

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ - КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ «ВЕДЕННЯ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ В ПРАКТИЦІ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Актуальні питання дитячої гінекології (код курсу 13.0)
Курс	ТУ «Ведення фізіологічної вагітності. Актуальні питання акушерства і гінекології в практиці сімейної медицини»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Здоров'я жінки взагалі і його невід'ємний компонент – репродуктивне здоров'я – значною мірою визначається умовами її розвитку в утробі матері, в періоді новонародженості, дитинстві та у підлітковому віці. Якість репродуктивного здоров'я жінки, не дивлячись на застосування сучасних діагностичних і лікувальних заходів, залишається низькою. В зв'язку з цим зростає необхідність охорони репродуктивних функцій в більш ранні періоди життя жінки. Значне місце в системі надання медичної допомоги займає охорона здоров'я дівчаток і дівчат. Проблема сексуального і репродуктивного здоров'я підлітків в зв'язку з малою вивченістю та великою важністю визначена в "Спеціальній програмі наукових робіт і експериментів в репродукції людини" ВОЗ як пріоритетний напрямок досліджень.

II. Навчальні цілі лекції

Донести до лікарів наступні знання:

1. Класифікація розладів менструальної функції у дівчаток.
2. Етіологія та патогенез розладів менструальної функції у дівчаток.
3. Лікування розладів менструальної функції у дівчаток.
4. Класифікація вад розвитку статевих органів у дівчаток.
5. Етіологія та патогенез аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.
6. Клініка та лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток

III. Цілі розвитку особистості фахівця

Ознайомити курсантів з головними питаннями дитячої гінекології, навчити курсантів методам діагностики, лікування та профілактики гінекологічної патології дитячого та підліткового віку;

Виховати методологічний підхід до аналізу викладеного матеріалу, обґрунтування діагнозу, організації лікувальних та профілактичних заходів;

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Розвиток дівчинки та встановлення менструальної функції.	Оцінювати ступень розвитку дівчинки та своєчасність встановлення менструальної функції.
2. Фізіологія	Нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції. Характеристика нормального менструального циклу.	Оцінювати відхилення від фізіологічних параметрів нормального менструального циклу.
<i>Наступні:</i>		
1. Біохімія	Механізми розвитку аменореї та нейроендокринних синдромів на біохімічному рівні.	Давати оцінку показникам біохімічного дослідження репродуктивної системи.
2. Педіатрія	Причини розвитку первинної	Оцінювати фактори ризику

	аменореї та нейроендокринних синдромів у дівчат підлітків.	аменореї та нейроендокринних синдромів у дівчат підлітків.
--	--	--

V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета)		5 хв.
2.	Основний етап (викладення лекційного матеріалу). 1. Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості, роль вітчизняних вчених. 2. Етіологія, патогенез розвитку гінекологічної патології дитячого та підліткового віку. 3. Класифікація гінекологічної патології дитячого та підліткового віку. 4. Обстеження. 5. Лікування. 6. Профілактика та реабілітаційна терапія.	Клінічна лекція. Питання, ситуаційні задачі. Детальний клінічний розбір історії хвороб пацієнток з гінекологічної патології дитячого та підліткового віку, демонстрацією жінки з типовими проявами захворювання (по можливості).	75 хв.
3.	Заключний етап.: резюме лекцій, загальні висновки; відповіді на можливі питання; завдання для самопідготовки курсантів.	Навчальна література. Завдання, питання.	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Основним завданням лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку є виявлення і здійснення діагностики і лікування порушень та захворювань репродуктивної системи у дівчат, проведення профілактичних оглядів щодо запобігання гінекологічній захворюваності та інформаційної роботи зі статевого виховання при підготовці дівчаток до материнства, розробляє і здійснює конкретні заходи, спрямовані на оздоровлення контингенту дівчат, які почали статеве життя. Він повинен працювати в тісному контакті з педіатрами, лікарями спеціалістами, педагогами, керівниками дитячих дошкільних закладів, шкіл, училищ.

Аномалії розвитку жіночих статевих органів

Вроджені вади розвитку зустрічаються у 0,23 – 0,9 % жінок. По відношенню до всіх вад розвитку аномалії жіночих статевих органів складають близько 4 %. В основному аномалії розвитку статевих органів пов'язані з порушенням умов внутрішньоутробного середовища, в яких розвивається ембріон і плід.

