

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДІВЧАТАМ-ПІДЛІТКАМ
З ГОСТРОЮ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДІВЧАТАМ-ПІДЛІТКАМ
З ГОСТРОЮ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 5 від 25.05.2023.

Харків
ХНМУ
2023

Особливості надання медичної допомоги дівчатам-підліткам з гострою гінекологічною патологією в умовах воєнного стану : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів та слухачів курсів тематичних удосконалень / упоряд. І. М. Меренкова та ін. Харків : ХНМУ, 2023. 16 с.

Упорядники І. М. Меренкова
 Л.А. Вигівська
 І.А. Гузь
 Є.В. Благовещенський
 І.А. Качайло

Список скорочень

БВ	– бактеріальний вагіноз
ВВР	– вроджені вади розвитку
ЕВ	– ектопічна вагітність
ЗЗОМТ	– запальні захворювання органів малого таза
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
ТУП	– травматичні ушкодження промежини
УЗД	– ультразвукова діагностика

Надання медичної допомоги дівчаткам та підліткам з гострою гінекологічною патологією має ознаки, які зумовлені незрілістю органів репродукції, віковими особливостями регуляції менструальної функції, психологічним та фізичним інфантилізмом пацієнтки та ін.

Воєнний стан здатний змінити розвиток подій від загрозливих до трагічних. З одного боку, це постійний стрес, реальна загроза життю, зруйнування усіх показників якості життя: умов існування, харчування, фізичної активності та іноді дитинства – загалом це війна та її наслідки. З іншого боку, порушення системи етапності та регіоналізації надання медичної допомоги, зниження її якості, іноді відсутність можливості звернутися до лікаря, зниження якості обстеження та ліків – все це потребує виділення головних критеріїв діагностики та лікування в умовах обмежених ресурсів.

Програма народонаселення та розвитку Гемпширського коледжу описує наступні тяжкі та значущі наслідки війни для жінок:

- величезна кількість цивільних жінок гине або отримує поранення під час сучасної війни;
- жінки та діти становлять більшість біженців під час війни;
- згвалтування, сексуальні катування та сексуальна експлуатація підживлюються війною;
- жінки та дівчата зазнають сексуальної експлуатації з боку солдатів;
- жінки та дівчата стикаються з підвищеною вірогідністю зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), включаючи ВІЛ-інфекцію, від солдатів і миротворців;
- жінки та їхні діти втрачають можливість отримати послуги з охорони здоров'я, житла, освіти та соціального забезпечення через тиск на служби та пріоритети військового бюджету, пов'язані з війною;
- жінки зазнають впливу токсичної хімічної зброї та забруднення навколишнього середовища під час війни та після неї, а також внаслідок воєнних дій.

Гінекологічні захворювання дівчат-підлітків з клінікою «гострого живота»

1. Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів:

- ектопічна вагітність;
- апоплексія яєчника, розрив кісти та пухлини яєчника;
- травматичні пошкодження статевих органів.

2. Гострі порушення кровообігу в пухлинах та пухлиноподібних утвореннях:

- перекрут ніжки пухлини яєчника.

3. Гострі гнійні захворювання з розвитком перитоніту:

- піосальпікс, тубооваріальні пухлини;
- пельвіоперитоніт.

4. Формування шляхів відтоку менструального детриту у черевну

порожнину при вадах розвитку статевих органів:

- атрезія піхви;
- аплазія шийки матки;
- наявність рудиментарного рогу матки.

Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів

Ектопічна вагітність (ЕВ) – це рідкісний стан у структурі патології «гострого живота» у дівчат-підлітків (1,2–1,4 %), але найбільш загрозований для життя. Маткові труби у дівчат довгі, асиметричні, широка зв'язка коротка. Якщо пацієнтка молодше 16 років, при наданні допомоги потрібна інформаційна згода матері дівчинки.

