

*Проблемы детской и
подростковой
гинекологии*

*Медико-социальные аспекты
репродуктивного здоровья
детей и подростков
приобрели особую
актуальность за последние
10-летие, что обусловлено
обострившейся проблемой
качественного и
количественного
воспроизводства населения*

История вопроса

- 1957 г. - X Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов
- 1957 г. – открытие кабинетов детских гинекологов
- 1958 г. – I Всесоюзная конференция детских гинекологов
- 1959 г. – организация отделения детской гинекологии на базе НЦ АГиП РАМН
- 1973 г. – VII Международный конгресс акушеров-гинекологов

Периоды жизни

- Неонатальный – рождение – 28 дней
- Младенческий – 28 дней – 1 год
- Нейтральный – 1 год – 4 года
- Препубертатный – 4 года – 7 лет
- Пубертатный
 - ранняя стадия 7 лет – менархе
 - поздняя стадия менархе – 14 лет

В приказе МЗ РФ № 186

от 15.11.1991 г.

*«О мерах по дальнейшему развитию
гинекологической помощи
населению РФ»*

очерчены функциональные обязанности
врачей, регламентировано проведение
профилактических осмотров и
порядок диспансеризации детей и
подростков с гинекологической
патологией.

Инструктивно-методические указания по направлению девочек к врачу акушеру-гинекологу, ведущему специализированный прием

Показаниями для направления на профилактический прием к гинекологу являются следующие состояния:

- Поступление в школу, достижение возраста 11-12 и 14-15 лет, старше 15 лет – ежегодно;
- Жалобы на бели;
- Начало менструальной функции;
- Боли в животе в любом возрасте;
- Появление признаков полового развития до 8 лет;
- Полное отсутствие вторичных половых признаков в 12-13 лет;

- Отсутствие менструаций в возрасте старше 14,5 лет;
- Нарушения менструального цикла;
- Патологические анализы мочи;
- Нарушение строения наружных половых органов;
- Ожирение II-III степени или дефицит массы тела более 10 % в период полового созревания;
- Оволосение по мужскому типу;

- Задержка физического развития, низкорослость, высокий рост;
- Декомпенсированная форма хронического тонзиллита, тонзиллэктомия в год менархе;
- Ревматизм;
- Туберкулез;
- Девочки из группы ДЧБ

Основная цель детской
гинекологии:

*сохранение
репродуктивного
здоровья будущей
женщины*

Основные задачи специализированной службы гинекологии детского и подросткового возраста в современных условиях

- *Диагностика и раннее, активное выявление гинекологической патологии у девочек и девушек (профилактические осмотры);*
- *Лечение и реабилитация больных с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития;*
- *Динамическое наблюдение девочек и девушек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития;*
- *Работа, по повышению уровня знаний детей и подростков о физиологии репродуктивной системы, профилактике нежелательной беременности и ИППП, о вреде абортa и пр. проблемах;*
- *Лечебная и консультативная работа по проблемам планирования семьи, в том числе подбору контрацепции, динамическое наблюдение на фоне контрацепции, реабилитации после абортa и др.*

Организация специализированной гинекологической помощи детям и подросткам России

*Внедренная в нашей стране
трехступенчатая система
организации специализированной
службы дает возможность
наиболее адекватного обеспечения
юного населения медицинской
помощью*

Первая ступень

Задачи:

- *Профилактическая работа в организованных детских коллективах, осуществляемая врачебным или специально обученным средним персоналом.*
- *Санитарно-просветительская работа с девочками, родителями, педагогами и врачами смежных специальностей.*

Вторая ступень

Задачи:

- *Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях.*
- *Своевременная госпитализация больных в стационар и наблюдение их после выписки, а также наблюдение детей относящихся к группе повышенного риска по нарушению функции репродуктивной системы.*
- *Организация и проведение индивидуальных и групповых занятий с подростками, в том числе по проблемам планирования семьи*

Третья ступень

Задачи:

- *Уточнение диагноза в сложных клинических случаях.*
- *Лечение тяжелых форм гинекологической патологии с применением интенсивных методов воздействия или оперативных вмешательств*
- *Организационно-методическая и научно-исследовательская работа, подготовка кадров*

Кабинеты гинекологии детского и подросткового возраста функционируют при детских поликлиниках, женских консультациях и детских больницах, а специализированные стационары или койки – на базе крупных детских клиник, областных и краевых больниц, профильных научно-исследовательских институтах и центрах.

