



Актуальные вопросы детской гинекологии

Обзор конференции

Весной прошлого года проходила 2-я научно-практическая конференция с международным участием «Гармония гормонов – основа здоровья женщины», организованная при поддержке МЗ Украины, НАМН Украины, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Украины», Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и Ассоциации гинекологов-эндокринологов Украины. В рамках секции по актуальным вопросам репродуктивного здоровья пациенток детского и подросткового возраста участники мероприятия имели возможность приобрести ценные знания касательно современных методов диагностики и лечения ряда заболеваний у этой категории больных.

В докладе, подготовленном совместно Е. П. Гнатко, д.мед.н., профессором, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии № 2 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца и А. И. Чубатым, к.мед.н., доцентом кафедры, был изложен опыт лечения эндометриоза яичников у девочек-подростков.

Эндометриоз – пролиферативное эстрогензависимое заболевание со сложным и разнообразным симптомокомплексом, которое характеризуется наличием подобной к эндометрию ткани вне матки. Как правило, встречается у женщин репродуктивного возраста и часто сопровождается проявлениями, снижающими качество их жизни.

В мире почти 180 млн женщин репродуктивного возраста страдают эндометриозом (10% в популяции), из них 117 млн – в возрасте до 30 лет (35 млн – до 19 лет). У 46% пациенток диагностируют бесплодие, 70% – жалуются на хроническую тазовую боль. Частота гистерэктомий у данного контингента больных достигает 25%, из них 10% операций выполняют женщинам до 30 лет, 50% – до 37 лет.

В среднем временной интервал от появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза эндометриоза в возрастной категории пациенток до 20 лет составляет приблизительно 7 лет. Такая задержка строго коррелирует с ухудшением качества жизни женщин и ростом возникающих при этом экономических затрат. Более ранняя диагностика и лечение могут смягчить неблагоприятные последствия заболевания, однако

многие проблемы все же остаются. Там, где это возможно, приоритет должен быть отдан медикаментозной терапии (ранее считалось, что нужно начинать с операции). Следует обеспечить поэтапный подход к ведению пациенток с эндометриозом.

В последние годы в структуре гинекологической заболеваемости наблюдается четкая тенденция к повышению частоты опухолевидных образований яичников – с 6-11 до 19-25%. В клинической практике наиболее часто (83%) выявляют фолликулярные кисты, реже – кисты желтого тела (5%), эндометриодные (11%) и параовариальные (12%) кисты (Кулаков В.И., 2005; Вовк И.Б., 2013).

Согласно данным А.Э. Тер-Овакимяна (2008), среди всех опухолевидных образований яичников эндометриодные кисты диагностируют в пределах от 21,5 до 60-70%, при этом после их оперативного удаления рецидив имеет место в 31,7% случаев. Факторами, провоцирующими повторное развитие эндометриоза, считаются молодой возраст и разрыв опухоли.

В структуре гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста удельный вес опухолей яичников, по мнению разных авторов, колеблется от 1 до 4,6% (Вдовиченко Ю.П., 2003; Стрижаков М.А., 2005).

К наиболее распространенным симптомам эндометриоза относят дисменорею, диспареунию, хроническую тазовую боль, бесплодие. На фоне данного заболевания у женщин ухудшаются отношения в обществе (51%), нарушается половая жизнь (75%), резко снижается трудоспособность и восприимчивость к усвоению нового материала (85%).

Известно, что глобальная экономическая нагрузка эндометриоза превышает 70 млрд долл. в год. Затраты на его лечение в 2 раза больше таковых при терапии некоторых хронических заболеваний, в частности сахарного диабета и ревматоидного артрита.

На сегодняшний день золотым стандартом диагностики эндометриоза является лапароскопическая визуализация с гистологическим подтверждением. Чувствительность метода составляет 97%, специфичность – 95% и точность – 96%. Диагностическая лапароскопия дает специалисту уникальную возможность поставить точный диагноз и удалить все видимые очаги эндометриоза в ходе одной манипуляции.



Эндометриоз следует рассматривать как хроническое заболевание, требующее разработки пожизненного плана ведения пациентки с максимальным использованием медикаментозной терапии и без повторных хирургических вмешательств.

Медикаментозная терапия включает назначение таких препаратов:

- первая линия: комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестины (*per os*, внутримышечно, подкожно);
- вторая линия: агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) + add-back-терапия, левоноргестрелвысвобождающая внутриматочная система;
- другие лекарственные средства: даназол, ингибиторы ароматазы, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики.

Из требований, предъявляемых к препаратам для лечения эндометриоза, следует выделить купирование болевого симптома, улучшение качества жизни, уменьшение эндометриозных поражений, минимальное побочное действие при длительном применении, сохранение/улучшение фертильности, профилактика рецидивов. Так, по мнению S.R. Soares et al. (2012), идеальное лечение эндометриоза должно уменьшать боль, вызывать регресс эндометриозных поражений и при этом сохранять фертильность.

Далее докладчик представил результаты собственного исследования по оценке эффективности лечения 12 девочек-подростков с эндометриозом яичников. Пациенток разделили на две группы: в первую вошли четыре (33,3%) девочки в возрасте 12-14 лет, во вторую – восемь (66,7%) в возрасте 15-18 лет. Результаты анализов на гормоны и основной онкомаркер рака яичников СА-125 представлены в таблице 1.

Таблица 1. Исходные уровни в плазме крови фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), эстрадиола и СА-125 в исследуемых группах

Возраст, лет	ФСГ, МЕ/л	Эстрадиол, нмоль/л	СА-125, Ед/мл
12-14 (n=4)	3,2±0,1	0,62±0,01	62±2,7
15-18 (n=8)	3,1±0,1	0,64±0,01	73±2,8

В первой группе консервативное неспецифическое лечение до оперативного вмешательства длилось 2-4 года, во второй – 2-7 лет. После выполнения резекции яичников в пределах здоровой ткани была назначена противорецидивная терапия, которая включала назначение в первой группе КОК трем девочкам и диеногеста 2 мг/сут – одной; во второй – четыре пациентки принимали диеногест в той же дозе, остальные четыре – агонист ГнРГ. Через 3 и 6 мес терапии обследование показало в обеих группах повышение уровня ФСГ, снижение – эстрадиола

и онкомаркера СА-125 (табл. 2), что указывает на достаточную эффективность вышеуказанного лечебного подхода у девочек-подростков с эндометриозом яичников.

Таблица 2. Содержание в плазме крови ФСГ, эстрадиола и СА-125 в исследуемых группах после лечения

Возраст, лет	ФСГ, МЕ/л		Эстрадиол, нмоль/л		СА-125, Ед/мл	
	3 мес	6 мес	3 мес	6 мес	3 мес	6 мес
12-14 (n=4)	4,3	4,2	0,32	0,34	28	30
15-18 (n=8)	4,6	4,3	0,31	0,34	27	32

Подытоживая выступление, А.И. Чубатый подчеркнул, что терапия пациенток с эндометриозом должна быть комплексной и длительной. С учетом возраста, репродуктивных планов женщины она предусматривает оперативное вмешательство (лапароскопия, лапаротомия) и применение медикаментов (специфическая терапия – агонисты ГнРГ, гестагены; неспецифическая – НПВП, КОК). Хирургическое лечение не лишено рисков (неполное удаление очагов, нарушение овариального резерва и т.п.) и должно проводиться в оптимальные сроки. При этом необходимо избегать/минимизировать повторные хирургические вмешательства. Индивидуальный подход, которого требуют больные, будет наиболее оптимальным при участии многопрофильной бригады специалистов, имеющих достаточную квалификацию в консультировании и лечении эндометриоза и связанных с ним симптомов. Вместе с тем остаются нерешенными некоторые вопросы ведения пациенток с данным диагнозом. В частности, нет согласованности в тактике ведения подростков с эндометриозом; не разработаны стратегические подходы к предупреждению заболевания в младшей возрастной группе; не определен оптимальный способ жизни и диета у таких пациенток; не уточнена стратегия лечения глубокого эндометриоза и т.п., что требует дальнейшего исследования.

