



# ГИНЕКОЛОГИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

# Гинекология детей и подростков

– раздел гинекологии изучающий нормальную функцию половой сферы и заболевания организма девочек, связанные с преимущественным поражением органов половой системы в детском и подростковом периодах жизни, а также терапию и меры профилактики этих заболеваний.

- В гинекологии детей и подростков принято выделять следующие возрастные периоды: внутриутробного развития, новорожденности, период раннего детства, нейтральный (до 7 лет), препубертатный (от 7 лет до года появления менархе), пубертатный (от наступления менархе до 16 лет) и подростковый (от 16 до 18 лет). В некоторых странах и в Америке подростковым принято считать возраст до 21 года. В зависимости от возрастных периодов наружные и внутренние половые органы девочки претерпевают изменения. Половые органы новорожденной девочки высокодифференцированы. Влагалище новорожденной имеет собственные механизмы защиты от инфекции, особенностью яичников в данном возрасте является наличие примордиальных фолликулов, количество которых находится в пределах 500000-700000 в каждом.

- В нейтральном периоде наружные гениталии, как и внутренние половые органы, развиваются медленно, уровень половых гормонов невысок, внутренние половые органы медленно опускаются в малый таз. К особенностям развития половых органов в препубертатном периоде относится их увеличение за счет разрастания жировой ткани. В пубертатном периоде половые органы постепенно приобретают сходство с органами взрослой женщины: влагалище достигает 80-100 мм, в мазках в зависимости от дня цикла можно зарегистрировать смену четырех степеней пролиферации, преобразования в эндометрии и яичниках носят также циклический характер.

На протяжении подросткового периода завершается не только анатомическое формирование, но и функциональное созревание половых органов и центральных регулирующих отделов. Половая зрелость наступает обычно после 18 лет, однако репродуктивная функция осуществляется организмом уже с периода первого менархе и здесь особенно важно подчеркнуть вред преждевременной половой жизни, так распространенной среди нынешней молодежи, поскольку половая и социальная зрелость девочки имеют разбежку около 5 лет.

## **В периоде полового созревания имеется несколько периодов:**

Первая стадия - препубертатная, характеризуется скачком роста, развитием костей таза, проявлением вторичных половых признаков. Эта стадия заканчивается менархе, уменьшается уровень гормона роста, повышается - гонадотропинов и эстрогенов, активизируется щитовидная железа.

Вторая стадия - пубертатная, характеризуется дальнейшим физическим ростом, увеличением массы тела, становлением менструального цикла, формированием индивидуального женского фенотипа, количество эстрогенов постепенно нарастает.

В третьей стадии - постпубертатной - физическое развитие прекращается, уровень гормонов достигает стабильного, менструальные циклы становятся овуляторными.

## Схематически процесс развития девочки на анатомических изменениях можно представить следующим образом:

8-9 лет - быстрое увеличение окружности таза, появление жировой ткани на бедрах. 9-10 лет- начало роста молочных желез, 11 лет- рост волос на лобке, 12-13 лет- пигментация сосков, увеличение молочных желез, появление менархе, 13-14 лет- рост волос в подмышечных впадинах, 15-15 лет – установление двухфазных менструальных циклов, 16-18 лет замедление роста скелета, однако, все эти признаки подвержены значительным индивидуальным колебаниям и носят, как правило, наследственный характер. Поэтому не всегда оправдана тревога педиатров и др. врачей по поводу отсутствия месячных у девочки 14 лет, если у ее матери и бабушки месячные начинались около 16 лет. Физиологическим возрастом для наступления менархе в данное время считается период от 9 до 15 лет.

# Гинекологические заболевания детей и подростков удобнее всего поделить на несколько самостоятельных разделов:

- воспалительные заболевания
- дисфункциональные заболевания периода полового созревания
- нарушения полового развития
- аномалии развития половых органов
- опухоли половых органов и травмы



# Воспалительные заболевания :

гениталий у девочек  
занимают около 90% в  
детской практике и 35%  
в подростковой.

# Классификация воспалительных урогенитальных заболеваний у девочек (В. Ф. Коколина, О.В. Зубакова, 1998)

## ■ Инфекционные.

### 1. Неспецифические:

Неспецифический бактериальный  
вульвовагинит.

## 2. Специфические:

гонорея;

трихомоноз;

хламидиоз;

бактериальный вагиноз;

уреа-микоплазмоз;

дифтерийный вульвовагинит;

генитальный туберкулёз;

кандидозный вульвовагинит;

вирусный вульвовагинит (цитомегаловирус,

кондиломатозный вирус, вирус герпеса).

## •Первично-инфекционные.

1.Инородное тело влагалища

2.Энтеробиоз. Глистная инвазия

3.Онанизм.