Жінки з підозрою на ЕВ на ранніх термінах повинні бути доставлені бригадою екстреної медичної допомоги до найближчого ЗОЗ, в якому можливе надання гінекологічної медичної допомоги в повному обсязі. Кровотеча внаслідок розриву фаллопієвої труби або розриву інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі і становить від 4 до 10 % усіх смертей, пов'язаних із вагітністю. Більшість цих смертей відбувається до госпіталізації або під час транспортування пацієнтки до ЗОЗ. Розрив маткових труб, зазвичай, пов'язаний зі значною кровотечею, яка може бути фатальною, якщо терміново не буде виконано оперативне втручання. Трубний аборт – це вигнання продуктів зачаття через фімбріальний відділ маткової труби. Після цього може відбутися резорбція тканини або повторна імплантація трофобласта в черевній порожнині (вторинна абдомінальна вагітність) або на яєчнику (яєчникова вагітність). Трубний аборт може супроводжуватися масивною внутрішньочеревною кровотечею, що вимагає ургентного хірургічного втручання, або мінімальною кровотечею, яка не потребуватиме подальшого лікування.

Діагностика ЕВ проводиться на підставі анамнезу, клінічних ознак, даних загального фізикального і гінекологічного обстеження, результатів трансвагінального УЗД та визначення рівня сироваткового β -ХГЛ.

Дані загального фізикального і гінекологічного обстеження при ЕВ включають ознаки, серед яких більш поширені чутливість у ділянці органів малого таза, болючість придатків матки, болючість при пальпації живота. Іншими ознаками є чутливість при зміщенні шийки матки, болючість при раптового послабленні тиску на передню черевну стінку або перитонеальні прояви, блідість шкіри, здуття живота, збільшення тіла матки, тахікардія (> 100 за хвилину) або гіпотонія ($< 100/60$ мм рт. ст.), шок або колапс, ортостатична гіпотензія.

За підозри на шийкову вагітність гінекологічне обстеження проводиться в умовах розгорнутої операційної.

Трансвагінальне УЗД є найкращим методом діагностики ЕВ.

Для визначення тактики ведення пацієток з ЕВ, що візуалізовано за допомогою трансвагінального УЗД, використовується одноразове визначення рівня сироваткового β -ХГЛ. У гемодинамічно стабільних пацієток при вихідному рівні сироваткового β -ХГЛ < 1000 МО/л проводиться повторне дослідження сироваткового β -ХГЛ через 48 год.

Медикаментозне лікування ЕВ може бути застосовано за умови відповідності пацієнтки критеріям призначення та відсутності протипоказань.

Лікування ЕВ відрізняється залежно від локалізації вагітності, гемодинамічної стабільності пацієнтки, результатів трансвагінального УЗД і вихідного рівня β -ХГЛ у сироватці крові. Більшість випадків трубної ЕВ підлягають лікуванню хірургічним шляхом. Лапароскопія є кращою за лапаротомію через такі численні переваги, як скорочення часу операції, зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення часу перебування у стаціонарі, нижча вартість, менша потреба у знеболювальних і менша ймовірність формування спайок. Однак фактичні дані свідчать про відсутність різниці з точки зору користі для здоров'я між лапароскопією та лапаротомією, в тому числі щодо ключових показників успішної вагітності у майбутньому. За умов наявності ознак геморагічного шоку необхідно забезпечити достатній венозний доступ (катетеризація 2–3 периферичних вен катетерами розміром 14–16 G). Для оптимізації об'єму інфузійної терапії до остаточної зупинки кровотечі слід застосовувати стратегію пермісивної (керованої) гіпотензії (систоличний артеріальний тиск на рівні 90 мм рт.ст.).

При порушеній трубній вагітності у гемодинамічно нестабільних пацієток, особливо за наявності здорової контрлатеральної маткової труби, проводиться сальпінгектомія.

При порушеній трубній вагітності у гемодинамічно стабільних жінок із наявністю в анамнезі факторів зниження фертильності (попередня ЕВ, контрлатеральне ураження маткових труб, хірургічні втручання на органах

черевної порожнини, запальні захворювання органів малого таза) рекомендовано виконання сальпінготомії.

У зв'язку з ризиком персистенції трофобласта після сальпінготомії вимірюють рівень β -ХГЛ у сироватці крові через 7 днів після операції, а потім щотижня, доки не буде отримано негативний результат. При підтвердженні персистенції трофобласта після сальпінготомії, якщо щотижневі рівні β -ХГЛ залишаються стабільними чи починають зростати, подальша тактика ведення включає медикаментозне лікування ЕВ або сальпінгектомію.