Проблема этиологии и профилактики вульвовагинитов в разные периоды жизни девочки была освещена в докладе группы авторов: к.мед.н. М.Ю. Сергиенко, д.мед.н, профессором Э.Б. Яковлевой, к.мед.н. Л.В. Желтоноженко, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии УНИПО Донецкого национального медицинского университета имени Максима Горького.

По данным разных авторов (Богданова Е.А., 2005; Гуркин Ю.А., 2009; Уварова Е.В., 2013), частота вульвовагинитов у девочек колеблется в пределах от 13,5 до 93%, причем в более чем 60% случаев имеет место рецидивирование воспалительного процесса. Рутинное обследование с использованием «полного протокола» приводит к затяжному течению заболевания, необоснованным расходам. Назначение агрессивных способов



лечения вызывает нарушение биоценоза вульвы и влагалища, а также осложнения со стороны других органов и систем.

Известно, что в период новорожденности и грудного вскармливания у девочек могут встречаться молочница вульвы и пеленочный дерматит, ассоциированный с дрожжевыми грибами рода *Candida* (микрофлора, полученная от матери при рождении). Наиболее распространенной патологией в дошкольном и младшем школьном возрасте являются воспалительные заболевания вульвы и/или влагалища, синехии малых половых губ. Зачастую вульвовагиниты воспринимаются врачами и родителями девочек как «взрослая» болезнь, много времени и усилий тратится на то, чтобы найти ее возбудителя. Однако в данном случае главная задача при ведении этих пациенток заключается в оздоровлении всего организма, санации очагов хронической инфекции, лечении и профилактике типичных детских заболеваний — частых ОРВИ, атопического дерматита, энтеробиоза, дисбактериоза и др.

В пре- и раннем пубертате девочки весьма редко обращаются к гинекологу с жалобами на выделения из половых путей (характерны физиологические бели). С началом сексуальной жизни (юношеский период) у пациенток могут диагностировать все формы неспецифического и специфического вульвовагинита, инфекции, передающиеся половым путем (Wolf A.S., Mittag Y.E., 2004).

Первый подъем уровня заболеваемости вульвовагинитами у детей наблюдается в возрасте 2-3 лет и объясняется снижением внимания родителей к туалету наружных гениталий, а также наиболее выраженной алергизацией в этот период. Второй пик развития этого недуга связан с недостаточными гигиеническими навыками девочек в возрасте 3-7 лет, увеличением количества случаев простудных заболеваний и энтеробиоза (Уварова Е.В., 2007). Около 40% девочек с вульвовагинитами имеют кожную патологию: нейродермит, экзему, атопический дерматит, при этом существует семейная отягощенность по кожной патологии. Воспаление неинфекционного генеза через 3-7 дней приобретает черты бактериального воспалительного процесса. Приблизительно у 20% девочек с вульвовагинитом наблюдаются отчетливые нарушения микробного пейзажа кишечника, до 40% — состоят на учете у отоларинголога (Гуркин Ю.А., 2009).

Докладчик напомнила, что иммунная система слизистых включает желудочно-кишечный и респираторный тракты, мочеполовую систему и различные секреторные железы. Поражение одного из сегментов этой интегральной системы может нарушать функционирование иммунной системы слизистых в других областях, вызывая глубокие сдвиги в микробных ассоциациях с развитием воспалительного процесса. С этих позиций со-

стояние микрофлоры влагалища является интегральным показателем здоровья и резистентности организма (Кокolina В.Ф., 2006).

Вульвовагиниты могут возникать при:

- специфических инфекциях влагалища (типичная и патологическая флора толстого кишечника, гемолитический стрептококк группы А, золотистый стафилококк, гонорея, хламидиоз, бактериальный вагиноз, пневмококковая инфекция);
- инфекциях, вызванных другими микроорганизмами (кандиды, трихомонады);
- энтеробиозе;
- воздействии местных физических и химических факторов (инородное тело, травма, особенности одежды и ухода, урологические заболевания, синехии, патология прямой кишки), аллергии (контакт с раздражителем);
- системных заболеваниях с поражением слизистых вульвы и влагалища (корь, ветряная оспа, скарлатина, дизентерия, брюшной тиф);
- генерализованных заболеваниях кожи (атопический дерматит, псориаз, склерозирующий лишай, контактный дерматит, вирус простого герпеса);
- венерической патологии;
- психосоматических расстройств.

Факторы, способствующие развитию и поддержанию воспалительного процесса:

- анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек;
- эндогенные этиологические факторы;
- экзогенные этиологические факторы;
- вредные привычки, алиментарные факторы, неблагоприятные социально-экономические условия, экологическое неблагополучие.

К индивидуальным анатомическим особенностям девочек относятся: отсутствие задней спайки, неполное смыкание срамных губ в нижних отделах, низкое расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала, истонченность и замедленная пролиферация эпителия полового тракта. Эндокринная и иммунная системы девочек характеризуются низкой эстрогенной насыщенностью, недостаточной выработкой гликогена, нейтральной или щелочной вагинальной средой, отсутствием палочек Додерлейна, преобладанием во влагалище кокковой флоры, сниженным местным иммунитетом.

Эндогенными этиологическими факторами вульвовагинитов у девочек принято считать сахарный диабет, атопический дерматит, гломерулонефрит, пиелит, цистит, частые простудные заболевания, очаги хронической инфекции, дисбиоз кишечника. Рецидивы неспецифических бактериальных вульвовагинитов у девочек в 82% случаев возникают на фоне обострения экстрагенитальной патологии, которая является одной из ведущих причин воспалительного процесса. Согласно исследованиям И.Б. Вовк (2006),



неспецифический вульвовагинит ни в одном из случаев не являлся самостоятельным заболеванием, а всегда сочетался с воспалением слизистых оболочек разных органов.

К экзогенным факторам, провоцирующим развитие вульвовагинитов, относят травмы половых органов, попадание во влагалище инородного тела, неоправданно частое подмывание девочки, применение с этой целью концентрированных дезинфицирующих растворов. Кроме того, большое значение в данном контексте имеет переполнение мочевого пузыря, запоры или нерегулярное опорожнение кишечника. Не следует забывать о вреде злоупотребления пряностями, тонизирующими напитками, шоколадом, пищей, богатой экстрактивными веществами, аллергенами, соединениями не природного происхождения.

Трудности в диагностике вульвовагинита у девочек связаны с отсутствием специфической клинической картины заболевания. Необходимо помнить, что наиболее часто оно вызвано собственной условно-патогенной микрофлорой. Микроорганизмы, выделяемые в посевах, не всегда являются основными возбудителями (Богданова Е.А., 2005; Уварова Е.В., 2013). Со слизистой оболочки здоровой и больной вульвовагинитом часто высеваются одни и те же виды микроорганизмов. Инфекционный процесс вызывает нарушение количественного соотношения бактериальных видов в составе интегрированного сообщества (Szcurejwicz A., 1993; Анкирская А.С., 1999).

Критериями, определяющими тактику ведения девочек с воспалительными процессами наружных половых органов, могут быть клинические ориентиры. При субклинических и сомнительных проявлениях заболевания оправдан активно выжидательный подход. Обнаружение во влагалище несвойственных микроорганизмов само по себе не является поводом для активных лечебных мероприятий при отсутствии клинической картины. Это позволяет воздержаться от необоснованных медикаментозных нагрузок, полипрагматии. С другой стороны, в периодической смене микробного пейзажа и даже в остром кратковременном неспецифическом вульвовагините есть положительный биологический смысл – совершенствование местной иммунной защиты (Гуркин Ю.А., 2009).

