



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!