Аномалії дівочої перетинки та вульви. Наявність суцільної дівочої перетинки є одним з частих порушень будови зовнішніх статевих органів. Така патологія може бути проявленням атрезії входу в піхву або аплазії піхви. Клінічні ознаки атрезії дівочої перетинки проявляються при досягненні періоду статевого дозрівання. Під час менструації кров не одержує природного відтоку, поступово заповнює піхву, матку і маткові труби. Розвивається гематокольпос, гематометра, гематосальпінкс. З'являються скарги на болі, може бути порушення сечовиділення, відчуття розпирання в ділянці

малого тазу. Лікування хірургічне: в центрі дівочої перетинки проводять хрестоподібний розріз і після випорожнення гематокольпосу окремими кетгуттовими швами формують краї гіменального отвору.

Аномалії піхви. Піхва починає формуватись на 8-му тижні внутрішньоутробного періоду і є похідним непарним відділом парамезонефральних проток. Вона утворюється в результаті злиття їх каудальних кінців. В утворенні нижньої треті піхви бере участь і сечогенітальний синус.

Агенезія піхви – це первинна повня відсутність піхви. У таких хворих між великими статевими губами зберігається незначне заглиблення, яке не перевищує 2 – 3 см.

Аплазія піхви – це первинна відсутність частини піхви. Така патологія обумовлена припиненням каналізації піхвової трубки, яка вже почала формуватись. В нормі цей процес завершується до 18 тижня внутрішньоутробного розвитку.

Атрезія піхви – це повне або часткове зрощення піхви внаслідок запального процесу, перенесеного в анте- або постнатальному періодах. Інколи піхва має перегородку, яка може простиратися від склепінь до дівочої перетинки. Ця аномалія може поєднуватися з дворогою маткою. Крім поздовжньої перетинки, інколи буває і поперечна.

Аномалії матки. Подвоєння матки і піхви при їх окремому розташуванні (*uterus didelphus*), при цьому обидва статевих апарати розділені поперечною складкою очеревини. Така патологія виникає при відсутності злиття правильно розвинутих парамезонефральних проток, причому з кожної сторони є лише одна труба і один яєчник. Обидві матки добре функціонують і з настанням статевої зрілості вагітність може виникати послідовно то в одній то в іншій. Ця патологія зустрічається дуже рідко. Дещо частіше зустрічається подвоєння матки і піхви, при якому обидві половини з'єднуються на обмеженому просторі за допомогою фіброзно-м'язової перетинки (*uterus duplex et vagina duplex*). Одна з маток нерідко є меншою за величиною і за функцією, причому на стороні недорозвиненої матки може спостерігатися атрезія дівочої перетинки або маткового вічка. При неповному злитті лише верхніх відділів мюллерових проток утворюється двомага (*uterus bicornis*) або сідлоподібна (*uterus arcuatus*) матки з однією шийкою. Якщо не відбувається злиття парамезонефральних проток в середніх відділах, то спостерігається і подвоєння шийки матки. Нерідко при наявності однієї матки і однієї піхви виявляються перетинки, які можуть розміщуватися біля дна або шийки матки (*uterus subseptus*) або на передніх або задній стінках піхви (*vagina subsepta*). При нерівномірному розвитку однієї з парамезонефральних проток в матці утворюються односторонні асиметричні аномалії, зокрема рудиментарний ріг, порожнина якого не з'єднується з порожниною матки. Під час менструації в закритій порожнині збирається менструальна кров. Інколи порожнина рудиментарного рогу з'єднується з порожниною матки.

Аномалії розвитку яєчників. В антенатальному періоді у плода виникає асиметрія розвитку яєчників, що проявляється анатомічною і функціональною перевагою правого яєчника. *Відсутність яєчників* (*aplasia ovariozum*) зустрічається дуже рідко і лише у нежиттєздатних плодів, які мають інші пороки розвитку несумісні з життям.

Відсутність одного яєчника зустрічається при однорогій матці, причому з того боку де не утворилась половина матки. Хоча можуть бути і два яєчники.

Додаткові яєчники розвиваються шляхом відшнурування частини зачатка яєчника на ранніх стадіях ембріонального розвитку. Додатковий яєчник з'єднується з основним ніжкою. Практичного значення він не має, проте може виникнути перекрути ніжки, некроз, що зумовлює оперативне втручання.

Гіпоплазія яєчника – зменшення або недостатній розвиток строми яєчника. Часто поєднується з недорозвитком матки, тонкими, звивистими, подовженими матковими трубами. Вторинні статеві ознаки виражені слабо. Менструальний цикл порушений – аменорея, або гіпоменструальний синдром.

Гіперплазія яєчників – гіпертрофія строми яєчника. Зустрічається рідко, функція статевих органів, як правило, не порушена. При відсутності клінічних ознак, лікування не потребує.

