

При осмотре пациенток КГ установлено, что наружные половые органы были развиты и сформированы правильно, оволосение по женскому типу, на коже и слизистой оболочки вульвы патологических высыпаний не обнаружено. Цвет слизистой оболочки преддверия влагалища бледно-розовый. Наружное отверстие уретры, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища без видимых изменений. Девственная плева была неповрежденной у 38 (69,1 %) обследованных.

Осмотр слизистой шейки матки и слизистой влагалища производился «детскими» зеркалами. У 3-х (5,4 %) девушек КГ шейка матки была цилиндрической, у 52 обследованных КГ шейка матки была конической формы. Наружный зев шейки матки был закрытым, выделений из цервикального канала не было.

Бимануальное брюшностеночно-вагинальное исследование проводилось обследуемым КГ, живущим половой жизнью, а бимануальное ректоабдоминальное девочкам и девушкам-подросткам *virgo*. В процессе обследования выявлено, что Тело матки находилось в положении *anteversio-anteflexio*. Размеры, форма, консистенция и подвижность матки соответствовали норме и биологическому возрасту. Область придатков и параметральная клетчатка не пальпировались. Обследование 55 (100 %) девочек и девочек-подростков КГ было безболезненным.

У ОГ пациенток на последующих этапах в комплексное обследование девочек и девушек-подростков включали лабораторные (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение тропных гормонов гипофиза и половых стероидов сыворотки, микробиологическое исследование мазков и др.) и по показаниям инструментальные (ЭКГ, УЗИ, ФГДС и др.) методы исследования.

#### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ**

Мосолов К.В., Осин А.Я., Ишпахтин Ю.И.  
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный  
медицинский университет Минздрава РФ»,  
Владивосток

Цель настоящего исследования состояла в изучении клинической картины первичной дисменореи (ПД) у девочек и девушек-подростков.

Под нашим наблюдением находилось 220 девочек и девушек-подростков. Возраст девочек и девушек-подростков колебался от 12 до 18 лет, из них 103 пациентки относились к детской возрастной группе, 117 – к подростковой. Обследованные были разделены на две группы. В основную группу (ОГ) были включены 165 девочек и девушек-подростков больных первичной дисменореей. Средний возраст девочек и девушек-подростков ставил  $15,70 \pm 0,2$  лет. В зависимости от степени тяжести заболевания основная группа была разделена нами на 4 подгруппы: 1-я – больные с 0-й степенью тяжести – 24 человека (14,5 %), 2-я подгруппа – больные с 1-й степенью тяжести –

36 человек (21,8 %), 3-я подгруппа – больные со 2-й степенью тяжести – 73 человека (44,3 %), и 4-я подгруппа – больные с 3-й степенью тяжести первичной дисменореи – 32 человека (19,4 %). Длительность заболевания составляла от 0,5 до 4 лет (в среднем 2,12 года).

Контрольную группу (КГ) составили 55 практически здоровых девочек и девушек-подростков. Средний возраст девочек и девушек-подростков КГ составил  $15,42 \pm 0,07$  года.

Основной жалобой у 165 (100,0 %) девочек и девушек-подростков ОГ была боль, разной степени выраженности. У 165 (100,0 %) обратившихся беспокоили кровянистые выделения из половых путей. Они предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, раздражительность, общую слабость, тошноту 89 (53,9 %) девочек и девушек-подростков. Полученные данные с помощью ВАШ (визуальная аналоговая шкала) измерения боли показали, что у пациенток ОГ болевые ощущения выражались в различной интенсивности. В среднем у них индекс боли в разгар заболевания составил  $5,75 \pm 0,42$ .