При прогресуючій трубній вагітності у гемодинамічно стабільних пацієток, які відповідають визначеним критеріям, може бути запропоновано медикаментозне лікування.

Визначають доцільність внутрішньовенного введення 2 г транексамової кислоти.

При хірургічному лікуванні ЕВ вибір антибактеріальних препаратів та режимів їх використання, профілактику венозного тромбоемболізму, анти-D резус профілактику здійснюють відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Кандидатура пацієтки для призначення метотрексату повинна відповідати визначеним критеріям:

- гемодинамічна стабільність, прогресуюча трубна вагітність менше 35 мм за розмірами без видимого серцебиття плода на УЗД;
- відсутність маткової вагітності на УЗД;
- сироватковий рівень β -ХГЛ від $> 1\ 500$ МО/л до $< 5\ 000$ МО/л;
- згода пацієтки на подальше лікарське спостереження;
- відсутність відомої чутливості до метотрексату.

Предиктори ефективності медикаментозного лікування:

- рівень β -ХГЛ у сироватці крові $< 1\ 000$ МО/л;
- відсутність візуалізації жовткового мішка, ембріонального полюса та/або серцевої діяльності плода на УЗД;
- повільне збільшення рівнів β -ХГЛ до 11–20 % за 48 год перед введенням метотрексату;
- зниження рівнів β -ХГЛ з 1-го по 4-й день після введення метотрексату.

Апоплексія яєчника – це патологія, пов'язана з порушенням цілісності тканини яєчника і кровотечею в черевну порожнину. Серед причин внутрішньочеревних кровотеч апоплексія яєчника становить 0,5–3 % випадків. Кровотечі з яєчника у дівчат-підлітків можуть виникати з фолікулярної кісти, з кісти жовтого тіла та зі строми яєчника.

В основі патогенезу апоплексії лежать особливості фізіологічних змін тканини яєчника, які відбуваються в ньому протягом менструального циклу. Овуляція, посилена васкуляризація тендітних тканин жовтого тіла, передменструальна гіперемія яєчника – все це може призвести до утворення

гематоми, порушення цілісності тканин і кровотечі в черевну порожнину, об'єм якої різноманітний – від 50 мл до 2–3 л.

Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні травми тощо. Кровотечі з яєчника можуть сприяти захворювання крові з порушенням її згортання. Розрив яєчника може виникати в різні фази менструального циклу, але в більшості випадків це трапляється в II фазі. Приблизно у 2/3 випадків вражається правий яєчник, що пояснюється топографічною близькістю апендикса, або відмінностями венозної архітектури яєчників. Апоплексія яєчника частіше вражає жінок репродуктивного віку з двофазним менструальним циклом, тому у підлітків трапляється менше ніж в 1 % випадків «гострого живота».

Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.

Анемічна форма апоплексії має велику схожість з клінікою порушеної позаматкової вагітності. Відсутність затримки менструацій та інших суб'єктивних і об'єктивних ознак вагітності схиляє важелі на користь апоплексії, але доведеність їх досить відносна. У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Захворювання викликається травмою, фізичним навантаженням, статевими зносинами, але може починатися без видимої причини. Гострий інтенсивний біль у животі з'являється в другій половині або в середині циклу. Біль може локалізуватися над лоном, в правій або лівій здухвинних ділянках. Нерідко біль іррадіює в задній прохід, зовнішні статеві органи, поперек, може спостерігатися френікус-симптом. Поряд з больовим нападом спостерігається слабкість, запаморочення, нудота, інколи блювання, холодний піт.

При огляді звертають на себе увагу блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла. Залежно від кількості крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо здутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація живота виявляє загальну болочість внизу або в одній зі здухвинних ділянок. Симптоми подразнення очеревини виражені по-різному.

Допомагають диференційній діагностиці визначення хоріонічного гонадотропіну і лапароскопія, але наявність внутрішньої кровотечі спонукає до екстреної лапаротомії, під час якої і встановлюється заключний діагноз.