Дисгенезія яєчників – аномалія розвитку зачатка яєчника на ранніх стадіях ембріогенезу. Яєчники складаються із сполучнотканинної строми, всередині якої крім судин, нервів закладені фолікули різного ступеня розвитку. Матка рудиментарна, зовнішні статеві органи недорозвинуті.

Порушення статевого дозрівання Передчасне статеве дозрівання (ПСД)

Передчасне статеве дозрівання (ПСД) відноситься до рідких аномалій статевого розвитку і становить до 2,5 % захворювань у дівчат. Патологія встановлюється у тих випадках, коли вторинні статеві ознаки починають з'являтися раніше 8 – 9 років, а менархе – раніше 10 років. Загальними ознаками для таких дівчат є: прискорений фізичний розвиток спочатку і низький зріст на момент досягнення статевої зрілості, раннє скостеніння епіфізарних ділянок, передчасний розвиток вторинних статевих ознак і поява менструацій.

Передчасне статеве дозрівання може бути ізосексуальним (тобто по жіночому типу) і гетеросексуальним (по чоловічому типу).

Передчасне статеве дозрівання ізосексуального типу може бути церебрального і яєчничкового генезу, а також конституціонального характеру. Церебральні порушення розвиваються внаслідок органічної чи функціональної патології гіпоталамуса, або запальних захворювань головного мозку. Основну роль в розвитку органічних порушень відіграє перинатальна патологія – асфіксія і пологова травма плода, які крім безпосередньої негативної дії, створюють сприятливий фон для дії токсичних факторів в дитячому віці. Пухлини, які здавлюють дно третього шлуночка мозку: епідідіоми, оптичні гліоми, астроцитоми, нейрофіброми, а також гамартрома гіпоталамуса (врожена вада) теж можуть приводити до розвитку даної патології. Найбільш характерним симптомом передчасного ПСД при органічних порушеннях центрального генезу є внутрішньочерепна гіпертензія. На рентгенограмі черепа вона проявляється посиленням малюнком пальцевих вдавлень в кістках склепіння і основи черепа. Клінічно така патологія проявляється ознаками передчасного статевого дозрівання на фоні вираженої неврологічної симптоматики: затримка інтелектуального розвитку, поліфагія, ожиріння, емоційна нестійкість, наявність патологічних рефлексів, порушення функції III, VIII і XII пар черепних нервів, м'язового тону, застійні зміни очного дна.

Виділяють також повні і неповні форми передчасного статевого дозрівання. При повній формі дівчата низького зросту з диспластичною будовою тіла (короткі кінцівки, довгий тулуб, широкий таз, вузькі плечі), а при неповній формі їх зріст і будова тіла мало відрізняються від таких, як у дівчат з фізіологічним статевим розвитком. При повній формі швидко розвиваються вторинні статеві ознаки, які випереджають фізичний розвиток дівчини. У дівчат з неповною формою відмічається парадоксальний факт затримки передчасного статевого розвитку.

Рідше зустрічається яєчничкова форма ПСД ізосексуального типу. Вона може бути обумовлена наявністю гормонально активних пухлин та фолікулярних кіст яєчників. З пухлин яєчників зустрічається гранульозоклітинні і текаліпоїдні кістоми. Продукція гормонально-активними пухлинами яєчників великої кількості естрогенів викликає ПСД. Причому, пропорційності між величиною пухлини і кількістю виділяємих естрогенів не спостерігається. Клінічна картина ПСД при гормонально-активних пухлинах, на відміну від церебральної форми, характеризується тим, що першим симптомом являються нерегулярні кров'янисті виділення з піхви при незначному розвитку вторинних статевих ознак (набухання і потемніння сосків і навколососкового поля, збільшення молочних залоз до першої стадії, незначне оволосіння в ділянці лобка і під пахвами). при цьому внутрішні і зовнішні статеві органи мають виражені риси естрогенного впливу: ціаноз

вувльви, розвинута складчастість піхви, збільшення розмірів матки. Виділення естрогенів відповідає рівню, який відмічається у дорослих, гонадотропінів – незначне. У хворих не відмічається такого прискореного соматичного розвитку, як при ПСД церебрального генезу. Кістковий вік, зріст дівчат відповідають календарному віку.

Лікування ПСД ізосексуального типу має два аспекти: перший – лікування патології, яка викликала прискорений розвиток; другий – зупинка процесу передчасного дозрівання. При пухлинах мозку показане оперативне лікування. При гамартомах, в зв'язку з дуже високою смертністю при оперативних втручаннях і відсутності даних про її злоякісне переродження, застосовують консервативну терапію.