По данным R. Jones (1996), среди факторов, способствующих развитию вульвовагинита у девочек Великобритании, особо выделяют недостаточное соблюдение правил гигиены и атрофию вагинального эпителия, характерную для данного возраста. В большинстве случаев имеет место первично неспецифический вульвовагинит, запущенный эпизодом нарушений гигиены, часто ассоциированный со смешанной неспецифической бактериальной инфекцией из области ануса (устраняется соблюдением гигиены) (Алтчек А., Уварова Е.В., 2012).

Деликатный вопрос интимной гигиены девочки остается одним из наиболее проблемных и непонятных как для родителей, так и для специалистов. Педиатры воздерживаются от каких-либо назначений, в то время как акушеры-гинекологи часто переносят в детскую практику схемы лечения женщин репродуктивного возраста. К наиболее распространенным заблуждениям родителей можно отнести мнение о том, что подмывать девочку необходимо только водой, не затрагивая область преддверия влагалища, или же использовать «проверенные» гигиенические средства несколько раз в день.

Промежность и наружные половые органы новорожденной девочки нуждаются в регулярной гигиенической обработке:

- подгузники необходимо менять каждые 1,5-2 ч, но не реже чем через 3 ч;
- следует избегать постоянного ношения подгузников у девочек старше 1,5 года;
- девочкам до 5 лет в вопросах интимной гигиены должны помогать мамы: подмывать под проточной водой 2-3 раза в день, использовать специальные гигиенические средства не чаще 1 раза в день;
- после 5 лет девочки с нормальным развитием должны уметь подмываться самостоятельно, при этом мамы контролируют правильность проведения гигиенических процедур.

Далее были рассмотрены два типичных клинических случая из практики гинеколога. Первый клинический случай: девочка, 2,5 года, ходит и спит без подгузников; месяц назад перенесла ОРВИ, после чего появились желтовато-зеленые выделения из половых путей. Педиатр рекомендовал носить подгузники, подмывать девочку после каждой дефекации с детским мылом, применять ванночки с раствором перманганата калия, обработку цитеалом. Выделения прекратились, кожа промежности стала шелушиться, была постоянно гиперемированной, в результате чего мама прекратила все гигиенические процедуры и обратилась к детскому гинекологу. Было рекомендовано не использовать подгузники, подмывать девочку 1-2 раза в неделю со специальным мылом (например саугелла полиджин). Таким образом, появление выделений после ОРВИ отражает общую реакцию организма и не требует лечения.

Второй клинический случай: девочка, 5 лет, жалуется на боль при подмывании, образование ранок в области клитора. Мама подмывает ее 2 раза в день с детским мылом. При осмотре слизистая больших половых губ депигментирована, слизистая преддверия влагалища истончена, гиперемирована, выделения отсутствуют. Был поставлен диагноз «лейкоплакия вульвы» и рекомендовано подмывать девочку проточной водой без мыла, использовать специальные средства для интимного ухода, наносить 1-2 капли масла облепихи на область преддверия влагалища, приучить ее к самостоятельной интимной гигиене.



Переходя к выводам, М.Ю. Сергиенко отметила, что воспалительные заболевания вульвы и/или влагалища являются наиболее распространенной гинекологической патологией у девочек дошкольного и младшего школьного возраста. Большинство случаев заболевания — это первично неспецифические вульвовагиниты, возникшие при нарушении интимной гигиены, часто ассоциированные со смешанной неспецифической бактериальной инфекцией из области ануса. Основные усилия гинеколога по снижению частоты вульвовагинитов должны быть направлены на обучение коллег первичного звена правилам гигиены девочки. Профилактика рецидивов заболевания состоит в проведении общеукрепляющих мероприятий, соблюдении гигиены девочки с использованием специально предназначенных средств (саугелла полиджин).

С докладом «Предопухоловая патология шейки матки у девочек-подростков: особенности диагностики, лечения и профилактики» выступила к.мед.н. Н.К. Силина, отделение медицинских и психосоциальных проблем здоровья семьи ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины».

Предопухоловые изменения шейки матки занимают значительное место в структуре заболеваний органов репродуктивной системы. Данная патология весьма редко сопровождается какими-либо симптомами, практически никогда не ухудшает качество жизни пациенток, поэтому часть из них обращается к врачу уже на стадии инвазивного рака шейки матки (РШМ). Известно, что у молодых женщин в возрасте 15–29 лет показатели заболеваемости РШМ в последние годы существенно выросли: с 1,4 случая на 1000 женщин в 1996 г. до 4,1 — в 2005 г.; 5,5 — в 2009 г.; 5,1 — в 2011 г. Такую частоту можно объяснить ведением активной половой жизни в этом возрастном периоде.

Вышеуказанные данные коррелируют с результатами когортного исследования «Семья и дети Украины» под руководством академика Ю.Г. Антипкина и профессора З.А. Шкиряк-Нижник, в ходе которого проводился опрос среди 1072 старшеклассников обоих полов по поводу особенностей их сексуальной жизни. На вопрос, имеют ли они опыт таковой, утвердительно ответили 9,4% девочек и 15,9% мальчиков; средний возраст первого сексуального контакта составил 15,1 и 14,7 года у девочек и мальчиков соответственно. Сексуальные отношения на тот период времени имели 18,2% респондентов. Более 40% как мальчиков, так и девочек оптимальным для их начала считают возраст 16–18 лет.

В 1996 г. эксперты ВОЗ совместно с Европейской организацией исследований по генитальной инфекции и неоплазии, а также Национальным институтом здоровья США определили вирус папилломы человека (ВПЧ) как основную причину возникновения РШМ. ВПЧ был выявлен в 99,7%

биоптатов плоскоклеточного РШМ у пациенток по всему миру. Кроме того, ученые установили связь ВПЧ высокого онкогенного риска с развитием аденокарциномы шейки матки (у женщин моложе 40 лет ВПЧ присутствовал в 89% биоптатах аденокарциномы).

Результатами многоцентрового европейского исследования Heracles (Tjalma W.A. et al., 2013) с участием 6 тыс. женщин из 17 стран Европы было подтверждено ассоциацию сквамозного и цервикального РШМ именно с ВПЧ 16-го и 18-го типов. Они были определяющими в понимании потенциальной пользы вакцинации против этих штаммов с профилактической целью. Так, после проведения гистологического анализа и ВПЧ-диагностики методом ПЦР биоптатов шейки матки, взятых за период 2001–2008 гг., установлено, что у 3103 пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией 2-й или 3-й степени (CIN 2/CIN 3) (средний возраст 34 года) ВПЧ был обнаружен в 98,5% случаев; у 3162 женщин с инвазивным РШМ (средний возраст 49 лет) — в 91,5%. Наиболее распространенными типами ВПЧ в группе женщин с HG-CIN были 16-й (59,9% случаев), 33-й (10,5%) и 31-й (9,0%); в группе лиц с инвазивным РШМ — 16-й (63,3%), 18-й (15,2%) и 45-й (5,3%). При сквамозном РШМ наиболее часто обнаруживали 16-й (66,2%), 18-й (10,8%) и 33-й (5,3%) типы ВПЧ; при аденокарциноме — 16-й (54,2%), 18-й (40,4%) и 45-й (8,3%) типы. Распространенность ВПЧ 16/18/45-го типов была соответственно выше в 1,1/3,5/2,5 раза у пациенток с инвазивным РШМ по сравнению с HG-CIN. Таким образом, исследованием подтверждена необходимость осуществления превентивных мер относительно ВПЧ 16/18/45-ассоциированных поражений шейки матки.

