яичников, у 24 ($20,33 \pm 3,70\%$) - гипергонадотропная, и у 6 ($5,084 \pm 2,022\%$) - гипогонадотропная. Среди женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью у 13 ($14,77 \pm 3,78\%$) диагностирован ановуляторный менструальный цикл по типу персистенции фолликула, у 30 ($34,09 \pm 5,05\%$) - по типу атрезии фолликула, недостаточность лютеиновой фазы – у 45