Передчасне статеве дозрівання гетеросексуального типу обумовлене вірилізуючою гіперплазією коркової речовини наднирників (врожений адреногенітальний синдром). Ця патологія пов'язана з недостатністю ферментної системи 21-гідроксилази в корі наднирників, що приводить до недостатнього утворення кортизолу і збільшенню викиду АКТГ, внаслідок чого відбувається підвищений синтез андрогенів кори наднирників. Надлишок андрогенів приводить до вірилізації статевих органів ще у внутрішньоутробному періоді (гіпертрофія клітора, поява урогенітального синусу). Відразу після народження звертає на себе увагу порушення будови зовнішніх статевих органів: збільшення клітора різного ступеню від гіпертрофії до пенісовидного, заглиблення присінку піхви, висока промежина, недорозвиток малих і великих статевих губ. При значній вираженості цих симптомів можуть виникнути ускладнення у виборі статі. Соматично такі дівчатка характеризуються прискореним темпом росту в перше десятиліття, який сповільнюється до 12 – 15 років у 5 разів. Кістковий вік 3 – 6 річних дівчаток випереджає календарний на 5 років, 7 – 11 річних – на 6 років. До 12 років процеси скостеніння закінчуються і ріст припиняється не досягнувши середнього.

Порушення менструальної функції та їх корекція

АМК у дівчат

При наявності вагінальної кровотечі у дівчат до 9 років, за умови виключення структурної патології матки, вувльви та вагіни, обстеження та лікування проводиться на предмет діагностики передчасного статевого розвитку і лікування згідно відповідного протоколу.

В ході диференціальної діагностики АМК у дітей та підлітків також використовується класифікація PALM –COIEN.

Класифікація причин АМК (PALM\COIEN)

Структурні	Неструктурні
Р-поліпи А-Аденоміоз L-Лейоміома М-Злоякісні пухлини, гіперплазія	С- Коагулопатія О-порушення овуляції Е- Патологія ендометрію І-Ятрогенні N-некласифіковані

Категорія лейоміома (L) розділяється на два підтипи:

- L_{SM} для пацієток з, принаймні, однією підслизовою міомою
- L_O для пацієток, у яких міоми не змінюють порожнину матки

«N» відповідає категорії («некласифіковані»), яка дозволяє відкрити нові причини під час майбутніх досліджень.

Слід зазначити, що в даній віковій групі необхідно виключати наявність артеріо-венозної мальформації матки. Діагностика мальформацій проводиться за допомогою УЗД з застосуванням ефекту Доплера та ангіографічного дослідження. У якості специфічного лікування зазначеної патології проводиться емболізація маткових артерій. Принципи та методи лікування як гострої, так і хронічної АМК у дітей відповідають зазначеним вище у даному протоколі відносно жінок репродуктивного віку.

При лікуванні дівчат з хронічною АМК перевага надається тактиці, спрямованій на формування двофазного менструального циклу шляхом виявлення та усунення причин його порушення.

У всіх невідкладних випадках у дівчат з АМК необхідно дотримуватись загальних принципів проведення екстрених реанімаційних заходів. Оцінка основних показників життєдіяльності (вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, блідість шкіри тощо) дозволяє виявити пацієток з тяжкими менструальними кровотечами (ТМК). У дівчат з ознаками гіповолемії, що спричинена ТМК, необхідно негайно розпочати інтенсивну терапію згідно відповідних медико-технологічних документів.

У дівчат-підлітків, які мають тяжкі менструальні кровотечі на початку або одразу після початку менархе, зокрема при необхідності надання невідкладної допомоги, госпіталізації або переливання крові, в майже 48 % випадків спостерігаються гематологічні розлади. Дівчата зі спадковими геморагічними розладами (хвороба Віллебранда, на яку припадає близько 70 % випадків, менш поширені - дефіцит факторів згортання крові XI, VII або XIII, носійство гену гемофілії А або В тощо), або у яких традиційна медикаментозна терапія виявилась неефективною, потребують міждисциплінарного підходу до лікування із залученням лікарів-гематологів.

В разі гострої АМК за умови порушення вітальних функцій проводиться стабілізація їх показників (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, температура, когнітивні функції) та ліквідація гіповолемії – дивись відповідні чинні медико-технологічні документи.

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієток (якщо дозволяють клінічні обставини). Метод лікування обирається з урахуванням тяжкості стану, анамнезу, супутньої патології і наявності протипоказань. Для лікування гострих АМК може бути використаний один з наступних лікарських засобів: транексамова кислота, комбінований оральний контрацептив, пероральні прогестагени. При застосуванні гемостазу комбінованими оральними контрацептивами враховується ризик тромбоемболічних ускладнень.