По данным исследования F.X. Bosch et al. (2008), причиной развития всей предопухоловой патологии шейки матки в около 82% случаев являются пять онкогенных типов ВПЧ: в 70,3% случаев — 16-го и 18-го и в 11,5% — 31; 33; 45-го типов.

Кроме ВПЧ, на сегодняшний день выделяют несколько факторов риска РШМ. В частности, доказано, что при раннем начале половой жизни риск инвазивного РШМ возрастает в 2 раза. Наличие более четырех половых партнеров в течение жизни повышает вероятность развития РШМ в 2 раза, более шести — в 14 раз. По данным медико-демографического исследования Украины (2007), 15–19-летние девушки, живущие половой жизнью, сообщили, что имели два и более половых партнера (9,1% случаев), а также рискованный половой контакт (69,5%).

В исследовании E.L. Franco et al. (1995) установили, что взаимосвязь курения с риском возникновения РШМ более сильная, чем таковая с риском рака легких. У активных и пассивных курильщиц вдвое выше шансы заболеть РШМ, чем у некурящих женщин. Никотин и ему



подобные вещества выявляются в цервикальной слизи и способны повреждать ДНК цервикальных клеток, а также подавлять иммунную систему.

В группу повышенного риска по развитию РШМ входят пациентки с иммунодефицитом; их иммунная система не способна элиминировать поврежденные клетки, поэтому промежутки перехода CIN в РШМ у них значительно сокращены.

Интересными представляются данные европейских ученых (Castellsague X. et al., 2011), которые определили, что использование медьсодержащих внутриматочных контрацептивов ассоциируется со сниженным риском развития плоскоклеточной карциномы (относительный риск [ОР] 0,56; 95% доверительный интервал [ДИ]: 0,43-0,72; $p < 0,0001$), аденокарциномы и аденосквамозной карциномы (ОР 0,46; 95% ДИ: 0,22-0,97; $p = 0,035$). Возможно, что внутриматочная контрацепция выступает в качестве раздражителя, стимулирующего местный клеточный иммунитет, что опосредованно способствует своевременной элиминации мутировавших клеток.

По данным Американского общества рака, женщины с тремя и более доношенными беременностями входят в группу повышенного риска развития РШМ. У девушек, у которых доношенная беременность имела место до 17 лет, риск РШМ возрастает в 2 раза по сравнению с теми, у кого беременность наступила после 25 лет. Наличие РШМ у матери или сестры повышает риск цервикальной онкопатологии в 2-3 раза, что позволяет предположить наличие семейной предрасположенности.

ВПЧ-инфекцию относят к транзитным заболеваниям. Вирус состоит из ДНК и белкового капсида, которому для репликации нужна другая клетка. Он инфицирует исключительно базальный слой эпителия и не может попасть в зрелую клетку многослойного плоского эпителия. Только клетки базального слоя экспрессируют рецепторы, благодаря которым ВПЧ попадает в клетку. Поэтому самым уязвимым участком является зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический (зона стыка). В промежуточном слое происходит репликация ДНК, однако вирус не имеет своей оболочки, в поверхностном – сборка ВПЧ, после чего в процессе десквамации многослойного плоского эпителия вирус покидает организм. Таким образом, при наличии двухфазного менструального цикла, адекватного состояния иммунной и эндокринной систем ВПЧ, как правило, не вызывает запуск канцерогенеза.

В зараженной клетке вирус существует в двух формах – эпигеномно и интегрированным в геном клетки. Все вышеописанные процессы происходят при нахождении вируса эпигеномно. Инкорпорация ВПЧ в клетку является пусковым этапом в развитии канцерогенеза. Инкорпорация вируса возможна только при его персистенции (процесс, при котором ВПЧ не элиминируется

из организма через 6 мес после заражения). Важно подчеркнуть, что весь жизненный цикл ВПЧ проходит эпигеномно, т.е. канцерогенез – это уже заболевание генома. Гистологически в ткани при этом определяются изменения, соответствующие CIN тяжелой степени.

Согласно результатам исследования (Hariri S. et al., 2011), среди девушек в возрасте от 14 до 19 лет каждая третья, живущая половой жизнью, инфицирована высокоонкогенным штаммом ВПЧ. В общем, для данной возрастной категории характерна высокая распространенность онкогенных штаммов папилломавируса, при этом низкая степень его персистенции. В большинстве случаев происходит самостоятельная элиминация ВПЧ из организма.

Доказано, что наличие вульвовагинита, дисбиоза влагалища, синехий у пациенток детского и подросткового возраста является благоприятным фоном для развития предопухоловой патологии шейки матки.

Переходя к вопросу диагностики, докладчик отметила, что основным методом для выявления предраковых заболеваний шейки матки у подростков является цитологическое исследование мазков, окрашенных по Папаниколау (РАР-тест). Мазок Папаниколау – это скрининговый инструмент, цель которого заключается в обнаружении изменений в клетках зоны трансформации шейки матки. С момента появления РАР-теста отмечено снижение показателей заболеваемости и смертности вследствие РШМ примерно на 50-65% (ВОЗ, 2010).

Для оценки результатов цитологического исследования на сегодняшний день во всем мире широко используется терминологическая система Бетесда (2002):

- NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy): негативный результат в отношении интраэпителиального поражения или малигнизации – норма;
- ASCUS (atypical squamous cell undetermined significance): атипичные сквамозные клетки неопределенного значения – клеточные элементы, трудно поддающиеся классификации, определяются как атипичные клетки плоского эпителия неопределенного значения. Наиболее частой причиной являются воспалительные процессы шейки матки; после проведенной санации в большинстве случаев наблюдается спонтанная регрессия данных изменений. ВПЧ-отрицательные пациентки с ASCUS подлежат дальнейшему наблюдению без использования инвазивных методик, так как риск развития CIN 3 у них составляет $< 2\%$;
- ASC-H (atypical squamous cells, cannot exclude HSIL): атипичные клетки плоского эпителия, при которых цитолог не может исключить HSIL. Необходимо провести



кольпоскопию и биопсию с измененного участка. Если кольпоскопия отрицательная, рекомендуется выполнить ВПЧ-тест и кольпоскопию дважды с интервалом в 6 мес;

- LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesions): плоскоклеточные интраэпителиальные поражения низкой степени выраженности. LSIL объединяют цитологические изменения, указывающие на слабую дисплазию и вызванные ВПЧ морфологические изменения (койлоцитотическая атипия). LSIL часто регрессируют самостоятельно, даже если они были вызваны высокоонкогенными штаммами ВПЧ. Однако у 25% ВПЧ-положительных пациенток с LSIL в течение 4 лет наблюдается прогрессия в HSIL;
- HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesions): плоскоклеточные интраэпителиальные поражения высокой степени выраженности, включают умеренную, тяжелую дисплазию и карциному *in situ*. Могут спонтанно регрессировать, но в большинстве случаев отмечается прогрессирование в рак *in situ* и плоскоклеточную карциному. Необходимо провести кольпоскопию и взять биопсию с измененного участка. В случае отрицательной кольпоскопии требуется цервикальный кюретаж. Если у данной пациентки не визуализируется зона трансформации и биопсия отрицательная, следует решить вопрос о проведении диагностической конусовидной биопсии;
- AGC: AGC-N, AGC-NOS (atypical glandular cells – атипические железистые клетки; AGC-favour neoplasia – атипические железистые клетки, сходные с неопластическим процессом; AGC-not otherwise specified – атипические железистые клетки, если другое не обозначено): атипические железистые (эндоцервикальные и эндометриальные) клетки могут присутствовать у менструирующей женщины, однако у лиц в постменопаузе они не должны определяться. Всем пациенткам данной группы рекомендована кольпоскопия и цервикальный кюретаж или раздельное диагностическое выскабливание полости матки;
- AIS (adenocarcinoma *in situ*) – аденокарцинома *in situ*.