Среди обследованных ОГ при дальнейшем расспросе выяснилось, что длительность заболевания составляла от 0,5 до 4 лет (в среднем 2,12 года). У 61 (37,0 %) пациентки боли, как правило, начинались за 12 часов до начала менструации. В первый день менструации боль появлялась у 104 (63,0 %) пациенток. В течение первых 12-48 часов алгии продолжались у 78 (47,3 %) девочек и девушек-подростков. У 87 (52,7 %) пациенток боль сохранялась на протяжении всей менструации. Локализация болей обычно соответствовала гипогастриальной области у 152 (92,1 %) обследованных. Боль имела схваткообразный (с периодом 2-5 минут) характер у 126 (76,4 %) девушек. У 39 (23,6 %) пациенток боль была ноющая, дергающая, распирающая. В 84 случаях (50,9 %) боли иррадиировали в поясничную область, прямую кишку, область придатков, мочевого пузыря, внутреннюю поверхность бедер. Кровянистые выделения были выраженными у 38 (23,0 %) пациенток, умеренные кровянистые выделения отмечались у 104 (63,0 %) и скудные – у 23 (14,0%). При более тщательном расспросе у 119 (72,1 %) девочек и девушек-подростков был выявлен ряд симптомов экстрагенитального происхождения. У опрашиваемых наблюдались нервно-психические (раздражительность, анорексия, депрессия, сонливость, бессонница, булимия, непереносимость запахов, извращение вкуса), вегетативные (тошнота, отрыжка, икота, познбливание, ощущение жара, потливость, сухость во рту, частое мочеиспускание, тенезмы), вегето-сосудистые (обмороки, головная боль, головокружение, сердцебиение, боли в сердце, похолодание, чувство онемения рук и ног, отеки век, лица) и обменно-эндокринные (рвота, ощущение «ватных» ног, общая резкая слабость, зуд кожи, отечность лица, полиурия) нарушения. У 112 (67,9 %) девочек и девушек-подростков отмечалось два и более симптомов одновременно. У 1/3 (57,0 %) обследованных начало заболевания прослеживалось с периода менархе. Характер и выраженность патологического процесса в дни менструаций на протяжении времени не изменялись у 129 (78,9 %) пациенток. Интенсивность боли у

36 (21,1 %) обследованных с каждым годом нарастала. При дальнейшем расспросе установлено, что у 96 девочек и девушек-подростков из 165 (58,4 %) терапия первичной дисменореи ранее не проводилась. Остальные, 69 (41,8 %) девушек, к врачу не обращались, а лечились самостоятельно, используя анальгин (22,3 %), баралгин (8,3 %), но-шпу (5,8 %) и аспирин (5,2 %). Эффективность приёма лекарственных препаратов отмечали всего лишь 3,8 % девушек, удовлетворительную – 6,3 % и малоэффективную – 31,7% пациенток.

С целью углубленного обследования девочек и девушек-подростков были проведены комплексные исследования, включающие сбор и анализ данных генеалогического, биологического, социального, аллергологического, эпидемиологического и акушерско-гинекологического анамнезов, общеклиническое по органам и системам и специальное гинекологическое обследование, оценку физического и полового развития, лабораторные (клинические анализы крови, мочи, кала и другие по показаниям) и инструментальные (ЭКГ, УЗИ и др.) методы, а также анализ результатов обследования врачами-специалистами (педиатра, ЛОР-врача, стоматолога, невропатолога, хирурга, окулиста и др.). На основании полученных данных устанавливали диагноз и группу здоровья по соответствующим критериям.

Следовательно, представленные данные расширяют представления клинициста о клинической картине ПД у девочек и девушек-подростков, что, несомненно, способствует повышению качества диагностики.

### **ОСОБЕННОСТИ РОСТА И РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ**

Мосолов К.В., Осин А.Я., Ишпахтин Ю.И.  
ГОУ ВПО «Владивостокский государственный  
медицинский университет Минздрава РФ»,  
Владивосток

Цель настоящего исследования заключалась в изучении особенностей роста и развития девочек и девушек-подростков, страдающих первичной дисменореей (ПД), на ранних этапах онтогенеза. Для достижения поставленной цели комплексное обследование было проведено у 165 пациенток с ПД в возрасте 12-18 лет.