Больова форма апоплексії спостерігається у випадках крововиливу в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі або з невеликою кровотечею в черевну порожнину. Захворювання починається гостро з нападу болу внизу живота, який супроводжується нудотою і блюванням на тлі нормальної температури тіла.

Об'єктивно: ознаки внутрішньої кровотечі відсутні – шкіра і слизові оболонки звичайного кольору, частота пульсу і величина АТ у межах норми. Язик вологий, без нальоту. Живіт м'який, але може бути напруження м'я-

зів черевної стінки в здухвинних ділянках. Пальпація живота болюча у нижніх відділах, частіше справа, там же визначаються помірні симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів відсутні. При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають матку нормальних розмірів, зміщення якої викликає біль, і дещо збільшений округлий болючий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виділення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми, інколи визначається помірний лейкоцитоз без вираженого зсуву нейтрофілів. Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак прогресуючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Консервативна терапія повинна проводитися в стаціонарі під цілодобовим спостереженням медичного персоналу. Проте картина больової форми нагадує клініку гострого апендициту, який зустрічається частіше за апоплексію яєчника, тому хвору можуть направити в хірургічний стаціонар.

Метод лікування залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Тактика збереження органа у дівчат-підлітків завжди виправдана.

Апоплексію яєчника у жінок, які страждають на захворювання крові з дефектами гемостазу (аутоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта та ін.), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом. Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання.

Травма зовнішніх статевих органів і промежини в дівчаток зустрічається найчастіше, щодо інших локалізацій становить 3–4. Травматичні пошкодження промежини (ТУП) у дітей мають досить різноманітний характер за структурою механізму травми та тяжкістю пошкоджень. Тяжкість травм буває різною: від невеликих саден до поранення сусідніх органів і пошкоджень, що зачіпають сечостатеву систему, черевну порожнину, анальний сфінктер і порожнину таза.

До травм промежини належать тупа травма (падіння з велосипеда, побутові травми, ДТП тощо), пошкодження при падінні промежини на гострі предмети, сексуальних домаганнях, опіках промежини.

За обсягом поранення розрізняють травми:

1) позаочеревинні:

а) прості;

б) ускладнені пошкодженням сфінктера;

в) ускладнені пошкодженням навколишніх органів;

2) проникаючі в черевну порожнину:

а) прості;

б) ускладнені пошкодженням інших органів.

З анатомо-фізіологічних особливостей, що обумовлюють небезпеку пошкодження, слід назвати такі причини: недостатня виразність підшкірної

жирової клітковини, пухке з'єднання покривного епітелію з підлеглими тканинами, тонкий епідермальний пласт, що погано виконує роль механічного захисту.

До психологічних особливостей дітей належать допитливість, рухливість, імпульсивність, недосконалість координації, відсутність побутових навичок, схильність до витівок.

Пошкодження прямої кишки і піхви при статевих зносінах становлять собою своєрідний вид травми, який хоча і не характерний для дитячого віку, але, на жаль, іноді зустрічається. Тяжкі пошкодження прямої кишки і піхви з розривом промежини III ступеня виникають унаслідок згвалтування неповнолітніх. При ТУП у дівчаток нерідко пошкоджуються зовнішні статеві органи (розриви малих статевих губ, клітора, стінок піхви, гематоми зовнішніх геніталій).

Клінічна картина дуже різноманітна і залежить від механізму та характеру травми, її локалізації, ступеня пошкоджень і стану сусідніх структур і органів. Тяжкість стану пов'язана, з одного боку, з об'ємом крововтрати, а з іншого – з локалізацією поранення. При заочеревинних пораненнях стан зазвичай середньої тяжкості, клінічна картина розвивається відповідно до ступеня руйнування стінки кишки і піхви та інфікованості навколишньої клітковини. Стан помітно погіршується, якщо виникає флегмона клітинних просторів. Проникаючі в черевну порожнину поранення зазвичай супроводжуються пошкодженням внутрішніх органів, і стан дитини може погіршуватися дуже швидко внаслідок розвитку перитоніту.