**К контингенту,
обслуживаемому в
системе
специализированной
гинекологической помощи
детям и подросткам
относятся девочки и
девушки до 18 лет.**

Гинекологическая заболеваемость у детей

- Воспалительные заболевания наружных половых органов – 55 – 77 %
- Нарушения менструальной функции – 7 – 17 %
- Нарушения темпов полового развития – 13 %
- Пороки развития половых органов – 0,1 – 9 %
- Травмы – 1 – 8 %
- Новообразования – 0,1 – 2 %

Гинекологическая заболеваемость у подростков

- Нарушения менструальной функции – 61 – 63 %
- Нарушения полового созревания – 7,3 %
- Воспалительные заболевания – 6,2 %
- Патология молочных желез – 3,5 %
- Аномалии развития половых органов – 4,3 %
- Новообразования, травмы – 2,8 %
- Прочие заболевания - 8,9 %

Становление репродуктивной системы идет взаимосвязано с физическим развитием, поэтому важно значение для медицины и педагогики имеет составление стандартов физического и полового развития детей и подростков. При этом следует отметить, что разрабатываемые стандарты требуют периодического обновления каждые 10 лет, в связи с процессами акселерации и деселерации развития.

Стандарты и оценочные таблицы физического и полового развития представляют собой комплекс общедоступных высокоинформативных данных, характеризующих состояние здоровья ребенка. На основании этих данных можно выделить *группы детей*:

- с функциональными отклонениями,
- скрыто протекающими заболеваниями;
- больных, требующих специального обследования и консультирования

*Интегрированным
показателем состояния
репродуктивного
здоровья являются
половое развитие и
менструальная функция*

Методы оценки физического развития детей и подростков

Наиболее информативными методами оценки физического развития являются – вариационно-статистический и центильный.

Исходной информацией для использования этих методик является комплекс антропометрических данных: рост, масса тела, окружность грудной клетки, основные размеры таза.

Методы оценки полового развития детей и подростков

Половое развитие
исследовано на основании
выраженности вторичных
половых признаков и
последовательности
появления.

Половая формула

Ma_0 -железы не возвышается над поверхностью грудной клетки, сосок маленький, без пигментации

Ma_1 -набухание околососкового кружка, увеличение его диаметра, пигментация

Ma_2 -молочная железа конической формы, поднимается над поверхностью грудной клетки, при этом сосок не выделяется отдельно от плоскости околососкового кружка

Ma_3 -юношеская грудь округлой формы, околососковый кружок пигментирован, сосок возвышается

Ma_4 -зрелая грудь округлой формы

$RVAx_0$ -волосы на лобке и в подмышечных впадинах отсутствуют

$RVAx_1$ -единичные прямые короткие волосы

$RVAx_2$ -волосы более густые и длинные, располагаются в центральной части лобка и подмышечной впадины

$RVAx_3$ -волосы на всем треугольнике лобка и половых губах густые, вьющиеся, подмышечная впадина покрыта вьющимися волосами

$RVAx_4$ -длинные густые волосы расположены по всей поверхности лона, переходят на поверхность бедер, растут по белой линии живота, образуя форму ромба

Me_0 -отсутствие менструаций

Me_1 -менархе в момент
обследования

Me_2 -нерегулярные менструации в
момент обследования

Me_3 -регулярные менструации в
течение года и более

Бальная оценка полового развития

- Me – 2,1 балла
- Ma – 1,2 балла
- Ax – 0,3 балла
- Pв – 0,2 балла

Пример:

$Me_1 Ma_2 Pв_3 Ax_2$

$$2,1 \times 1 + 1,2 \times 2 + 0,2 \times 3 + 0,3 \times 2 = 5,7$$

Динамика вторичных половых признаков у девочек

8-9 лет – быстрое увеличение окружности таза, округление ягодиц, увеличение количества жировой ткани на бедрах

9-10 лет – ускорение роста костей таза, гиперемия и пигментация околососковых кружков, увеличение соска

10-11 лет – начало роста молочных желез, несколько позже – начальное оволосение лобка

11-12 лет -увеличение наружных и внутренних половых органов, увеличение молочной железы, появление оволосения подмышечных впадин

12 лет – пубертатный скачок роста

12-13 лет – менархе

14 лет – продолжение роста в длину, продолжение увеличения молочных желез, прогрессирование оволосения подмышечных впадин