Препарат	Разова доза	Режим
КОК	Монофазні (30–35 мкг етинілестрадіолу)	3 рази на добу протягом 7 днів або до 4-5-ти разів на добу 3-5 днів, потім зменшення кожні 2 дні на 1 таблетку, загальний термін застосування КОК не менше 20 днів
Транексамова кислота	1,5 г перорально або 10 мг/кг внутрішньовенно (максимум до 600 мг)	3 рази на добу впродовж 5 днів, кожні 8 годин
лінестренол*	5 мг перорально	3 рази на добу протягом 7 днів

*інші прогестини з іншими режимами застосування також можуть бути ефективними

Особливості перебігу запальних захворювань статевих органів у дитячому та підлітковому віці

У структурі захворюваності статевих органів у дівчаток до 14 років переважають запальні захворювання, синехії та травматичні ушкодження. В пубертатному періоді на перший план виступають порушення менструального циклу та запальні захворювання

статевих органів. Так, частота запальних захворювань в останні роки зросла в 4 рази і становить 14,7 на кожну 1000 дівчат. Непоправну шкоду здоров'ю дівчат завдають інфекції, що передаються статевим шляхом. Бурхливому росту цих захворювань сприяє висока рання сексуальна активність підлітків. Її наслідком є і настання небажаної вагітності, яка часто закінчується абортom. На відміну від дорослих жінок у дівчат рідко спостерігаються запалення внутрішніх статевих органів, процес переважно локалізується в зовнішніх геніталіях. Виникнення вульвітів і вагінітів обумовлено рядом анатомо-фізіологічних особливостей. Крім того, в патогенезі запального процесу відображаються нейрогуморальні і імунобіологічні особливості, які характерні для дитячого віку.

Неспецифічний вульвовагініт. Клінічний перебіг неспецифічних вульвовагінітів характеризується поступовим розвитком і схильністю до підгострого перебігу, в результаті чого захворювання може тривати кілька тижнів і навіть місяців. Не дивлячись на поліетиологічність запального процесу, клінічні ознаки захворювання досить однорідні.

Лікування. В разі первинного виникнення вульвовагініту можливе проведення лікування в амбулаторних умовах. Необхідно дотримуватись гігієнічних вимог, дієти, яка повинна виключити гостроти, прянощі, алергени, солодощі, включити в раціон свіжі фрукти і овочі. При важких проявах запалення та рецидивах захворювання необхідна госпіталізація. Лікування потребує: по-перше, санації вогнищ інфекції і ліквідації етіологічних факторів загального характеру; по-друге, підвищення захисних сил організму (вітамінізація, десенсибілізація, стимулююча терапія); по-третє, проведення місцевих протизапальних процедур.

Вірусний вульвовагініт. В дитячому віці частіше зустрічається вульвіт, ніж вагініт чи цервіцит (остання локалізація можлива у дівчат, які живуть статевим життям). Вірусна природа запального процесу обумовлена урегінтальним герпесом, вірусом простого герпеса, цитомегаловірусом, вірусом Коксаки, вірусами грипу та парагрипу. Інколи зустрічається змішана вірусна інфекція, яку відрізняє більш виражена клінічна картина, ніж при моноінфекції. Первинний герпетичний вульвіт може одночасно поєднуватись з герпетичним гінгівостоматитом. Зараження може відбуватись трансплацентарним шляхом, при проходженні плода через інфіковані статеві шляхи матері, побутовим шляхом. Причому зараження вірусом не завжди приводить до клінічних проявів, а часто протікає як носійство чи в латентній безсимптомній формі. Характерна риса генітальної вірусної інфекції – тривалість знаходження збудника в організмі та схильність до рецидивів.

Запалення внутрішніх статевих органів. Вважається, що неспецифічне запалення, яке локалізується у дівчат вище внутрішнього вічка, явище досить рідке.

Лікування сальпінгооофориту в гострій стадії відповідає загальним принципам лікування запальних процесів. Призначається ліжковий режим, повноцінне вітамінізоване харчування. Антибіотики використовують з урахуванням чутливості мікрофлори та тяжкості процесу впродовж 7 – 10 днів. Часто призначають комбінацію двох антибактеріальних засобів, паралельно необхідно призначати противогрибкові препарати. Одночасно з антибіотиками призначаються протизапальні, десенсибілізуючі засоби, антиоксиданти, вітаміни.

Диспансерний нагляд та організація профілактичних оглядів

Медичні профілактичні огляди в системі диспансеризації дитячого населення є основним джерелом інформації про стан їх здоров'я, динаміку розвитку, результатах оздоровчих заходів. Профілактичні огляди дівчат повинні бути проведені в період новонародженості, у віці 6 – 7 років, з 12 років – щорічно.