Пошкодження статевих органів у дівчаток, як правило, супроводжуються кровотечами, хоча бувають травми без порушення цілісності слизової оболонки і шкіри з виникненням гематом різної величини. Гематома може не наростати, а при пошкодженні артерії – збільшуватися. Великі гематоми із зовнішніх статевих органів можуть поширюватися на стегна, сідниці, передню черевну стінку. При пошкодженнях сечостатевої системи визначається виділення сечі з кров'ю або відсутність самостійного сечовипускання. Якщо травма викликана спробами до статевих зносінах або згвалтуванням, то вульва має досить характерний вигляд через множинні розриви, що не обмежуються дівочою плівою, а також наявні садна шкіри на деякій відстані від вульви.

Діагностика ТУП заснована на результатах комплексного обстеження. Одночасне використання вагіно- і цистоуретроскопії дозволяє виявити практично всі форми урогенітальної патології. Ректальне і вагінальне дослідження краще проводити під загальною анестезією, при повній готовності до операції. Доцільно зондувати рановий канал, і за його напрямком з великою часткою ймовірності можна дійти висновку щодо проникаючого в черевну порожнину поранення або виключити його. У разі випадку травми

в результаті звалтування особливо ретельно описують дані гінекологічного дослідження, визначають тяжкість і локалізацію пошкоджень. З вульви та піхви беруть мазки на гонокок, сперматозоїди. Одяг і білизну дівчинки передають слідчим органам.

На початковому етапі лікування проводять первинну обробку рани за загальноприйнятою методикою. Обсяг допомоги залежить від тяжкості пошкодження. При поверхневих саднах статеві органи обробляють антисептиками. При прогресуючій гематомі призначають холод на ділянку гематоми, а потім розсмоктуючу терапію. Велику гематому з утворенням порожнин слід розкрити, видалити згустки, накласти шви на судину, що кровоточить, із наступним дрениванням порожнини. Більш серйозні пошкодження вимагають індивідуального підходу.

Стандартного протоколу лікування ТУП немає, проте основу хірургічної тактики завжди становлять такі принципи:

- 1) своєчасна і раціональна хірургічна обробка рани;
- 2) достатнє дренивання вогнища ураження;
- 3) забезпечення рані спокою і запобігання її інфікуванню калом і сечею.

Ушивання розривів піхви, промежини, прямої кишки, сечового міхура, накладення первинного шва уретри і пластику генітальних нориць у гострому періоді після травми не можна вважати виправданими з огляду на їх низьку ефективність. Ці операції не призводять до бажаного результату і закінчуються рубцевою облітерацією та стенозами піхви, прямої кишки і уретри, повторним формуванням генітальних нориць.

Гострі порушення кровообігу в пухлинах та пухлиноподібних утвореннях

Перекрут ніжки кісти яєчника – гострий стан, що супроводжується порушенням кровообігу яєчника. У структурі гострих гінекологічних захворювань він зустрічається у 8 % випадків, частіше у дівчат, ніж у жінок, внаслідок анатомічних особливостей придатків матки та підвищеної фізичної рухомості, типової для юнацького віку. Розвивається внаслідок перегину або завороту анатомічних структур, що складають рухливу ніжку кістозного утворення.

Клінічна картина при перекруті ніжки кісти яєчника, як правило, яскраво виражена та проявляється гострим болем внизу живота, блюванням, підвищенням температури, симптомами подразнення очеревини.

Діагноз верифікується на підставі даних проведення об'єктивного дослідження, лабораторних тестів, УЗД лапароскопії. У випадку перекруту ніжки пухлини яєчника показано тільки екстрене хірургічне втручання. Основним завданням хірурга є відновлення кровотоку й нормального стану яєчника. Якщо стався некроз тканин, придаток видаляють повністю.

Гострі гнійні захворювання з розвитком перитоніту

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) включають ряд нозологій, в основі яких лежить розвиток інфекційно-запального процесу у верхніх відділах жіночого репродуктивного тракту. ЗЗОМТ зазвичай є результатом висхідної інфекції з ендocerвіксу.

Залежно від локалізації вогнища виділяють ендометрит, сальпінгіт, оофорит, параметрит, піосальпінкс, тубооваріальний абсцес та/чи тазовий перитоніт, а також їх різні комбінації.

Тубооваріальний абсцес як окрема нозологія виникає рідше, але може прогресувати до тяжкого сепсису.