15 лет – более частая констатация
двухфазных менструальных циклов

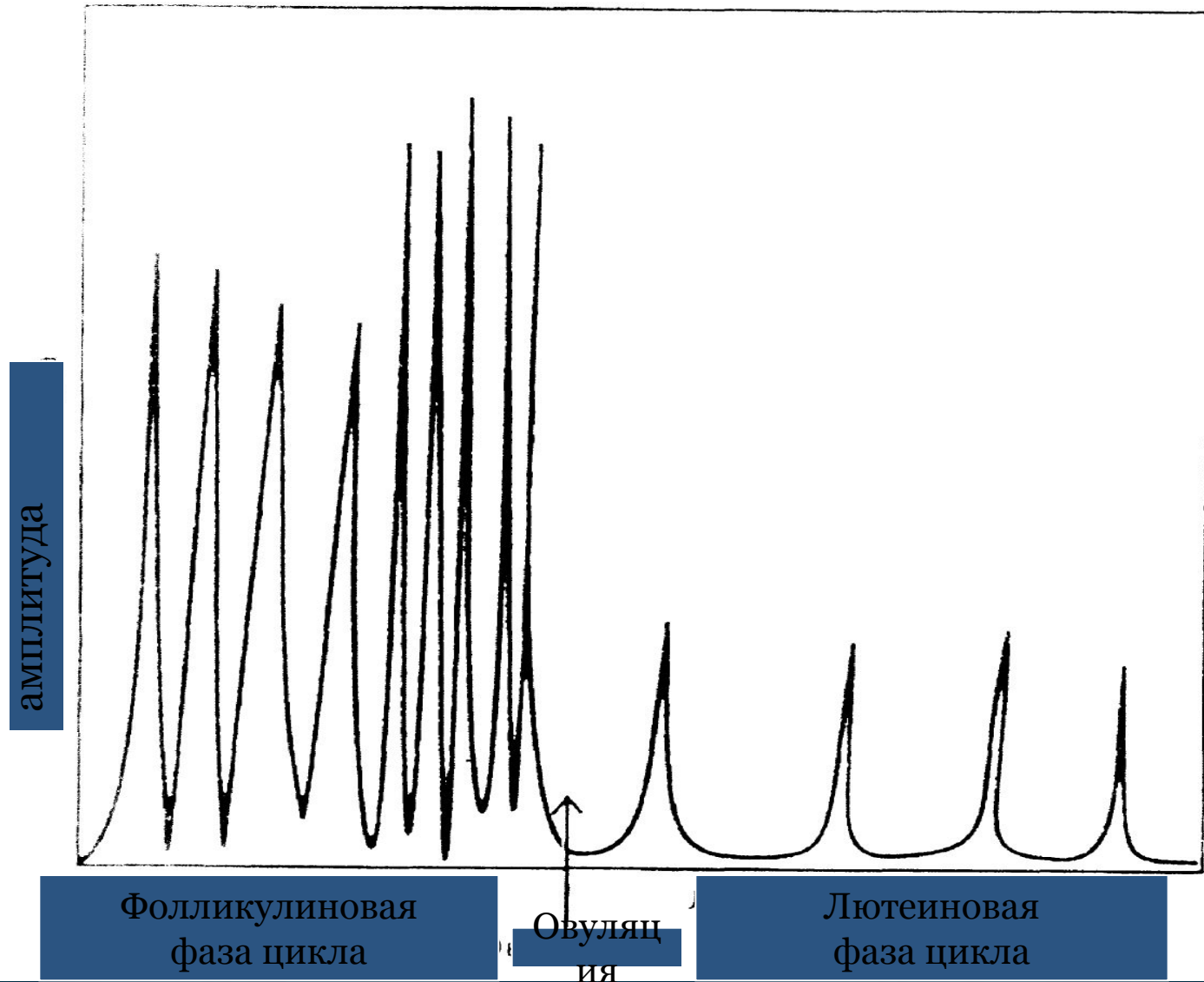
15-16 лет – возможно появление угрей,
снижение тембра голоса

16-18 лет – остановка роста, приобретение
внешнего вида, характерного для
взрослых

Этапы становления репродуктивной системы (Богданова Е. А., 2000)

Становление менструальной функции	Тип секреции ГТ-РГ	Уровень секреции ЛГ	Характер менструальной функции после менархе
Допубертатная физиологическая аменорея		Низкий	Аменорея
Менархе		Невысокий	Олигоменорея
Период становления		Невысокий	Ановуляция
Регулярные менструации		Небольшой овуляторный пик	Недостаточность II фазы
Регулярные менструации		Достаточный овуляторный пик	Нормальный менструальный цикл

Секреция гонадотропного релизинг-гормона в фолликулиновую и



Становление ритма менструаций у девушек (Смородинова Л. А., Уквальберг М. Е., 1997)

Становление ритма менструаций	%
сразу	76,5
до 6 мес	10,1
от 6 мес до 1 года	5,5
от 1 года до 1,5 лет	5,2
не установились более 1,5 лет	2,7

**Средняя продолжительность
менструального цикла у девушек
(Смородинова Л. А., Уквальберг М. Е., 1997)**

Продолжительность цикла, дни	%
21 – 26	18,9
27 – 28	77,8
29 – 33	3,3

**НАСТОЛЬНАЯ КНИГА
ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА**

**СТАНДАРТНЫЕ ПРИНЦИПЫ
ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
с гинекологическими заболеваниями
и нарушениями полового развития**

