

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський державний медичний університет

Репродуктивне здоров'я дітей-підлітків

Ю.С.Паращук

Навчальний посібник

Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої медичної освіти МОЗ України як навчальний посібник для студентів і лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів

III-IV рівнів акредитації та лікарів

(протокол №2 від. 03.04.2002 р.)

Харків - 2002

Умовні скорочення

ВГВ – вірус гепатиту В

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВМЗ – внутрішньоматковий засіб

ЗПСШ – захворювання, які передаються статевим шляхом

ЗСР – затримка статевого розвитку

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

ОК – оральні контрацептиви

ПМПС – природні методи планування сім'ї

ПСД – передчасне статеве дозрівання

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

УЗД – ультразвукове дослідження

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

ЦНС – центральна нервова система

ЮМК – ювенільна маткова кровотеча

Розділ 1. Особливості розвитку жіночих статевих органів у період новонародженості, дитинства, статевого дозрівання

Розвиток жіночого організму можна розділити на окремі періоди, для яких характерні відповідні морфологічні та ендокринні особливості. Найбільше поширеною є класифікація, згідно з якою виділяють такі періоди: внутрішньоутробного розвитку (під час вагітності), новонародженості (перші 28 днів), «нейтральний», або період дитинства (до 7 років), препубертатний (від 7 років до появи першої менструації), пубертатний (від настання першої менструації до 15 років), підлітковий (16 - 18 років).

У практиці дитячих гінекологів існує поняття «період статевого дозрівання» - пубертатний, під час якого організм досягає біологічної статевої зрілості. У ньому виділяють дві фази: перша – препубертатна (спостерігається швидкий соматичний та статевий розвиток організму, відбувається “стрибок росту”, появляються вторинні статеві ознаки, продовжують розвиватись статеві органи, появляється перша менструація); друга фаза – пубертатна (бере свій початок від першої менструації і закінчується завершенням як соматичного так і статевого розвитку. Організм становиться готовим до виконання дітородної функції).

1.1.Розвиток статевих органів у період новонародженості.

Новонародженість – це особливий період онтогенезу людини. Організм переходить з одного якісного стану в інший, відбуваються значні перетворення, які направлені на пристосування до умов життя, що змінилися. Починає активно функціонувати дихальна система та система травлення, включаються складні імунні механізми, відбувається гормональна перебудова, змінюється цілий ряд функцій.

До моменту народження у дівчаток має місце висока диференціація статевих органів по жіночому типу. Проте вони мають свої відмінні риси.

Зовнішні статеві органи (organa genitalia feminina externa). **Лобок** (mons pubis) являє собою трикутне узвишся, обмежене з боків паховими складками. **Малі статеві губи** (labia minora) прикривають 2/3 присінка піхви і виступають над великими. **Великі статеві губи** (labia majora), набряклі, більш розвинуті в задній частині, обмежують 2/3 присінка піхви. **Клітор** (clitoris, cunnus) відносно довгий. **Дівоча пліва** (hymen) щільна, має невеличкий отвір.

Внутрішні жіночі статеві органи (organa genitalia feminina interna). **Піхва** (vagina, colpos) досягає у довжину 2,5-5 см, має виражену складчастість слизової оболонки. Слизові виділення і навіть незначна кровотеча із піхви в період до 2 тижнів життя не являються патологією. Це результат дії естрогенів матері, які проникли через плаценту в кровоток дитини. Реакція вмісту піхви кисла. При кольпоцитологічному дослідженні визначаються високі еозинофільний і каріопікнотичний індекси. Протоплазма епітелію багата глікогеном. **Матка** (uterus) за формою нагадує циліндр: її довжина - до 3,5 см, маса - до 5 г. **Шийка матки** (cervix uteri) складає 1/2 або 1/3 довжини всієї матки (у дорослих 1:1), ріг між ними відсутній. Положення матки відповідає anteversio. Зовнішнє вічко виглядає як ектропіон. М'язовий прошарок матки добре розвинутий. Ендометрій відповідає стадії секреції або проліферації. **Маткова труба** (tuba uterina) відносно довга (до 3,5 см), звивиста. **Яєчники** (ovarium) новонародженої знаходяться в черевній порожнині (на межі великого і малого таза). Маса яєчника - 0,25 г, довжина - до 2 см, ширина - 0,5 см, товщина - 0,25 см. Для них характерна велика кількість примордіальних фолікулів (від 500000 до 700000 у кожному яєчнику), а також виражений процес атрезії. Структура яєчникової тканини недосконала (білкова оболонка тонка, блискуча оболонка відсутня). Відзначається анізоцитоз гранульозних клітин, помірна лютеїнізація тека-клітин, численна кількість дегенерованих ооцитів.