Основні задачі профілактичних оглядів: рання діагностика, профілактика і лікування порушень становлення репродуктивної системи у дівчат, прогнозування реалізації репродуктивної функції в зв'язку з особливостями періоду статевого дозрівання, здійснення взаємозв'язку між дитячою поліклінікою і жіночою консультацією.

Відповідальні за профілактичні огляди і їх функціональні обов'язки:

- завідуючий педіатричним відділенням: контролює роботу дитячого гінеколога, його участь в профілактичних оглядах, ведення диспансерної групи, санітарно – просвітню роботу, оформлення медичної документації;

- дитячий гінеколог: бере на облік всіх дівчат групи несприятливого прогнозу, переданих з дитячої поліклініки; приймає участь в організації і проведенню комплексних оглядів у дитячих садках, школах, інтернатах, училищах; під час оглядів виявляє дівчат з порушеннями статевого розвитку, бере їх на диспансерний нагляд, проводить діагностичні і лікувально-профілактичні заходи; організує, координує санітарно-просвітню роботу серед батьків, вчителів, учнів старших класів і училищ з питань статевих виховання; організує і проводить лекційну роботу з питань фізіології і патології періоду статевих дозрівання серед педіатрів, шкільних лікарів; при переводі підлітка у дорослу поліклініку передає відомості про стан його здоров'я; разом з педіатром відповідає за якість диспансеризації. Алгоритм профогляду дівчаток і дівчат-підлітків педіатром і дитячим гінекологом представлений на рис. 9.1.

- ділничний педіатр: разом з дитячим гінекологом (при необхідності з іншими спеціалістами) приймає участь в обстеженні дівчат з порушеннями статевих розвитку або менструальної функції для встановлення причини і проведення лікування; оцінює статево розв'язок і стан менструальної функції у всіх дівчат підлітків, які знаходяться на диспансерному нагляді з приводу екстрагенітальних захворювань.

При диспансерному нагляді дитячого населення здійснюється наступні види медичних оглядів:

- **попередні** – перед поступленням в школу (6 – 7 років);

- **цільові** – огляди направлені на виявлення одного, двох захворювань: туберкульозу, педикульозу та ін.

- **періодичні** – проводяться регулярно через рівномірні проміжки часу з метою оцінки стану здоров'я в динаміці, виявлення різних відхилень у розвитку та захворювань.

Періодичні медичні огляди комплексні (поглиблені) проводяться лікарями кількох спеціальностей з використанням двох і більше методів дослідження (клінічних, біохімічних, рентгенологічних). Дані медичних оглядів лікар використовує при розподіленні дітей для занять фізкультурою в три групи: основну, підготовчу і спеціальну. Такий розподіл передбачає розділення дівчат на дві категорії – здорових і хворих. Здорові відносяться до першої групи (основної), хворі розподіляються по двох останніх групах в залежності від тяжкості захворювання:

а) дівчата, які мають ризик захворіти хронічними захворюваннями, хворі з хронічною патологією в стадії компенсації;

б) хворі з хронічною патологією в стадії субкомпенсації і декомпенсації.

Перша група – здорові дівчата з моменту народження до 18 років. Основна задача диспансеризації дівчат першої групи – щорічна оцінка фізичного і статевих розвитку, рання діагностика доклінічних форм порушення становлення репродуктивної системи і своєчасне їх попередження.

Друга група – включає в себе три основних контингентів.

А. Дівчата, переведені з третьої групи в зв'язку з стійкою компенсацією патологічного процесу.

Б. Дівчата, що мають ризик захворіти хронічними захворюваннями, яке може сприяти порушенню становлення репродуктивної системи. До цієї категорії відносяться дівчата:

- які народилися від матерів з екстрагенітальною і гінекологічною патологією, з ускладненим перебігом вагітності і пологів;

- недоношені, а також доношені з масою тіла при народженні менше 3000 г і більше 4000 г;

- які народилися в стані асфіксії або мали внутрішньомозкову травму;

- які перенесли в період новонародженості захворювання : пневмонію, гемолітичну хворобу, септичні ускладнення та ін.;
- що мали фонові захворювання на першому році життя: рахіт, діатез, порушення травлення та ін.;
- тривало і часто хворіючі;
- з відхиленнями фізичного розвитку;
- з помірними відхиленнями в статевому розвитку⁴
- з екстрагенітальною патологією;
- які мають соціальні фактори ризику: шкідливі професійні умови життя і шкідливі звички у батьків до і на момент народження дитини, незадовільні матеріально-побутові умови, нерациональне харчування, велике фізичне і емоційне навантаження.