4.Изменение реактивности организма (нарушение обмена веществ, дисметаболическая нефропатия, аллергические заболевания, дисбактериоз кишечника, заболевания мочевыводящих путей, острые вирусные заболевания, детские инфекции).

## Классификация воспалительного процесса по локализации заключается в выделении следующих форм:

- вестибулит
- вульвит
- вульвовагинит
- кольпит (эти формы встречаются наиболее часто)
- эндоцервицит
- эндометрит
- сальпингит,
- оофорит (эти формы встречаются реже)
- периметрит
- параметрит
- пельвиоперитонит (очень редко)

## **Основным проявлением воспалительного процесса половых органов девочки (наиболее часто это вульвовагинит) являются БЕЛИ.**

Бели – это явление характерное для женщин всех возрастных групп. В детской гинекологической практике бели не всегда носят патологический характер. В период новорожденности бели обусловлены плацентарными и материнскими гормонами, в возрасте 7-8 лет избыточные бели являются признаком начальной гормональной стимуляции, в 13-15 лет – признаком гормональных всплесков. Физиологическими, не требующими лечения белями следует считать светлые, слизистые, без запаха и примесей выделения.

# **Выделяют такие гинекологические заболевания**

- I. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**
- II. НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ**
- III. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**
- IV. АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ**
- V. ВУЛЬВОВАГИНИТ**

# ВУЛЬВОВАГИНИТ

- В настоящее время многими исследователями вульвовагинит рассматривается не как самостоятельное заболевание, а как проявление различных патологических состояний: кожной патологии, признак иммунодефицита, дисбиотических состояний нарушения обмена веществ и др. Существует также связь между вульвовагинитом в детстве и внутриутробной инфекцией. В тоже время инфицирование, бактерионосительство, вульвовагинит впервые могут возникнуть в момент рождения: пройдя по родовым путям матери, девочка приобретает материнскую микрофлору, которая определяет первичный спектр как нормального, так и патологического биоценоза влагалища девочки.



# Факторы, способствующие развитию вульвовагинитов.

1. Анатомо-морфофункциональные особенности половых органов девочек: тонкая дерма, разрыхленный эпидермис, рН кожи-6,7.
- 2.
3. Физиологические затворы гениталий практически не развиты.
4. Автономные иммунные механизмы: секреторные иммуноглобулины А, лизоцим, система комплимента, фагоцитоз функционально практически не развиты.
5. Индивидуальные особенности анатомии - отсутствие задней спайки, низкое расположение мочеиспускательного отверстия, неполные или полные синехии, аномалии развития половых органов.

## Клиническая картина вульвовагинитов

- Типичными жалобами при остром или хроническом в-в являются жалобы на жжение, усиливающийся при мочеиспускании, зуд и бели различной интенсивности, умеренные боли в половых органах. Клинические проявления в зависимости от этиологического фактора имеют незначительные различия. Общее состояние девочки практически не нарушается, (исключение составляет острая гонорея, где могут наблюдаться кратковременные подъемы температуры). Могут наблюдаться дизурия и расстройство стула. В случаях энтеробиозного в-в — боли в животе.

## Диагностика В-В :

- Клиническая диагностика не представляет трудностей. Трудности представляет оценка совокупности этиологических факторов воспаления. Необходимо комплексное обследование ребенка, включая осмотры смежных специалистов и методы лабораторной диагностики. Из специальных методов исследований при рецидивирующем течении вульвовагинитов или при подозрении на инородное тело показана вагиноскопия. Общепринятыми методами лабораторной диагностики в гинекологической практике являются бактериоскопический, бактериологический и цитологический. Иммунофлюорисцентные, иммуноферментные исследования проводятся при подозрении на урогенитальную инфекцию.

- Лечение вульвовагинитов комплексное. Первую группу препаратов составляют витамины, адаптогены, иммуностимуляторы (витамин А, витамин В, витамин Е, настойка овса, эссенциале, имуналин, интерферон, левамизол, кальций хлорид, кальций глюконат и др.). С целью профилактики дисбиоза применяются эубиотики. При длительном, хроническом, торпидном или специфическом процессе назначается этиотропная антибактериальная терапия. Местное лечение состоит из трех последовательных этапов: этиотропное лечение, стимуляция процессов репарации, коррекция микробиоценоза влагалища. Лечение вульвовагинитов гонорейной или туберкулезной этиологии производится в специализированных учреждениях с трехкратным контролем излеченности.

# ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- К дисфункциональным маточным кровотечениям относятся такие, которые обусловлены нарушениями ритмической продукции гормонов яичника и не связаны ни с органическими заболеваниями половой системы, ни с заболеваниями других систем организма. Чаще всего дисфункции различных звеньев репродуктивной системы способствуют хронические и острые инфекционные заболевания, гиповитаминозы, различные стрессовые ситуации, соматические заболевания, неблагоприятное течение антенатального периода, психические и эмоциональные перегрузки. Инфекционные заболевания занимают ведущее место среди этиологических факторов дисфункционального маточного кровотечения. Особенно часто в анамнезе отмечались такие заболевания как ангины, хронические пиелонефриты, пневмонии, краснуха, ревматизм, эпидпаротит.

## В зависимости от клинико-морфологических особенностей ДМК разделяют:

- на *овуляторные* и *ановуляторные*, причем в периоде полового созревания в основном встречаются ановуляторные ациклические кровотечения по типу персистенции или атрезии фолликулов. Во всех случаях ДМК подросткового периода являются следствием нарушения функции системы гипоталамус-гипофиз-яичник-матка.
- Клиника. В связи с нередко встречающимся перемежающимся и рецидивирующим характером нарушения менструальной функции отмечается значительная вариабельность клиники. Ановуляторные ДМК характеризуются, как правило, периодом задержки месячных, сменяющихся длительным кровотечением различной интенсивности. В подростковом периоде кровотечения почти всегда безболезненны, но очень часто приводят к анемизации больных.

- **Диагностика** не представляет сложности, а дифференциальная диагностика сложна и требует от врача объемных и многогранных знаний. Маточные кровотечения встречаются при заболеваниях крови (врожденных дефектах гемостаза, геморрагических диатезах, тромбоцитопениях, ангиогемофилии), выраженных нарушениях функции печени, Заболеваниях щитовидной железы, коры надпочечников, диэнцефальной патологии, туберкулезе. Не следует забывать о возможной беременности, опухолях яичников, различных формах рака, эндометриоза, и очень редко – фибромиомы. В ряде случаев кровотечение обуславливается врожденными пороками или аномалиями внутренних половых органов.
- Лечение ДМК** комплексное, этиопатогенетическое и индивидуальное, складывается из общей терапии, применения сокращающих и кровоостанавливающих средств, гормонотерапии, хирургического вмешательства. После остановки кровотечения в течение трех циклов обязательно проведение противорецидивной и поддерживающей терапии. Девушки, страдающие ДМК должны наблюдаться у врача в течение 1 года.

# АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

- – патологическое состояние, характеризующееся сочетанием болезненных месячных с циклически возникающими общесоматическими расстройствами. Альгодисменорею принято разделять на *первичную* и *вторичную*. **Первичная** (конституциональная, эссенциальная) связана с функциональными нарушениями в иммунной, нервной, эндокринной системах, водно-солевого равновесия). **Вторичная** обусловлена одним из следующих заболеваний: эндометриозом, воспалением внутренних половых органов, аномалиями развития половых органов, опухолями органов таза, половым инфантилизмом. Последняя причина - наиболее частая. Имеются указания на наследственный характер этой патологии. Несмотря на различный этиопатогенез, клиническая картина альгодисменореи одинакова в двух группах. Для альгодисменореи характерны интенсивные боли внизу живота, отклонения в работе ЖКТ, сердца. Боль иногда может носить очень интенсивный характер. Из общих симптомов отмечают также головную боль, тошноту и рвоту, депрессивное состояние, агрессивность, слюнотечение, потливость, ознобы. Для всех симптомов характерны цикличность их возникновения и спонтанное излечение.



- **Диагностика** альгодисменореи имеет комплексный подход с обязательным консультированием девушки у смежных специалистов, проведением УЗИ-диагностики, общеклинических исследований. Особое внимание стоит уделить диагностике полового инфантилизма. В симптомокомплексе полового инфантилизма ведущее место занимает состояние матки, именуемое гипоплазией. Различают три стадии гипоплазии матки. Рудиментарная, или зародышевая. Инфантильная (длина по зонду 3,5-5 см, соотношение тела и шейки 1:3). Гипопластическая (длина по зонду 5-7 см, соотношение тела и шейки правильное).  
Терапия альгодисменореи в большинстве успешна, но требует терпения, упорства, доверительных отношений между пациенткой и врачом.
- **Лечение** комплексное этиологически направленное, с использованием фитотерапии, физиопроцедур, общеукрепляющих методов. В тяжелых случаях возможно применение гормональной терапии.

# НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

- Преждевременное половое развитие. Патологический процесс локализуется в ЦНС, корковом слое надпочечников, яичниках. Основными проявлениями являются: изосексуальное ППР, ППР с нарушением последовательности появления вторичных половых признаков, транзиторная форм ППР, гетеросексуальное ППР.
- Нарушение полового развития в пубертатном возрасте (по типу стертой вирилизации). Патологический процесс локализуется в ЦНС, яичниках, надпочечниках. Характер проявлений в зависимости от уровня патологического процесса – это диэнцефальные нарушения дисфункция яичников (гиперандрогения), дисфункция надпочечников (пубертатный АГС). Клинические проявления заключаются в обменно-вегетативных нарушениях, расстройствах менструального цикла, признаках стертой вирилизации. Сюда же относится синдром Штейна-Левенталя.

- **Задержка полового созревания.**  
Локализация процесса: ЦНС, яичники.  
Основные клинические проявления:  
недоразвитие вторичных половых признаков, аменорея, или гипоменструальный синдром, первичная аменорея.
- **Отсутствие полового созревания.** В основе патологического процесса лежит аплазия яичников (аномалии развития хромосом). К этой группе относится синдром Тернера, чистая и смешанная формы дисгенезии гонад.

- Диагностика этих заболевания проводится многоступенчато с привлечением к обследованию эндокринологов, генетиков и других специалистов.
- Лечение каждой формы заболевания в зависимости от тяжести индивидуальное, длительное, многоуровневое. Во всех случаях дети и их родители нуждаются также и в помощи психолога.

# АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- К аномалиям развития половых органов относятся врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде незавершенного онтогенеза: отклонения величины, формы, пропорций, симметрии, топографии, наличие несвойственных образований. В настоящее время выделяют 3 группы причин, приводящих к порокам внутриутробного развития: наследственные, экзогенные и мультифакториальные. Возникновение пороков относится к критическим периодам внутриутробного развития. Порочная дифференциация половых органов лишь отчасти обусловлена генетическими причинами, причем на генном уровне чаще, чем на хромосомном. Показательным является и тот факт, что матери девушек с аномалиями развития половых органов, отмечают либо патологическое течение данной беременности, либо инфекции во время беременности, либо вредные условия труда. В 40-50% случаях пороки половых органов сочетаются с другой экстрагенитальной врожденной патологией. Наиболее часто встречающимися являются следующие аномалии.

## ■ Аномалии развития матки:

1. *Uterus didelphys* – удвоение матки и влагалища при их обособленном расположении.
  2. *Uterus duplex et vagina duplex* – образования соприкасаются или объединяются фиброзно-мышечной прослойкой.
  3. *Uterus bicornis bicollis* – общее влагалище, а остальные отделы раздвоены.
  4. *Uterus bicornis* с рудиментарным рогом
  5. *Uterus unicornis*. В таком случае, как правило, оказывается одна почка и один яичник, но матка бывает функциональной.
- Синдром Рокитанского-Кюстера. Влагалище и матка представлены тонкими соединительно-тканными тяжами.

## ■ Аномалии развития влагалища.

1. Агенезия влагалища – первичное отсутствие влагалища. Вторичное отсутствие влагалища – атрезия – не что иное, как полное или частичное заращение влагалища, связанное с воспалительным процессом, относящимся к внутриутробному периоду.
2. Наличие у влагалища перегородок на различной протяженности.
3. Аномалии развития девственной плевы, вульвы, наружных половых органов.
4. Атрезия девственной плевы – выявляется с наступлением менархе.
5. Деформация вульвы – может быть вызвана эпи- и гипоспадией при гермафродитизме.
6. Врожденная гиперплазия или гипертрофия наружных половых органов.
7. Аномалии развития яичников.
8. Ановария – встречается очень редко.
9. Добавочный яичник при удвоении матки
10. Гипоплазия яичников при различных видах дисгенезии гонад.

- Прогноз при аномалиях половых органов зависит от степени и уровня нарушения. В одних случаях хирургическая коррекция не нарушает способности к зачатию и развитию полноценной беременности, в других случаях коррекция не требуется, а в ряде случаев требуется не одна пластическая операция, чтобы создать условия для нормальной половой жизни (без сохранения репродуктивной функции).

- Отдельное внимание хотелось бы уделить началу ранней половой жизни, вреда от аборта в подростковом возрасте, родам у юных первородящих и подростковой контрацепции.

- Контрацепция подростков: презерватив, гормональные ОК (силест, марвелон, регулон), ВМС и др.



# Заключение.

- Детская и подростковая гинекология – это самостоятельный раздел гинекологии, многие вопросы в котором еще недостаточно изучены или оспариваются. Для врача сталкивающегося с проблемами детской гинекологии необходимы знания не только в гинекологии, но и в педиатрии, эндокринологии, навыки общения с ребенком и его родителями, а в ряде случаев навыки психотерапевта.

*Дякуємо*

*за*

*увагу!*