Для новонароджених є характерною транзиторна функціональна напруга внаслідок зміни гормонального статусу. У плазмі крові відразу після

народження визначаються естрогени (материнські), що виводяться протягом 2-3 тижнів. Зовнішні прояви такого впливу у деяких новонароджених одержали назву гормонального, або статевих кризу (менструальноподібна реакція, набряк зовнішніх статевих органів, нагрудання молочних залоз). Цей транзиторний стан є фізіологічним і не потребує лікарського втручання. Через 6-8 тижнів рівень естрогенів знижується і відбуваються інволютивні та атрофічні зміни у піхві і матці.

1.2.«Нейтральний» період, або період дитинства (до 7 років). У цьому періоді розвиток статевих органів відбувається повільно. Статеві губи тонкі і не цілком закривають вхід у піхву. Слизова оболонка піхви стає складчастою, епітеліальний покрив стоншується до 4-5 прошарків, у клітинах невелика кількість глікогену, зникають лактобацили. Мікрофлора не постійна, виявляються стафіло-стрептококи та диплококи, кишкова паличка. рН стає лужною або нейтральною. Ці чинники сприяють розвитку вульвовагінітів.

Розташування матки відповідає антеверзії та антефлексії. Співвідношення розмірів тіла матки до шийки до 7 років становить 1,5:1.

Яєчники починають опускатися у малий таз. Їхні розмір і форма змінюються мало. Кількість примордіальних фолікулів зменшується вдвічі. Зустрічається незначна кількість фолікулів, що дозрівають, зрілих і атретичних. Концентрація гормонів яєчників невисока.

1.3.Анатомо-фізіологічні особливості розвитку статевої системи в період статевого дозрівання. У процесі статевого дозрівання виділяють дві фази: *препубертатну*, коли відбувається «стрибок» росту, подальший розвиток статевих органів, поява вторинних статевих ознак і з'являється перша менструація (I фаза), і *пубертатну*, яка починається від першої менструації і закінчується завершенням розвитку статевих ознак, уповільненням росту, овуляторними циклами - організм стає готовим до виконання дітородної функції (II фаза).

Деякі автори виділяють ранній, середній і пізній періоди підліткового віку, тому що вони відображають індивідуальні особливості, а не хронологічний вік. Для оцінки ступеня статевої зрілості широко використовується схема Таннера. При цьому ранній період відповідає I, II стадіям, середній - III, IV, пізній - V стадії й означає дозрівання (табл. 1).

Таблиця 1. Класифікація стадій статевого розвитку дівчинок

Стадія	Оволосіння на лобку	Молочні залози
I	Препубертатний період	Препубертатний період
II	Рідке, волосся злегка пігментовані, прямі, розташовуються на медіальній поверхні статевих губ	Залози і сосок підняті над поверхнею у виді невеличкого горбка; збільшується діаметр навколососкової зони
III	Волосся темніють, починають завиватися, збільшується їхня кількість	Залоза й навколососкова зона збільшені, але чітко не контуруються
IV	Жорсткі, кучеряві волосся, але кількість їх менша, ніж у дорослих	Навколососкова зона і сосок формують вторинний горбок
V	У формі фемінного трикутника по дорослому типу, поширюється на медіальну поверхню стегон	Розвиваються цілком; сосок виступає, навколососкова зона складає частину загального контуру залози

Для препубертатного періоду характерні інтенсивний ріст і дозрівання усіх відділів статевої системи. Внаслідок додатка жирової тканини збільшуються зовнішні статеві органи. Починають функціонувати бартолінові залози. У піхві посилюється складчастість слизової оболонки, збільшується товщина епітеліального прошарку, показник каріопікнотичного індексу досягає 30%, еозинофільного - 1-20%. У слизовій оболонці відбувається посилене

відкладення глікогену, вироблення молочної кислоти, рН- піхви стає кислим, збільшується кількість паличок Додерлейна. Під впливом естрогенів відбувається посилення пігментації, васкуляризація і еротизація великих статевих губ, невелике збільшення клітора.