Перехід з другої групи обліку в першу не проводиться.

В. Хворі дівчата з компенсованим перебігом хронічного захворювання, з гострими рецидивуючими захворюваннями, з відхиленнями в статевому розвитку, з різними формами порушень менструальної функції. До цієї категорії відносять дівчата:

- які мають загальну затримку фізичного розвитку, затримку статевого розвитку, або прискорене статеве дозрівання;
- з різними нейроендокринними синдромами;
- з порушеннями менструальної функції: ювенільні кровотечі, альгодисменорея;
- з аномаліями розвитку статевої системи, які не впливають на фізичний і статевий розвиток дівчини;
- які перенесли гострі, специфічні і рецидивуючі неспецифічні захворювання статевих органів;
- які перенесли травми статевих органів без виражених функціональних і органічних порушень.

Основна задача диспансеризація дівчати другої групи – попередження порушень становлення репродуктивної функції і прогресування захворювання шляхом усунення несприятливих факторів, проведення лікувально-профілактичних заходів, попередженню загострень і рецидивів захворювання. Дівчата цієї групи обліку підлягають повному клінічному обстеженню в умовах дитячого гінекологічного кабінету або відділення. Комплекс лікувально-профілактичних оздоровчих заходів включає амбулаторне, стаціонарне і санаторно-курортне лікування.

Третя група – включає контингент хворих дівчат в стадіях субкомпенсації, декомпенсації, з частими загостреннями хронічного захворювання:

- передчасним гетеросексуальним або ізосексуальним статевим розвитком, з відсутністю статевого розвитку;
- з стійкими порушеннями менструальної функції;
- з різними нейроендокринними синдромами, які протікають з порушеннями статевого розвитку і менструальної функції;
- пухлинами і пороками розвитку статевої системи, які підлягають оперативному лікуванню;
- які перенесли травму статевих органів з органічними і функціональними порушеннями.

В цій групі спостерігають також за дівчатами-інвалідами, які мають чисельні пороки розвитку, в тому числі і статевих органів, хворих після гінекологічних операцій з приводу злоякісних пухлин.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Питання

1. Класифікація розладів менструальної функції у дівчаток.
2. Етіологія та патогенез розладів менструальної функції у дівчаток.
3. Лікування розладів менструальної функції у дівчаток.
4. Класифікація вад розвитку статевих органів у дівчаток.

5. Етіологія та патогенез аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.
6. Клініка та лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати гінекологічний анамнез у дівчаток та підлітків.
2. Провести загальний огляд дівчаток та підлітків.
3. Провести гінекологічне обстеження дівчаток та підлітків.
4. Взяти мазки на флору та цитологію у дівчаток та підлітків.
5. Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження у дівчаток та підлітків

Тестові завдання

Задача 1

До лікаря жіночої консультації звернулася хвора 16-ти років з скаргами на значні пінисті виділення з неприємним запахом, печію, свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів і відчуття тяжкості внизу в піхві. Два тижні тому мала випадкові статеві зносини. При огляді в дзеркалах виражена гіперемія слизової піхви, мацерація епітелію, в задньому склепінні накопичення гнійних виділень зеленуватого кольору, пінистого вигляду, шийка матки чиста. Бімануальне дослідження: матка нормальної величини, щільна, рухлива, безболісна. Придатки з обох сторін не визначаються, ділянка їх безболісна.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Трихомонадний кольпіт.
- Б. Бактеріальний вагіноз.
- В. Гонорея нижнього відділу статевих шляхів.
- Г. Туберкульозний кольпіт.
- Д. Кандидоз.

Задача 2

Дівчинка 6 років, захворіла гостро. Захворювання почалося в області зовнішніх статевих органів при сечовиділенні і виразок на слизовій оболонці статевих губ. Мати не зверталась до лікаря 3 дня, думаючи, що це зопрілість. Через 3 доби мати привезла дівчинку до дільничного педіатра, який направив її в кабінет гінеколога дитячого віку. Вночі стан дитини погіршився, появилася блювота, біль в горлі. стан хворої при поступленні в стаціонар важкий. Звертає на себе увага блідість шкірних покривів, в'ялість, набряк шийної клітковини, блискучі відкладення на мигдаликах, які переходять на дужку справа і частину м'якого піднебіння. Відмічається значний набряк великих статевих губ. На слизовій оболонці статевих губ є виразки із синюшною гіперемією, такі ж виразки знаходяться в ділянці промежини і внутрішній поверхні стегон. Сечовиділення затруднене, супроводжується біллю.