Тактика ведения девочек-подростков с аномальной цитологией отображена на схемах 1–3.

По данным М. Kyrgiou et al. (2006), Bruinsma et al. (2007), девочки-подростки после применения инвазивных методов лечения предопухоловой патологии шейки матки (LEEP, петлевая электроэксцизия) входят в группу риска по преждевременным родам (ОР 1,7), рождению детей с низкой массой тела (ОР 1,8), преждевременному разрыву околоплодных оболочек (ОР 2,7). Риск вышеуказанных осложнений повышается с увеличением количества процедур и глубиной

LEEP. Известно, что последствия лечения лазером и конусовидной резекцией схожи. Несколько исследований выявили взаимосвязь между LEEP и перинатальной смертностью, а также несостоятельностью шейки матки.

Перед акушером-гинекологом и семейным врачом во всем мире стоит задача организации профилактики предопухоловой патологии шейки матки и инвазивного РШМ. Первичная профилактика направлена на выявление и исключение факторов риска заболевания, что обеспечивается сегодня вакцинацией против ВПЧ; вторичная – заключается в организации скрининга на РШМ. Залогом эффективного скрининга является участие всего населения в скрининговом процессе. Женщины, которые никогда не проходили скрининг или редко в нем участвуют, составляют основную группу риска по развитию инвазивного РШМ. Пациенток с аномальными результатами PAP-теста исключают из программы скрининга и направляют на дальнейшее обследование и лечение.

По данным экспертов форума EXperts in Cervical Cancer Education and Leadership (EXCCCEL), бивалентная вакцина на 93% обеспечивает защиту от тяжелых предраковых поражений шейки матки независимо от типа ВПЧ. Бивалентная вакцина эффективна против пяти наиболее распространенных онкогенных типов ВПЧ (16; 18; 31; 33; 45-го штаммов), которые в 85% случаев являются причиной развития РШМ. При помощи вакцинации можно предупредить 9 из 10 случаев РШМ.

Далее Н.К. Силина возвратилась к результатам когортного исследования «Семья и дети Украины», в ходе которого были опрошены более тысячи старшеклассников по поводу особенностей их сексуальной жизни. Докладчик сообщила, что на вопрос о том, слышали ли они о ВПЧ и болезнях, которые он вызывает, 25,5% девочек и 13,9% мальчиков ответили утвердительно. Более 18% девочек и 12% мальчиков были согласны сделать себе прививку от ВПЧ; еще не определились – по 66,7% лиц обоих полов; категорически против высказались соответственно 13,3 и 18,2% респондентов. Таким образом, с учетом полученных данных крайне важным представляется правильная подача информации, предназначенной для подростков, их родителей, женской части населения и педагогов. В ходе проведения санитарно-просветительской работы врач должен разъяснить следующее: что такое ВПЧ; какова связь между этим вирусом и раком; почему важно пройти вакцинацию и почему ей подвергаются в первую очередь девочки определенного возраста. Только такой подход обеспечит реальную возможность предупредить развитие такого грозного заболевания, как РШМ. Не менее значимой является пропаганда здорового образа жизни, соблюдения правил интимной гигиены, отказа от ношения тесной одежды, неудобного белья,



Схема 1. Алгоритм действий при ведении девочек-подростков с абнормальной цитологией – ASCUS или LSIL