У матці починаються процеси підготовки до виконання менструальної функції. Відбувається стовщення і диференціація слизової оболонки, гіпертрофуються і розгалужуються ендометріальні залози, зникає складчастість ендометрію. У клітинах м'язового прошарку збільшується кількість актоміозину, креатинінкінази і аденозинтрифосфату.

Яєчники збільшуються в розмірах (довжина складає 3-3,5 см), маса досягає 4-5 г. Кількість примордіальних фолікулів зменшується до 100000-300000. Посилюється процес дозрівання фолікулів.

У віці 11 років у більшості дівчаток починають швидко розвиватися вторинні статеві ознаки. Форми тіла стають округлими унаслідок відкладення жирової тканини в ділянці стегон, сідниць і молочних залоз. Збільшуються і починають набухати соски, з'являється оволосіння в ділянці лона і пахових западин. У послідовності процесу оволосіння на лобку є визначені закономірності, що можуть бути критерієм оцінки динаміки статевого дозрівання (у сполученні з розвитком молочних залоз).

Віковий період від 12 до 14 років характеризується бурхливим ростом, значними змінами, наростанням маси тіла, лінійним ростом, подальшим розвитком вторинних статевих ознак. Досягається пік швидкості збільшення маси тіла, що спостерігається за піком швидкості росту через 6 місяців. При цьому відкладається найбільша кількість жирової тканини. Спостерігається «стрибок росту» - виростають на 8 см у віці приблизно 12 років. Є визначена закономірність росту скелету від дистальних до проксимальних частин, внаслідок чого непропорційно великі руки і ноги викликають явну незграбність. До часу статевої диференціації м'яких тканин виявляються особливості росту скелету. У дівчаток стає ширше естрогенодетермінований бітрохантеричний

діаметр, що визначає формування жіночої фігури. Збільшуються молочні залози та ореоли навколо соска. Майже у 75 % дівчаток позначаються контури молочних залоз і ореол. Лобкові волосся темніють, стають кучерявими, поширюються латерально і проксимально, укриваючи лобкове узвишся.

У період статевого дозрівання у підлітків нашої географічної зони не рідко спостерігаються неадекватні віку значення пікової кісткової маси, тобто уповільнення кісткової мінералізації, яке пов'язане, в першу чергу, з недостатнім споживанням кальцію у добовому раціоні. Дослідження останніх років показали, що від 40 до 75 % дітей та підлітків у містах та сільській місцевості не отримують належної кількості кальцію у добовому раціоні. Для поповнення недостачі у організмі дітей та підлітків добре зарекомендував себе препарат Кальцій-Д₃-Нікомед. У препараті міститься комбінація з 1250 мг кальцію карбонату, що відповідає 500 мг іонізованого кальцію та 200 МЕ колекациферолу.

Зміни, що відбуваються, є результатом ендокринної функції яєчників внаслідок фізіологічного впливу з боку гіпофіза. В фолікулах яєчників відбувається збільшення об'єму яйцеклітини, посилене ділення зернистих клітин, що веде до утворення багат шарової зернистої мембрани і зони тека клітин внутрішньої сполучнотканинної оболонки, яка має велике кровопостачання, що сприяє наближенню дозріваючого фолікула до поверхні яєчника.

Нормальний статевий розвиток відбувається завдяки гармонічній взаємодії наступних систем: 1) нервових центрів підгорб'я, які керують виробленням гонадотропних гормонів; 2) передньої долі гіпофізу; 3) нормально сформованого, добре забезпеченого кров'ю та іннервованого яєчника.

У цей період на функцію яєчника вагомо впливають наднирники. Андрогени, які вони виробляють, посилюють цитотропну дію естрогенів. Завдяки синергічній дії естрогенів яєчників та андрогенів кори наднирників спостерігається збільшення матки та розвиток інших відділів статевої системи. Перед настанням менархе у яєчниках утворюються фолікули другого та тре-

того порядку. Поряд з ростом матки збільшується товщина ендометрію (до 2 мм).

На визначеному етапі кількісні зміни перетворюються в якісні, що відбивається в появі першої менструації (менархе) із подальшою циклічною функцією гонад.