Про яке захворювання можна думати:

- А. Бактеріальний вульвовагініт.
- Б. Грибковий вульвовагініт.
- В. Дифтерія піхви.
- Г. Трихомонадний кольпіт.
- Д. Гонорейний кольпіт.

Задача 3

До дитячого гінеколога звернулася мати з дівчинкою 6 років зі скаргами на білі гнійного характеру, які подразнюють шкіру статевих органів і стегон. Дитина від 4 вагітності, пологи були передчасними, вага при народженні 2200 г. Дівчинка часто хворіє тонзилітом, її фізичний розвиток відповідає віку, худорлява. При огляді: зовнішні статеві органи гіперемовані, з набряком. Виражена гіперемія присінку піхви і дівочої перетинки. Виділення із статевої щілини значні, слизово-гнійні.

Про яке захворювання можна думати?

- А. Цукровий діабет.
- Б. Вульвовагініт.
- В. Дифтерія піхви.
- Г. Трихомонадний кольпіт.
- Д. Цистит.

Задача 4

Хвора 17 років скаржиться на болі внизу живота, підвищення температури тіла до 37,5 С, гнійні виділення із статевих шляхів, різі при сечовиділенні. Статеве життя із 16 років, не вагітніла, в шлюбі не перебуває. Менструальна функція не порушена. Захворіла гостро, на 7 день менструального циклу. Гінекологічний статус: уретра інфільтрована, шийка матки гіперемована, набрякла, з великою ерозією, з цервікального каналу значні слизово-гнійні виділення. Матка не збільшена, болюча при пальпації, придатки з обох сторін потовщені, болючі, склепіння глибокі. При бактеріоскопії мазків з уретри і цервікального каналу виявлені диплококи, які розміщуються поза- і внутрішньоклітинно.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гостра гонорея нижнього відділу сечостатевих шляхів.
- Б. Гостра висхідна гонорея.
- В. Підгостра висхідна гонорея.
- Г. Хронічна гонорея нижнього відділу сечостатевих шляхів.
- Д. Торпідна гонорея.

Задача 5

Мама хворої дитини 5 років звернулася до гінеколога з приводу появи у дитини сильного свербіння та відчуття печії у піхві. Із анамнезу – приймала антибіотики для лікування бронхіту. При огляді – набряк вульви. Виділення густі, містять сиркоподібні маси.

Який попередній діагноз?

- А. Кандидозний вульвовагініт.
- Б. Гостра гонорея.
- В. Трихомонадний вульвовагініт.
- Г. Урогенітальний хламідіоз.
- Д. Мікоплазмоз

Відповіді на задачі

- 1. – А;
- 2. – В;
- 3. – Б;
- 4. – Б;
- 5. – А.

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції «Актуальні питання дитячої гінекології».

1. Уварова Е.В. Гиперандрогенные проявления и основные пути их коррекции у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье женщин. – 2003. – № 2. – С. 66 – 73.
2. Чайка В.К., Матущина Л.А., Синенко Л.В. Тактика ведения девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями // Методические рекомендации. – Донецк. – 2000. – 18 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под. ред. Е.К.Айламазян. - М., 2006.
4. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.

5. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К.Лихачов.- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
6. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення».
7. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
8. Наказ МОЗ України від 13.04.2016 № 353 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах"
9. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
10. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.

Б. По темі наступної лекції «Гострий живіт в гінекології»

Питання:

1. Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності.
2. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.
3. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим аднекситом.
4. Здійснити пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.
5. Виконати операцію тубектомія.
6. Провести реанімаційні заходи при позаматковій вагітності, ускладненій геморагічним шоком.
7. Установити діагноз апоплексії яєчника.
8. Визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.
9. Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування.
10. Причини виникнення гінекологічного перитоніту.
11. Класифікація перитонітів у гінекології.
12. Діагностичні критерії клінічних проявів гінекологічного перитоніту.
13. Диференційна діагностика пельвіоперитоніту та поширеного перитоніту.
14. Методи лікування перитонітів у гінекології.
15. Покази до хірургічного лікування перитонітів.
16. Профілактика перитонітів у гінекології.

Список рекомендованої літератури:

1. Лихачов В.К. Практическая гинекология:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агенство, 2013.-840с.
3. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
4. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
5. *Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459с.
6. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
7. Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».- К., 2010.– 315 с.
8. Наказ №582 МОЗ України від 15.12.2003 р. „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". 2003.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

10. Ситков А. И. Бактериальный сепсис // *Medicus amicus*. – 2002. - №6; 2003. – №1.