Тубооваріальний абсцес і піосальпінкс – найтяжчі форми ЗЗОМТ, які діагностують у 33 % пацієток, госпіталізованих із приводу ЗЗОМТ. Точна розповсюдженість цієї групи захворювань достеменно невідома, оскільки частина випадків залишається неврахованою внаслідок мало-симптомного перебігу і неспецифічності симптомів.

Етіологія ЗЗОМТ

Ch. trachomatis є найпоширенішою ідентифікованою причиною, що становить 14–35 % випадків ЗЗОМТ. Хоча в етіології таких захворювань провідне значення має передача статевим шляхом, проте в останні роки знижується частота випадків ЗЗОМТ, пов'язаних із *N. gonorrhoeae* та *Ch. trachomatis*.

Gardnerella vaginalis, анаероби (включаючи *Prevotella*, *Atopobium* *Leptotrichia*) та інші мікроорганізми, які зазвичай зустрічаються у піхві, також можуть бути залучені.

Mycoplasma genitalium пов'язана з інфекцією верхніх статевих шляхів у жінок і є дуже ймовірною причиною цієї групи захворювань.

Особливості ЗЗОМТ сучасного періоду

Все частіше ці захворювання мають полімікробну етіологію – *N. gonorrhoeae*, *Ch. trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, умовно-патогенні мікроорганізми.

Монокультура є рідкістю. У 85 % випадках при ЗЗОМТ висівається полімікробна асоціація, причому домінуюча роль належить умовно-патогенним мікроорганізмам або мікробам, асоційованим із бактеріальним вагінозом (БВ), вагінальним кандидозом, а також із респіраторними чи кишковими мікроорганізмами, які колонізували нижні статеві шляхи.

Тактика ведення підлітків

Необхідно визначитися з діагнозом ЗЗОМТ. Зазвичай потрібно запропонувати емпіричне лікування антибіотиками будь-якій сексуально активній дівчинці-підлітку, у якої нещодавно виник біль у нижній частині живота, пов'язаний із локальною чутливістю при бімануальному вагінальному дослідженні, коли вагітність була виключена та не виявлено іншої причини болю.

Ризик ЗЗОМТ найвищий у тих дівчаток-підлітків, які не використовують бар'єрну контрацепцію та мають в анамнезі нового статевого партнера.

Діагноз ЗЗОМТ, заснований лише на позитивних результатах обстеження, за відсутності болю внизу живота, слід ставити з обережністю.

ЗЗОМТ можуть мати симптоми або бути безсимптомними. Навіть якщо симптоми присутні, клінічним симптомам і ознакам бракує чутливості та специфічності (позитивна прогностична цінність клінічного діагнозу становить 65–90 % порівняно з лапароскопічною діагностикою).

Лікування

Лікування слід розпочинати одразу після встановлення передбачуваного діагнозу, оскільки запобігання віддаленим наслідкам залежить від раннього призначення рекомендованих протимікробних препаратів.

Для дівчаток-підлітків із ЗЗОМТ легкого або помірного ступеня клінічної тяжкості парентеральний та пероральний режими лікування мають однаково ефективність.

Рішення про те, чи потрібна госпіталізація, має ґрунтуватися на судженні лікаря та на тому, чи відповідає пацієнтка одному з наступних критеріїв:

– не можна виключити невідкладні хірургічні випадки (наприклад, апендицит);

– тубооваріальний абсцес;

– вагітність;

– важкий перебіг, нудота і блювання або температура в ротовій порожнині $> 38,5$ °C;

– нездатність дотримуватись амбулаторного перорального режиму або переносити його;

– відсутність клінічної відповіді на пероральну антимікробну терапію.

Відсутність лікування збільшує ризик відтермінованих негативних наслідків, таких як позаматкова вагітність, безпліддя і тазовий біль.

Через ризик відтермінованих наслідків та відсутність остаточних діагностичних критеріїв рекомендується низький поріг для емпіричного лікування ЗЗОМТ у сексуально активних підлітків.

Антибіотикотерапія широкого спектра дії необхідна для охоплення широкого спектра аеробних і анаеробних бактерій, які зазвичай виділяються з верхніх відділів статевих шляхів у дівчаток-підлітків із ЗЗОМТ.