Менархе є самою важливою подією цього періоду. В сучасних умовах воно виникає при кістковому (біологічному) віці 12,5 років. При цьому маса тіла досягає в середньому 47,8 кг. Поява першої менструації пов'язана з піком кривої швидкості збільшення маси тіла й уповільненням росту. Воно детерміновано багатьма чинниками. Найбільш істотні з них - генетичні. Має значення стан харчування. При ожирінні менструації з'являються раніш. Наявність хронічних захворювань, що порушують стан харчування, сприяє затримці статевого дозрівання і появі менархе. Крім того на час появи менархе істотно впливає патологія антенатального розвитку. Різноманітні стресові ситуації також відбиваються на процесі статевого дозрівання.

Спочатку у більшості випадків менструальний цикл носить ановуляторний характер. Регулярні двофазні цикли починаються через 25-35 місяців від моменту менархе. Якщо перша менструація з'являється на рік пізніше від фізіологічної норми, то нерідко спостерігаються різноманітні розлади менструального циклу. У випадках коли поява менархе припадає на 16-18 років, надалі у багатьох дівчат може виникнути аменорея.

У пубертатному періоді піхва подовжується, формуються склепіння, в епітелії слизової оболонки відбуваються циклічні зміни. Маса матки збільшується і до 16 років досягає 23 г. У ендометрії під впливом гормонів яєчника виникають циклічні перетворення. Відбувається остаточний розвиток вторинних статевих ознак. Лобкові волосся поширюються на медіальні поверхні стегон, молочні залози набувають конфігурації, яка властива зрілій жінці.

У підлітковому періоді закінчується як анатомічне формування, так і функціональне дозрівання статевої системи і центральних регулюючих відділів. Після цього організм спроможний до виконання репродуктивної функції.

У період статевого дозрівання разом із розвитком статевої системи (про це декілька пізніше) відбуваються відповідні зміни з боку соматичної системи. Причому в цьому процесі є чітка послідовність, що може використовуватися як показник оцінки норми або патології статевого дозрівання.

Одною з ознак статевої зрілості є «гінекологічний вік». Він обчислюється часом, минулим після моменту першої менструації.

Процеси зміни скелету в період статевого дозрівання мають свої специфічні вікові особливості. Ці критерії використовуються при визначенні біологічного «кісткового» віку. У нормі він відповідає паспортному (± 1 рік). Різноманітні відхилення у бік випередження або уповільнення «кісткового» віку варто розглядати як показник відхилення від нормального перебігу статевого дозрівання.

Початку статевого дозрівання передують відповідні зміни в корі головного мозку, яка пов'язана нервовими шляхами з ділянкою підгорб'я, що регулює статеву функцію. Внаслідок збільшення потоку імпульсів із зовнішнього середовища відбувається інтенсифікація диференціації в центральній нервовій системі. У цьому процесі певна роль належить епіфізу, який перетворює інформацію, що надходить через зоровий аналізатор, у нейросекреторні імпульси. Можливий безпосередній вплив імпульсів, що виходять із зовнішнього середовища на центри підгорб'я. У результаті цього збільшується синтез гіпоталамічних гонадоліберинів і, як наслідок, зростає рівень гонадотропних гормонів, що виробляються в гіпофізі (рис. 1).

Рис.1 Схема регуляції менструального циклу.

Подальшим розвитком цих перетворень є стимуляція функції яєчників і надниркових залоз. Явище «адренархе» (активація функції кори надниркових залоз) є одним із чинників ініціації репродуктивної зрілості. Внаслідок зростаючої функціональної активності яєчників відбувається вмикання в процес циклічного центру підгорбної ділянки. Спочатку починає працювати центр, що відповідає за регуляцію ритму вироблення гормонів. У подальшому включаються центральні механізми відповідальні за вироблення фолікулстимулюючого (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів. Після цього приходять у дію механізми прийому, переробки, кодування інформації, установлюється зв'язок між ланками, що контролюють синтез гонадотропних гормонів.

У найближчі роки після першої менструації в ланках системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники формуються взаємовідносини, спрямовані на підтримку нормального менструального циклу. Вони базуються на принципі реалізації механізму «зворотного зв'язку» при цьому є «тривалий», «короткий» та «ультракороткий» шляхи їх реалізації.

«Тривалий» механізм взаємодії здійснюється під впливом яєчникових гормонів (естрадіол, прогестерон). Вони здатні впливати як безпосередньо на рецептори гіпофізу, так і на гіпоталамус. При цьому може бути стимулюючий ефект (механізм позитивного зворотного зв'язку). При «короткому» шляху зворотного зв'язку зміни концентрації рівня гонадотропних гормонів здатні впливати на секрецію рилізінг-гормонів у гіпоталамусі. «Ультракороткий» механізм зворотного зв'язку базується на тому, що гонадотропний рилізінг-гормон (ГТ-РГ) здатний сам контролювати свою секрецію.