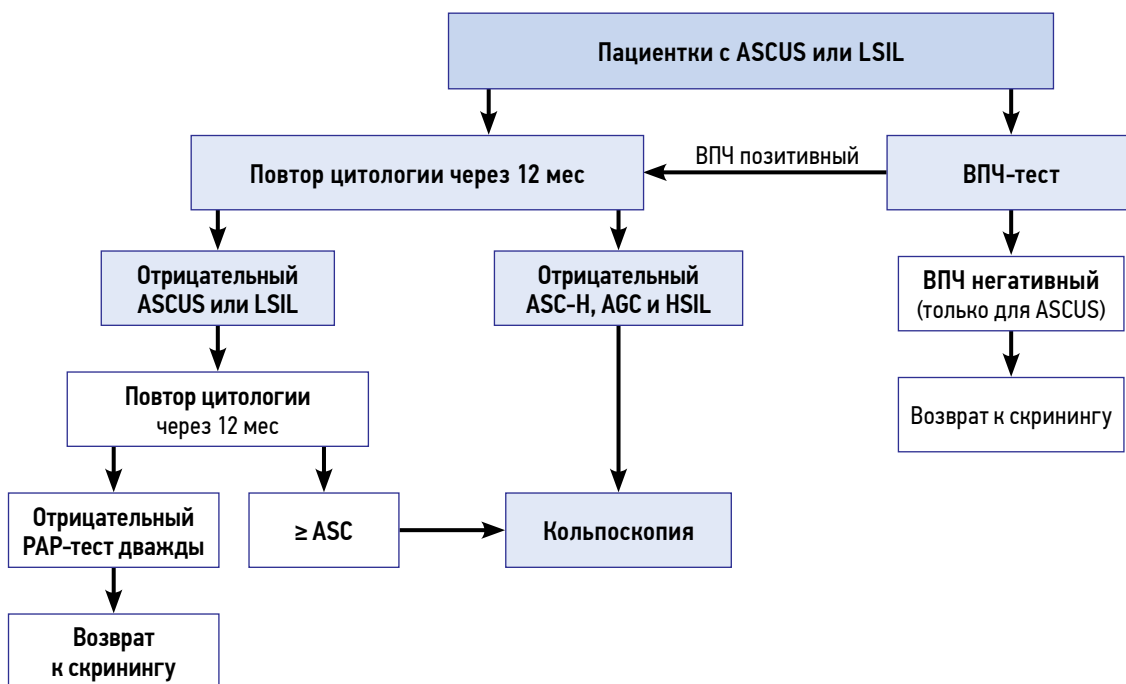


Схема 2. Тактика ведения девочек-подростков с абнормальной цитологией – ASC-H

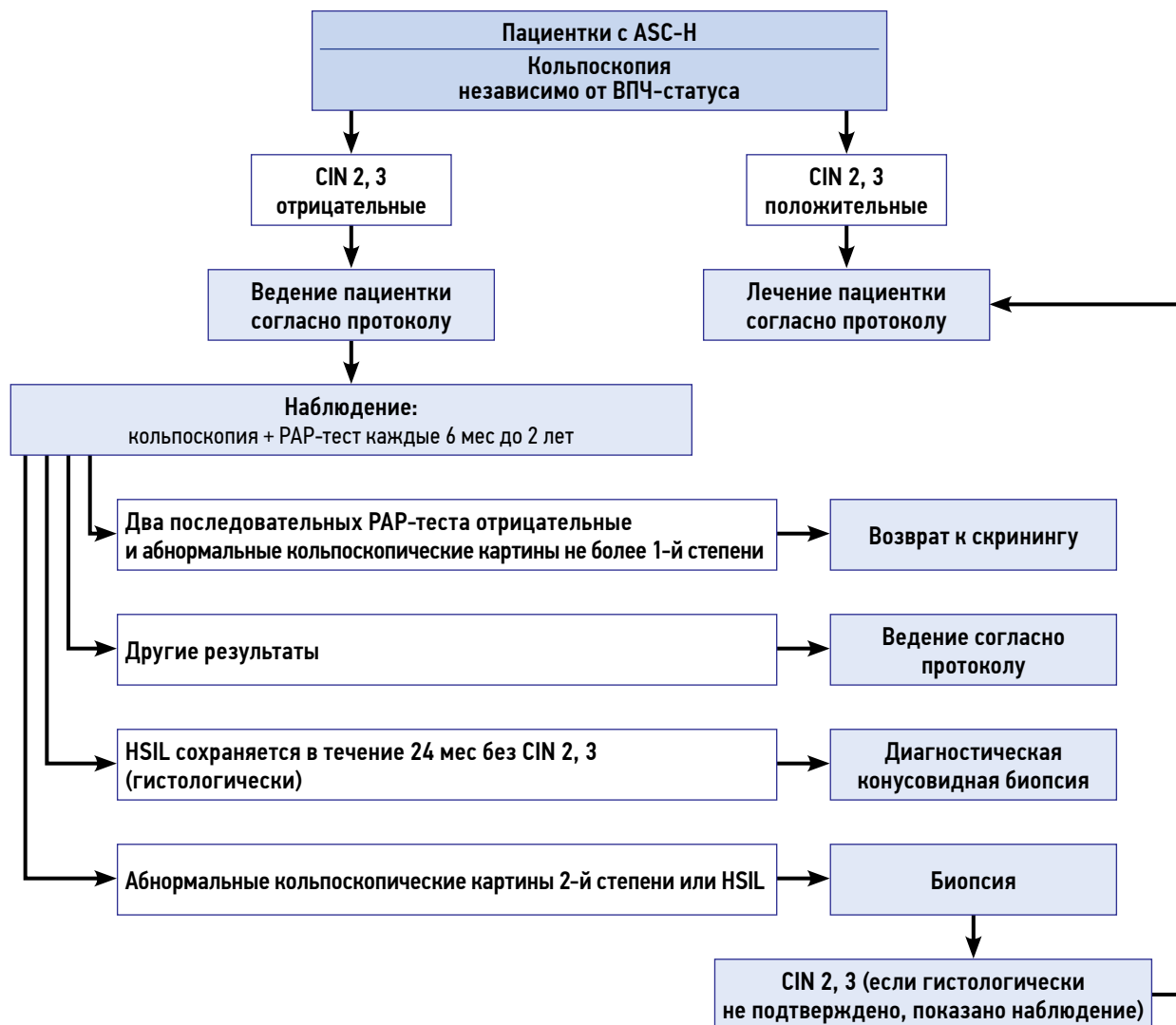
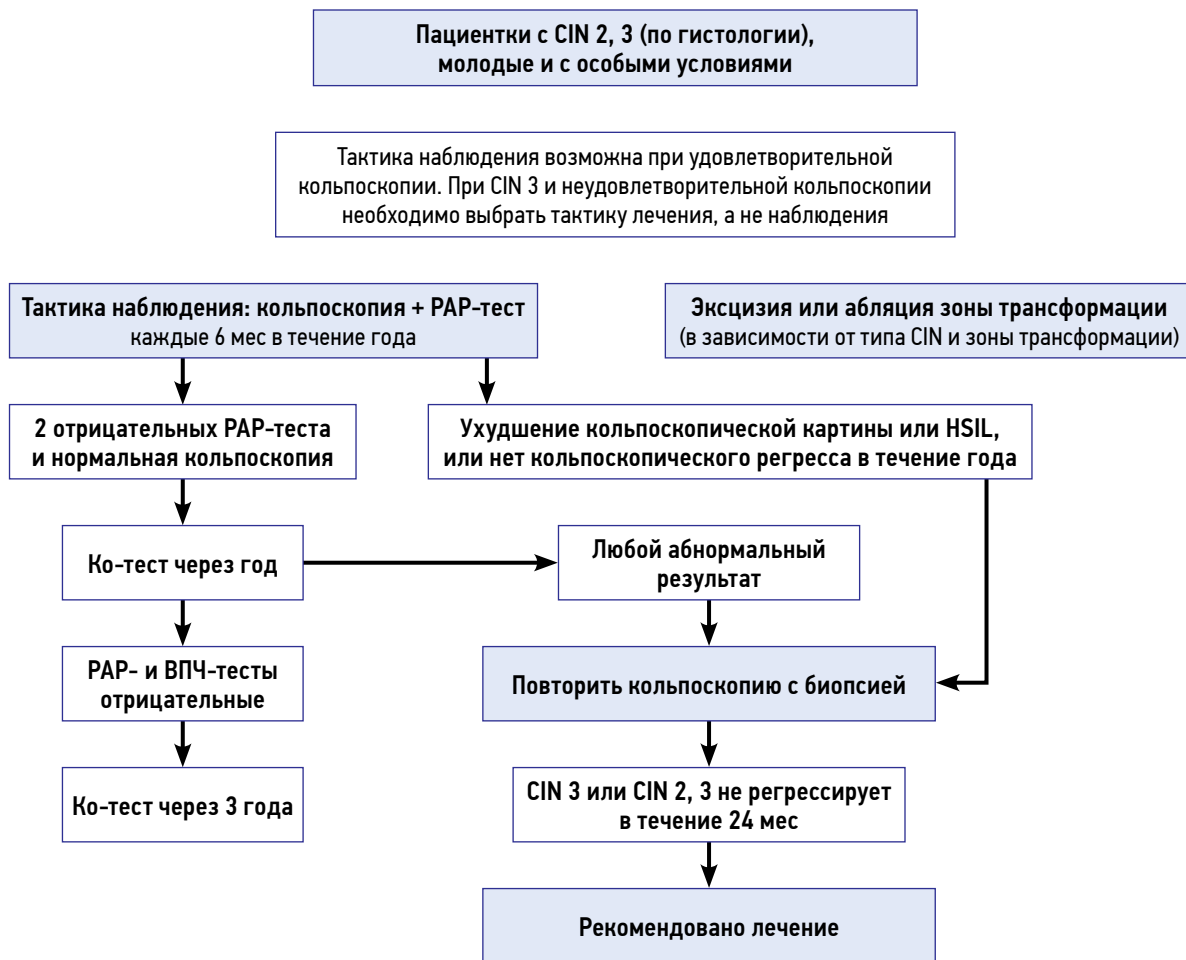




Схема 3. Алгоритм действий у девочек-подростков с гистологически подтвержденной CIN 2, 3



постоянного использования ежедневных прокладок, что в конечном итоге будет способствовать сохранению нормальной микрофлоры влагалища и профилактике ВПЧ-инфицирования.

И.В. Гаврилова, к.мед.н., заведующая отделением детской и подростковой гинекологии Национальной детской специализированной больницы «Охматдет» МЗ Украины представила вниманию слушателей доклад «Особенности оперативного лечения редких форм аномалий развития половых органов у девочек».

Аномалии развития половых органов – одна из наиболее сложных патологий, с которыми детскому и подростковому гинекологу приходится сталкиваться в своей клинической практике. При ведении этой категории пациенток наблюдается высокий уровень диагностических и тактических ошибок. В связи с этим крайне важно во избежание выполнения неудачных операций, сопровождающихся рядом осложнений, в т.ч. гнойно-септических, сразу направлять ребенка на лечение в специализированный центр. Докладчик проинформировала, что в отделении детской и подростковой гинекологии НДСБ «Охматдет» на 30 коек проводится оперативное лечение пациенток со всех регионов Украины по поводу

различных аномалий развития половых органов, в частности рудиментарного функционирующего замкнутого рога матки, аплазии влагалища, урогенитального синуса, гемигинатрезии, атрезии наружного зева цервикального канала, сопровождающихся гематометрой, гематоцервиксом.