Анализ генеалогического анамнеза показал наличие отягощенной наследственности у 98 (59,4 %) пациенток, в структуре которой односторонняя отягощенная наследственность выявлялась у 41 (41,8 %) по линии матери и у 27 (27,5 %) пациенток по линии отца и у 30 (30,6 %) обследованных по обеим линиям.

Биологический анамнез изучали по периодам детского возраста: в анте-, интра- и неонатальном периоде, в грудном (1-12 месяцев), раннем (1-3 года), дошкольном (3-7 лет), школьном (7-15 лет) и подростковом (15-18 лет) возрасте. В антенатальном периоде осложненное течение беременности наблюдалось у 95 (57,6 %) матерей пациенток. Интранатальный период характеризовался патологией родов у 44 (26,7 %)

матерей и нарушениями состояния плода у 27 (16,4 %) и ребёнка при рождении у 39 (23,6 %) матерей обследованных. Искусственное или смешанное вскармливание было зарегистрировано у 77 (46,7 %) новорожденных. В раннем неонатальном периоде ту или иную патологию диагностировали у 21 (12,7 %) новорожденного ребенка. Осложненное течение послеродового периода наблюдалось у 33 (20,0 %) матерей. В позднем неонатальном периоде острые заболевания органов дыхания определялись у 28 (17,0 %) новорожденных, локализованные гнойно-воспалительные инфекции – у 17 (10,3 %), поражения ЦНС – у 26 (15,7 %) и другие болезни – у 38 (23,0 %) детей. В периоде грудного возраста раннее искусственное или смешанное вскармливание было зарегистрировано у 82 (49,7 %) детей, «фоновые» заболевания (рахит, железодефицитная анемия, дистрофия, аномалии конституции, энцефалопатия и др.) диагностировали у 86 (52,1 %) пациентов, отклонения в физическом развитии выявили у 75 (45,5 %) и в нервно-психическом развитии – у 52 (31,5 %) детей. В раннем возрасте наблюдались частые (3 и более в год) острые заболевания органов дыхания (ОРЗ, острые ларинготрахеит, бронхит, бронхопневмония и др.) у 57 (34,5 %) детей, нарушения физического развития у 53 (32,1 %) и нервно-психического развития у 35 (21,2 %), «фоновые» болезни (железодефицитная анемия, рахит, аномалии конституции, энцефалопатия и др.) у 71 (43,0 %) ребенка. В дошкольном возрасте высокий инфекционный индекс отмечался у 55 (33,3 %) детей. В школьном возрасте формировались преимущественно хронические заболевания ЛОР-органов, полости рта, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и дыхательной системы, других органов и систем у 96 (58,2 %) детей. Полостным хирургическим вмешательствам подвергались 11 (6,7 %) пациенток. Кроме того, в этом возрасте у детей появлялись вредные привычки. Табакокурение выявляли у 74 (44,8 %), склонность к частому употреблению алкоголя – у 40 (24,2 %) пациенток. Наркотики использовали 12 (7,3 %) обследованных.

Социальный анамнез у девочек и девушек-подростков состоял из характеристики социального происхождения, жилищно-бытовых условий, материального положения в семье, воспитания в детских коллективах, трудовой деятельности. Наблюдаемые девочки и девушки-подростки были из семей служащих в 32,7 % (54) случаев, из семей предпринимателей в 23,0 % (38) и из семей рабочих в 42,2 % (73) случаев. Неустроенность быта отмечена у 59 (35,7 %) пациенток и низкое материальное обеспечение было у 49 (29,7 %). Количество детей, посещавших дошкольные образовательные учреждения, составило 151 (91,5 %) и соответственно число детей из неорганизованного контингента – 14 (8,5 %). В средних и высших образовательных учреждениях обучались 97 (58,8 %) пациенток. Из них 54 (55,7 %) девочки и девушек-подростков посещало общеобразовательные школы, 28 (28,9 %) – средние профессиональные учреждения, 15 (15,5 %) девушек обучались в вузах. Из 68 (41,2 %) пациенток, прекративших дальнейшее обучение, 53 (77,9 %) занимались трудовой деятельностью в различных сферах и 15 (22,1 %) наблюдаемых не зани-