Перитоніт являє собою запальне ураження очеревини, що супроводжується важким загальним станом пацієнтки. Пельвіоперитоніт в гінекології зустрічається рідше, ніж інші захворювання, часто розвивається як вторинна інфекція. Пельвіоперитоніт – це місцевий обмежений перитоніт, який виникає унаслідок інфікування очеревини малого таза при серозному або гнійному сальпінгітах та гнійних тубооваріальних утвореннях, піоварі та піосальпінгсі. Це небезпечний стан для життя пацієнтки, що вимагає

негайної професійної допомоги. За характером пельвіоперитоніт може бути серозним, фібринозним та гнійним. Захворювання характеризується різким посиленням болю внизу живота, з'являється нудота, інколи блювання. Стан хворої погіршується: шкіра стає вологою, набуває сірого відтінку, температура тіла підвищується до 38 °С і більше. Пульс прискорюється і випереджає температуру, близько 120 уд/хв. Язик спочатку вологий, але з часом стає сухим, з'являється білий наліт. Живіт рухомий під час вдихів і видихів, різко болісний під час пальпації, дещо здутий та напружений у нижніх відділах. У місцях, де визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини, прослуховується в'яла перистальтика. Пельвіоперитоніт лікують переважно консервативно. Для підтвердження діагнозу проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви або лапароскопію. Залежно від характеристики отриманого пунктату обирають тактику лікування. У випадках, коли навіть при адекватному лікуванні перебіг захворювання не набуває тенденції до покращання впродовж 4–6 год, або ж спочатку стан дівчинки надто тяжкий, показано хірургічне втручання. Хірургічне лікування показане при розвитку пельвіоперитоніту на тлі піосальпінкса, піовара або тубооваріального абсцесу і краще його проводити у «холодні сезони». При поширенні запального процесу на всю черевну порожнину виникає перитоніт – тяжка хірургічна і гінекологічна патологія, яка характеризується ендогенною інтоксикацією внаслідок порушень мікроциркуляції. Виникають деструктивні зміни в нирках, печінці, тонкому кишечнику. У перебігу перитоніту виділяють три фази: реактивну, токсичну, термінальну.

Реактивна фаза. Стан хворої відносно задовільний, відмічаються підвищення температури тіла і тахікардія. Живіт болісний і твердий, позитивні симптоми подразнення очеревини. Відбувається незначний парез кишечника, вислуховується в'яла перистальтика. **Токсична фаза** розвивається внаслідок зростання інтоксикації. Хвора скаржиться на нудоту, блювання, відрижку, рідкий кал. З'являється в'ялість. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт болісний, не бере участі в диханні, напружений, здутий, перистальтики кишечника немає. Термінальна стадія перитоніту відрізняється виразністю всіх перерахованих симптомів на тлі появи симптомів ураження центральної нервової системи. Хвора знаходиться у важкому стані, загальмована. Шкіра бліда з сірим відтінком, липкий піт, риси обличчя загострені. Артеріальний тиск знижений. Пульс частий, аритмічний. Виразна задишка. Кишечник атонічний.

Діагноз перитоніту є показанням до негайного оперативного лікування, яке здійснюють відповідно до чинних галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Формування шляхів відтоку менструального детриту у черевну порожнину при вадах розвитку статевих органів

Атрезія гімену, піхви, аплазія шийки матки супроводжуються первинною аменореєю внаслідок порушення відтоку менструальної крові. В періоді статевого дозрівання вторинні статеві ознаки розвиваються нормально, за винятком відсутності менструацій. Менструальні виділення не можуть пройти через атретичну шийку, піхву, або гімен, що призводить до формування гематокольпосу, гематометри, гематосальпінксу, виникає абдомінальний біль внаслідок накопичення виділень. У межах розглядання питань гострої гінекологічної патології у дівчат-підлітків запідозрити атрезію допоможуть скарги на відсутність місячних. Ректально-абдомінальний огляд, зондування піхви, ультразвукове дослідження допомагають поставити правильний діагноз та скерувати дівчинку у стаціонар для хірургічного лікування. Діагностика та лікування вад розвитку матки та піхви потребує застосування сучасних медичних технологій високого рівня та досвіду фахівця. Залежно від вади розвитку лікування може відбуватися в декілька етапів після надання ургентної допомоги.