Был представлен клинический случай гематоцервикса и гематометры при аплазии влагалища у девочки 12 лет. Согласно данным УЗИ тело матки: длина 43 мм, ширина 37 мм, передне-задний размер 28 мм; гематометра 5 мм; ниже матки гематоцервикс 56 x 50 x 60 мм. Первый этап операции заключался в тоннелировании аплазированного участка влагалища (до гематоцервикса). Неовагину выстлали серджиселом на протекторе, который был оставлен на 7 дней, после чего удален. Затем проводили санацию антисептиками, применяли мазовые тампоны. Наступление менструации отсрочили до эпителизации неовагины назначением гестагенов. На втором этапе операции предполагалось создание наружного зева цервикального канала. Нижний полюс гематоцервикса был вскрыт, края разреза обшиты с выворачиванием и фиксацией к стенкам неовагины. В сформированное отверстие на 1,5 мес был введен протектор. Санация проводилась до эпителизации краев раны. Через



3 мес после пластики по УЗИ определялся гематоцервикс, рубцовая деформация наружного зева цервикального канала. Поэтому было принято решение бужировать суженное отверстие расширителями Гегара, после чего поставлен протектор на 2 мес. Согласно контрольному УЗИ тело матки: длина 54 мм, ширина 36 мм, передне-задний размер 22 мм, длина шейки матки 39 мм, эндометрий 2 мм. В течение двух лет у этой пациентки менструации проходят в нормальном режиме.

В заключение И. В. Гаврилова отметила, что лечение больных с аномалиями развития гениталий, особенно при наличии редких форм, целесообразно проводить в специализированных отделениях, имеющих опыт ведения пациенток с данной патологией. При невозможности пластики местными тканями перспективным является использование оксигенированной целлюлозы. Оперативное лечение должно надежно обеспечивать отток менструальной крови в последующем.

В докладе, подготовленном совместно с к.мед.н. И. В. Гавриловой, И. В. Бачинская, отделение детской и подростковой гинекологии Национальной детской специализированной больницы «Охматдет» МЗ Украины, осветила тему врожденных кист яичников у девочек и выбора тактики их ведения.

В период полового созревания кисты яичников составляют 9,8-14,6% среди гинекологической патологии (Богданова Е.А., Вишневская Е.Е.). Новообразования яичников в период новорожденности встречаются в 1,2% случаев, в возрасте 1-3 мес – в 2,9% (Гумеров А.А. и соавт., 1997). Распространенность кист в среднем составляет 1:2500 новорожденных. Частота пренатального выявления кист яичника равна 1:1680 плодов женского пола (Веропотвелян Н.П., 2011).

Первый в мире случай пренатальной ультразвуковой диагностики кисты яичника был описан С. Valenti et al. в 1975 г. По данным D.J. Desa et al. (1975), в 34% случаев кисты яичника обнаружили при аутопсии мертворожденных плодов женского пола и умерших новорожденных.

В связи с совершенствованием методов пренатальной диагностики кисты яичников стали чаще выявлять антенатально (на 24-26-й неделе гестации). Их размеры достигают 2-5 см в диаметре, однако имеются сообщения и о более крупных кистах – 10-11 см в диаметре (Медведев М.В., 1995; Петриковский Б.М., 1999).

Врожденные кисты яичников являются доброкачественными, как правило, односторонними однокамерными образованиями (фолликулярные кисты). Ряд авторов полагает, что большинство таких кист относится к функциональным, которые в течение 3-6 мес жизни претерпевают обратное развитие. Могут встречаться кисты желтого тела, тератомы, цистаденомы, солидные опухоли. Спонтанная регрессия кист яичников наблюдается у 25-50% новорожденных (Черствой Е.Д., 1991).

К осложнениям кист яичника у плода относятся (Веропотвелян Н.П. и соавт., 2011):

- перекрут яичника;
- кровоизлияние в кисту;
- разрыв кисты, гемоперитонеум;
- самоампутация кисты, миграция;
- спайкообразование;
- адгезия с другими органами;
- нагноение кисты.

В пренатальном периоде в зависимости от экоструктуры кисты яичников подразделяют на следующие типы:

- тип А – односторонние однородные анэхогенные образования с четкими контурами;
- тип В – кистозные образования с внутренними отражениями или перегородками;
- тип С – кистозные образования, содержащие эхогенный компонент.

Наиболее часто регистрируются кисты яичников, имеющие экоструктуру типа А (81,4%), реже типов С и В – в 14,5 и 4,1% случаев соответственно (Nguyen K.T. et al., 1986; Петриковский Б.М., Медведев М.В., 1999).

Типы В и С экоструктуры кист яичников могут представлять собой вариант истинной опухоли (кистомы) яичника, но чаще являются производными осложненных простых анэхогенных кист типа А, последовательно трансформирующихся в типы В и С вследствие внутрикистозного кровоизлияния с последующим формированием организованной гематомы.

Этиологические факторы образования кист яичника:

- стимуляция яичника плода гормонами матери на фоне высоких уровней эстрадиола, прогестерона, тестостерона и хорионического гонадотропина человека;
- осложненное течение антенатального развития плода (гестозы), инфекционные (особенно вирусные) заболевания во время беременности;
- прием гормональных препаратов в целях сохранения беременности;
- неблагоприятный гинекологический и соматический анамнез у матери.

Дифференциальную диагностику кист яичников следует проводить (Адамян Л.В., Демидов В.Н., 2003; Веропотвелян Н.П., 2011) с:

- обструктивными пороками мочевой системы;
- обструктивными пороками кишечного тракта;
- мезентериальными кистами;
- новообразованиями и опухолями почек;
- кистами и дубликатурами брюшины;
- мекониальной псевдокистой;
- кистой внутренних органов;
- опухолями брюшной полости;
- передним менингоцелем;
- гидрометрокольпосом.

V. Katz et al. собрали публикации более чем о 400 случаях антенатальной диагностики кист яичников. В свою очередь М.В. Медведев и соавт.



систематизировали информацию о 239 таких случаях. M. Slodki et al. изучили исходы лечения кист яичников у 420 плодов, которые были опубликованы в базе данных Medline с 1984 по 2005 г. Имеются сведения (Slodki M. et al., 2007) о том, что в 209 (50%) случаях кисты претерпели обратное развитие, в 145 (35%) – осложнились перекрутом или кровоизлиянием в кисту. Хирургическое лечение было произведено у 174 (41%) новорожденных. Кисты размером < 50 мм подверглись спонтанному регрессу в 98% случаев (n = 79). Большинство авторов рекомендовало проводить ультразвуковой мониторинг при выявлении кисты < 50 мм. При наличии кисты > 50 мм в некоторых случаях (n = 28) была предложена пункционная аспирация кисты. Спонтанный регресс кисты таких размеров после аспирации содержимого наблюдался в 89% случаев (n = 25).

Тактика лечения опухолевидных образований яичников зависит от размеров и структуры кист, наличия осложнений (Chiaramonte С., 2001; Tseng D., 2002; Коколина В.Ф., 2004; Адамян Л.В., 2004). Неосложненные кисты имеют благоприятное естественное течение, чаще бессимптомное, требующее мониторингового наблюдения плода и новорожденного. Хирургическое лечение осуществляется при осложненных кистах (при размерах кисты > 5 см), а также при тератомах, цистаденомах, истинных опухолях. Как правило, производится органосохраняющая операция с сохранением яичника, однако в некоторых случаях требуется овариоэктомия при геморрагическом инфаркте и некрозе вследствие перекрута кисты. Тактика ведения (консервативная или оперативная) новорожденных и детей первого года жизни с кистами нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Авторами доклада были проанализированы 75 клинических случаев кист яичников у девочек в возрасте от 1 до 18 мес. У 60 (80%) пациенток кисты претерпели обратное развитие в течение первых 3–6 мес жизни (первая группа); 15 были прооперированы: одиннадцати выполнена лапароскопия, четырем – лапаротомия (вторая группа). В первой группе 33% детей были рождены от первых родов, 51% – от вторых, 16% – от третьих. В 26% случаев беременность была осложнена гестозом, в 96% – имела место угроза прерывания беременности, в 35% – отягощенный соматический анамнез. На грудном вскармливании находились 74% новорожденных. По УЗИ визуализировалось однокамерное жидкостное образование диаметром ≤ 5 см, объемом 60 см³; при цветовом доплеровском картировании выявлено, что кровотоки сохранены; в 70% случаев поражение правостороннее; контралатеральный яичник увеличен в 45% случаев. Уровни ФСГ и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в пределах возрастной нормы, содержание эстрадиола незначительно повышено у 40 (67%) девочек.