Початок функціонування гіпоталамічного індуктора ще не означає остаточного дозрівання репродуктивної системи. Дозрівання не завершується навіть у кінці підліткового періоду. Функціонування репродуктивної системи в цей період характеризується підвищеною чутливістю до дії несприятливих чинників, що вказує на необхідність виділення його в період ризику розвитку порушення генеративної функції і розробки профілактичних заходів із метою забезпечення майбутнього репродуктивного здоров'я.

Розділ 2 Обстеження дівчаток і підлітків із гінекологічними захворюваннями

Обстеження дівчаток і підлітків із метою установлення фізіологічного стану або виявлення гінекологічних захворювань включає такі моменти: а) вивчення анамнезу; б) загальне обстеження з оцінкою статевого і фізичного розвитку; в) гінекологічне обстеження; г) спеціальні методи дослідження. Проведення їх у дітей має свої відмітні ознаки, обумовлені особливостями анатомо-функціонального розвитку статевих органів, станом психоемоційної сфери та ін. Знання специфічних проблем дитячої і підліткової гінекології є основою для правильного підходу до молодої пацієнтки.

2.1. Вивчення анамнезу. Бесіда лікаря з хворою дитиною являє собою не просто збір даних про історію захворювання, а насамперед робочу співдружність, спрямовану на організований обмін клінічно значимою інформацією. Один із засобів клінічного опитування, що найбільше використовується у практиці - це збір медичних даних, які допомагають виявити ознаки і симптоми захворювання, характер перебігу попередніх захворювань. Мистецтво проводити опитування жадає від лікаря визначеної мотивації, навички і тривалої практики. Після установлення контакту й ознайомлення лікаря з деякими основними рисами психоемоційного статусу пацієнтки з'являється можливість сфокусувати увагу на особистих проблемах. Обов'язково дотримання конфіденційності бесіди. Несприятливі умови негативно впливають на якість та ефективність клінічного опитування. У рамках однієї бесіди часом неможливо одержати всі необхідні для клінічного висновку дані. У зв'язку з цим дуже важливо визначити і установити відповідні пріоритети.

Основною метою і засобом медичного опитування є обмін інформацією. Оскільки об'єкт бесіди - дитина, то такий обмін відбувається між батьками і лікарем, лікарем і дитиною, батьками і дитиною, між батьками. Поняття «процес» відноситься до невербальних аспектів спілкування. Тон і модуляція

голосу, швидкість мовлення, вираження обличчя, жестикуляція - усе це має значення при спілкуванні і часто більш важливо, ніж слова, що звичайно мають метою впливати на свідомість. Часто процес може визначити успіх спілкування. Невербальні форми спілкування постійно просліджуються обома сторонами. Діти звертають увагу на невербальне повідомлення задовго до того, як починають розуміти значення слів. Лікар повинен знати, як вираз його обличчя, тон його голосу або жести впливають на реакцію дитини та інтерпретацію їм його повідомлень. Діти можуть не відповідати на питання, тому що їх може налякати гучний голос лікаря або раптовість, із якою він починає огляд, або просто присутність лікаря. Багато дітей лякаються незвичної обстановки медичної установи, бояться болі, розлуки з батьками, медичного персоналу і усього, що пов'язано зі словом «лікар». Діти завжди повинні знати, що відбувається і що чекає їх у недалекому майбутньому. Їхня тривога значно зменшиться, якщо лікар пояснить їм, що відбувається в даний момент, вимоги, які пред'являються до неї як до активного учасника лікування, клінічну ситуацію в даний час і очікувані позитивні результати. Присутня мати може бути опитана разом із підлітком або окремо, але всі пояснення діагностичних і лікувальних процедур повинні адресуватися в першу чергу підлітку, а потім уже матері.

Використання слів як носіїв змісту змушує звернути увагу на форму бесіди. Визначене слово або фрази відповідно до їхнього звичайного значення можуть утруднити спілкування, у той час як інші фрази, що передають те ж повідомлення, можуть його істотно полегшити. Лікар повинний з'ясувати й оцінити свої власні чергові фрази і замінити їх, якщо вони не відповідають полегшенню спілкування.