**Под редакцией
В.И. Кулакова, Е.В. Уваровой**

Последовательность проведения специального исследования девочек (Коколина В. Ф., 2004)

1. Осмотр и оценка степени развития вторичных половых признаков
2. Осмотр, пальпация и перкуссия живота, при подозрении на беременность – аускультация
3. Осмотр наружных половых органов, гимена, с учетом возрастных изменений и заднепроходного отверстия
4. Вагиноскопия
5. Ректально-абдоминальное исследование

Организационная структура системы диспансеризации девочек

Основными организационными звеньями системы являются: родильный дом; детская поликлиника; подростковое отделение; женская консультация

- Родильный дом –

Диспансеризируемый контингент: новорожденные девочки

Основные задачи: правильное определение паспортного пола при рождении; ранняя диагностика нарушений полового развития ; осуществление преемственности с детской поликлиникой

Ответственные за диспансеризацию: зав. детским отделением; неонатолог

- Детская поликлиника –
Диспансеризируемый контингент: девочки от периода новорожденности до 14 лет
Основные задачи: ранняя диагностика и лечение нарушений становления репродуктивной системы от периода новорожденности до 14 лет; профилактика нарушений становления менструальной функции; осуществление преемственности с подростковым отделением
Ответственные за диспансеризацию: главный врач детской поликлиники; детский гинеколог; педиатр

- **Подростковое отделение**

Диспансеризируемый контингент: девушки от 15 до 18 лет

Основные задачи: ранняя диагностика, профилактика и лечение нарушений становления репродуктивной системы у девушек-подростков, прогнозирование предстоящей реализации репродуктивной функции в связи с особенностями периода полового созревания, осуществление преемственности с детской поликлиникой и женской консультацией

Ответственные за диспансеризацию: зав. подростковым отделением; подростковый гинеколог; подростковый терапевт

Организация процесса диспансеризации

- Новорожденные девочки

Место осмотра – детское отделение родильного дома

Время осмотра – 1-е или 2-е сутки периода новорожденности

Клинические тесты – состояние наружных половых органов

- Девочки в возрасте 5 – 7 лет

Место осмотра – детская поликлиника

Время осмотра – перед поступлением в школу

Клинические тесты – физическое развитие,
развитие костного таза, степень выраженности
вторичных половых признаков

- Девочки в возрасте от 8 до 15 лет

Место осмотра – кабинет школьного врача

Время осмотра – по графику во время учебного года

Клинические тесты – оценка гармоничности физического развития, оценка развития костного таза, половая формула, состояние менструальной функции

- Девушки в возрасте от 15 до 18 лет

Место осмотра – медицинские кабинеты школ, ПТУ, техникумов

Время осмотра - по графику во время учебного года

Клинические тесты - оценка гармоничности физического развития, оценка развития костного таза, половая формула, состояние менструальной функции

Распределение диспансеризируемых по группам учета

- Первая группа – здоровые девочки от рождения до 18 лет

Основная задача:

ежегодная оценка физического и полового развития, ранняя диагностика доклинических форм нарушения становления репродуктивной системы и своевременное их предупреждение

- Вторая группа
- А – девочки, переведенные из третьей группы в связи со стойкой компенсацией патологического процесса
- Б – девочки, подверженные риску заболеть хроническими заболеваниями, которое может способствовать нарушению становления репродуктивной системы
- В – больные девочки с компенсированным течением хронического заболевания, с острыми рецидивирующими заболеваниями, с отклонениями в половом развитии, с различными формами нарушения менструальной функции

Основная задача:

предупреждение нарушений становления репродуктивной функции и прогрессирования заболевания путем устранения неблагоприятных факторов, проведения лечебно-профилактических мероприятий, предупреждения обострений и рецидивов заболевания

- Третья группа – больные девочки в стадии субкомпенсации, с частыми обострениями течения хронического заболевания, стадия декомпенсации хронического заболевания

Основная задача:

лечение заболевания в условиях отделения, поэтапная реабилитация в амбулаторных условиях и санатории

Оценка качества диспансеризации

- *Показатель деятельности врача учреждения*
 - обеспеченность девочек диспансерным обслуживанием
 - полнота охвата наблюдений
 - своевременность взятия на учет
 - распределение на группы диспансерного учета
 - выполнение планов посещения

- Показатель эффективности
 - удельный вес и кратность обострений и рецидивов заболеваний у диспансеризируемых, индекс здоровья по первой группе

*Благодарю
за
внимание*



Сама уверенность