Запитання та навчальні завдання

1. Назвіть основні типи гінекологічних захворювань у дівчат-підлітків з клінікою «гострого живота».
2. Назвіть особливості надання допомоги дівчатам-підліткам з ектопічною вагітністю.
3. У яких випадках можливо консервативне лікування ектопічної вагітності?
4. Назвіть основні клінічні форми апоплексії яєчника.
5. Назвіть особливості надання допомоги при травмі в результаті згвалтування.
6. Які основні клінічні ознаки непрохідності піхви та шийки матки?
7. Назвіть особливості ЗЗОМТ сучасного періоду.
8. Назвіть особливості лікування ЗЗОМТ у сексуально активних підлітків.
9. Зазначте особливості надання допомоги в умовах воєнного стану.

Література

1. Передчасний статевий розвиток у дівчаток. Методичні розробки кафедри акушерства, гінекології та дитячої гінекології. ХНМУ, 2019.
2. Аномалії розвитку жіночих статевих органів: метод. вказ. для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів / упоряд. І.О. Тучкіна та ін. Харків : ХНМУ, 2014. 60 с.
3. Тучкіна И.А., Гнатенко О.В., Кебашвили С.В. Диагностика и лечение кист яичников в детском, подростковом и молодом репродуктивном возрасте // Медицина. 2017. № 1 (75). С. 27–29.
4. Галузеві клінічні протоколи.

5. Матеріали міжнародної конференції з народонаселення і розвитку (International Conference on Population and Development), Київ, 1994 р.
6. Сексуальне насильство at: <https://tsn.ua/ru/lady/psychologia/seks/kak-ustanovit-granicy-v-seksualnyh-otnosheniyah-726163.html>
7. Netter's Obstetrics & Gynecology [Text]. Roger P. Smith; ill. Frank H. Netter. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2018. XII, 601 p.: il. Index: p. 581–601. ISBN 978-0-7020-7036-5.
8. Callahan T.L., Caughey A.B. Obstetrics & Gynecology [Text]. 7th ed. Philadelphia [etc.]: Wolters Kluwer, 2018. XV, 590 p.: il. (Blue prints). Index: p. 571–590. -ISBN 978-1-4963-4950-7
9. Amel A. Hashish. Perineal trauma in children: a standardized management approach. *Annals of Pediatric Surgery*. 2011. № 7. P. 55–604
10. Bronkhorst M.W., Wilde J.C.H., Hamming J.F., Heij H.A. Anorectal impalement in a pediatric patient with transanal evisceration of small bowel. *J. Pediatr. Surg*. 2007. № 42. 23–25.
11. Oats J., Abraham S. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology 10th ed. Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. VII, 375 p.: il. (International edition). Index: p. 365–375. ISBN 978-0-7020-6064-9.
12. ACOG: Counseling adolescents about contraception. Available at: <https://www.acog.org/en/Clinical/ClinicalGuidance/CommitteeOpinion/Articles/2017/08/CounselingAdolescentsAboutContraception>. Accessed April 21, 2020.
13. Improving LARC access for urban adolescents and young adults in the pediatric primary care setting / U.F. Onyewuchi et al. *Clin Pediatr (Phila)*. 2019. № 58. P. 24
14. Phillips J., Sandhu P. Barriers to implementation of long-acting reversible contraception: a systematic review. *Jam Assoc Nurse Pract*. 2018. № 30. P. 236.

Навчальне видання

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДІВЧАТАМ-ПІДЛІТКАМ
З ГОСТРОЮ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

***Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень***

Упорядники Меренкова Ірина Миколаївна
 Вигівська Людмила Анатоліївна
 Гузь Ірина Анатоліївна
 Благовещенський Євген В'ячеславович
 Качайло Ірина Анатоліївна

Відповідальний за випуск Л.А. Вигівська



Редактор Є.В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О.Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,0. Зам. № 23-34288

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, м. Харків, пр. Науки 4, ХНМУ, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008