Далее был представлен клинический случай № 1: у девочки, 2 мес, рожденной от первой беременности и родов, определена киста типа А. Киста диагностирована на 34-й неделе гестации. Мать перенесла ОРВИ на 28-й неделе беременности. Ребенок находится на грудном вскармливании. По УЗИ размеры матки: 12/13 x 11 x 6 мм; OS 16,1 x 8 x 15 мм; OD 35 x 30 x 35 мм. Результаты гормонального обследования девочки: ЛГ – 0,100 мМЕ/мл, ФСГ – 3,91 мМЕ/мл, прогестерон – 0,122 нг/мл, эстрадиол – 21,62 пг/мл (в норме < 15 пг/мл). Была выбрана тактика динамического наблюдения. В течение 4 мес имел место регресс образования.

Касательно второй группы девочек докладчик отметила, что семь из них были рождены от первых родов, семь – от вторых и одна – от четвертых. Образования диаметром < 5 см были выявлены антенатально: на 26-й неделе в 1 случае, на 28-й – в 5, на 34-й – в 6, на 36-й – в 2, после родов – у одной девочки. По данным УЗИ в режиме цветового доплеровского картирования признаки кровоснабжения отсутствовали; эхоструктура кист: в 11 случаях – тип С, объем 20–60 см³; в 3 – тип В, 56–120 см³; в 1 случае – тип А, 62,5 см³. Образование было правосторонним у десяти девочек, левосторонним – у четырех, билатеральным – у одной. Размеры матки соответствовали возрастной норме. При двухсторонних кистах яичников определялся повышенный уровень ФСГ до 34,59 мМЕ/мл, а также содержание онкомаркера альфа-фетопротеина (АФП) до 4,6 нг/мл (в норме < 2,64 нг/мл) в одном случае при доброкачественном процессе, подтвержденном патогистологическим исследованием.

Клинический случай № 2: девочка, 4 мес, рождена от второй беременности и родов. Из анамнеза известно, что беременность протекала на фоне гестоза с угрозой прерывания; роды самостоятельные на 37-й неделе. Киста яичника обнаружена на 26-й неделе гестации с размерами 26 x 32 x 35 мм, тип А. Контрольное УЗИ на 34-й неделе беременности показало увеличение размеров кисты до 35 x 32 x 38 мм, тип С. Согласно контрольному УЗИ после родов данные не изменились. Было проведено оперативное лечение методом лапароскопии, в ходе которой обнаружен перекрут ножки кисты, вызвавший самоампутацию придатков, кровоизлияние в кисту с последующим образованием очагов обызвествления. Киста была пунктирована и эвакуирована. По результатам гистологического исследования установлено наличие многокамерной кисты, стенка которой состоит из плотной соединительной ткани с участками кровоизлияний, полями гемосидероза и кальциноза. Течение послеоперационного периода легкое, пропущено одно кормление ребенка.

Клинический случай № 3: киста у девочки 9 мес, рождена от четвертой беременности и родов. Беременность протекала на фоне



железодефицитной анемии средней тяжести. Киста диаметром 50 мм выявлена в первые дни после родов, тип А. Рекомендован повторный осмотр через 1 мес, что не было выполнено. Проведена лапаротомия, по данным гистологического исследования диагностирована серозная цистаденома.

Клинический случай № 4: девочка, 1,5 года, рожденная из двойни от первой беременности и родов. Из анамнеза известно, что беременность индуцированная, была угроза ее прерывания; роды произведены путем кесарева сечения на 40-й неделе гестации. Киста яичника обнаружена на 28-й неделе. При контрольном УЗИ после родов и в первый год жизни киста яичника не визуализировалась (отмечалась повышенная пневматизация кишечника на фоне дисбиоза). На контрольном УЗИ в 1 год 5 мес выявлено образование, произведена госпитализация. По данным УЗИ органов малого таза: тело матки 20/10 x 12,7 x 9 мм; правый яичник 16,7 x 7 x 11,4 мм; левый яичник расположен справа от матки размером 33 x 31,3 x 30,7 мм; в нем определяется гиперэхогенное включение 20 x 23 x 18 мм с гипоехогенной полостью 7 мм. Анализ на уровень гормонов в крови показал, что ЛГ < 0,100 мМЕ/мл, ФСГ 4,56 мМЕ/мл, прогестерон 0,089 нг/мл, эстрадиол < 5,00 пг/мл. Онкомаркер АФП был равен 7,2 нг/мл, СА-125 – 36,67 Ед/мл. Проведено ле-

чение методом лапароскопии, по результатам которой придатки матки слева отсутствовали; левая маточная труба склерозирована, белесовата, заканчивается слепо. Левый яичник в брюшной полости не обнаружен. Справа в дугласовом пространстве видны выраженные спайки, под которыми находится образование, расположенное забрюшинно.

Подводя итоги, И.В. Бачинская отметила, что консервативное ведение врожденных кист яичников у детей первого года жизни возможно при небольших размерах опухоли, однокамерном, жидкостном, тонкостенном образовании и сохраненном кровоснабжении яичника по данным доплеровского картирования в течение 3 мес. При отсутствии обратного развития опухоли, ее больших размерах, нарушении кровоснабжения, наличии уровня эхоуплотненной взвеси в жидкостной кисте либо гиперэхогенных перегородок показано оперативное лечение. Использование метода лапароскопии, который является золотым стандартом при операциях на придатках, особенно целесообразно у девочек этой возрастной группы в связи с легким течением послеоперационного периода.

Подготовила Марина Малей

ДАЙДЖЕСТ



Нестероидные противовоспалительные средства могут подавлять овуляцию

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) негативно влияют на фертильность, поэтому должны с осторожностью использоваться женщинами детородного возраста. Об этом свидетельствуют результаты небольшого исследования, представленные на ежегодном конгрессе Европейской лиги против ревматизма (EULAR).

В испытаниях приняли участие 39 женщин детородного возраста, страдающих болью в спине. В зависимости от группы они получали диклофенак (100 мг один раз в день), напроксен (500 мг два раза в день), эторикокиб (90 мг один раз в день) или плацебо. Лекарственные средства пациентки принимали на протяжении 10 дней, начиная с 10-го дня менструального цикла.

После анализа полученных данных, ученые констатировали, что овуляция произошла только у 6,3% пациенток из диклофенак-группы. Среди пациенток, принимавших напроксен и эторикокиб, этот показатель составил 25 и 27,3% соответственно, тогда как в плацебо-группе овуляция была зафиксирована у 100% пациенток.

Авторы работы заявили, что полученные ими данные свидетельствуют о негативном воздействии безрецептурных НПВС на женскую фертильность. Они подчеркнули, что даже кратковременный прием данных препаратов приводит к резкому снижению уровня прогестерона.

По материалам:

<http://www.remedium.ru/news/detail.php?ID=66077>