Бесіда з дитиною повинна проводитись при отриманні певних правил:

1. З дітьми не слід розмовляти у поблажливому тоні, проводити з ними бесіду слід так, як звичайно спілкується лікар зі своїми пацієнтами.

2. Не треба давати зрозуміти дітям , що їх почуття, помисли, висновки або ідеї “дитячі”.

3. Не рекомендується сміятися у відповідь на висловлювання дитини.

4. Не слід намагатися розсмішити дитину.

5. Ніколи не слід піддражнювати дитину.

6. Початкові або випадкові сутички з дітьми раннього віку можна часто пом'якшити, якщо знизити голос до шепоту, котрий діти розглядають як біль конфіденційний або переконливий.

7. З дітьми які старше 3-4 років можна вже у звичайній формі обговорювати симптоми їх захворювання, діагноз та лікування, але у термінах, котрі вони можуть зрозуміти.

8. Ніколи не слід обговорювати у присутності дітей, які знаходять у лікарні і розуміють значення багатьох термінів та процедур, їх захворювання та лікування.

9. Якщо дитина відмовляється від співпраці у лікуванні в умовах поліклініки або лікарні, то у якості першої пропозиції слід розглядати можливість того, що його негативізм або опір обумовлені почуттям страху.

Розмові з дівчинкою повинна передувати бесіда з дорослими.

При зборі анамнезу крім паспортних даних звертають увагу на сімейний і особистий анамнез. Сімейний анамнез передбачає з'ясування стану здоров'я матері: особливості менструальної функції, перенесені гінекологічні захворювання, плин вагітності, родів й ін. Особистий анамнез включає з'ясування загального стану при народженні, умови життя, перенесені захворювання, перебування в контакті з інфекційними хворими (особливо на туберкульоз), вивчення гінекологічного анамнезу (стосується періоду статевого дозрівання).

2.2. Загальне обстеження. Починається з зовнішнього огляду - встановлення особливостей будови тіла, шкірних покривів, слизових оболонок, оцінка фізичного розвитку, виразність вторинних статевих ознак.

Для оцінки ступеня статевого розвитку застосовується формула: $Ma+P+Ax+Me$, де Ma позначає стан молочних залоз; P - оволосіння на лобку; Ax - пахове оволосіння; Me - вік менархе. Кожну ознаку оцінюють за 4-бальною шкалою.

Оцінка фізичного розвитку проводиться за результатами антропометрії. На їхній підставі будується морфограма, що має 4 шкали: показник росту стоячи (P); окружність грудної клітки при вимірах вище і нижче молочних залоз (OKT); сума зовнішніх розмірів таза (T); вік (Y). Результати виміру наносяться на сітку морфограми. У нормі морфограма має вид прямої лінії (припустимі відхилення в $1,5 \sigma$). У випадку передчасного статевого розвитку спостерігаються брахіскелетичний, сексуальний морфотипи, а також морфотип, що рівномірно випереджає, при затримці статевого розвитку - макроскелетичний, інтерсексуальний, інфантильний. Далі роблять обстеження серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем.

2.3. Гінекологічне обстеження. Для його проведення необхідно щоб попередньо був спорожнений сечовий міхур і кишечник. Спочатку оглядають зовнішні статеві органи. При цьому дають оцінку ступеня їхнього розвитку, стану присінка піхви, оглядають дівочу пліву (цілісність, товщина, еластичність, стан навколишніх тканин, наявність виділень із піхви). Беруть мазки з піхви, її присінка та уретри (для бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження). Для взяття матеріалу з піхви можна використовувати піпетку з гумовою грушею, жолобуватий зонд.

Для оцінки стану внутрішніх статевих органів застосовується ректально-абдомінальне дослідження (проводиться дуже обережно вказівним пальцем або мізинцем, який попередньо обробляють вазеліном). У дітей органи малого таза можна легко пропальпувати, тому що коротке заднє склепіння піхви не розтягнуте, а прямокишково-маткове поглиблення не виражене. Визначають розмір і напрямок піхвової частини матки, наявність болючості, розташування матки, її розміри, консистенцію, рухливість, болючість, наявність

рогу між шийкою і тілом матки. Досліджують стан придатків матки, параметрію.

2.4. Спеціальні методи дослідження. У багатьох випадках для постановки правильного діагнозу використовують додаткові , спеціальні методи дослідження.

Вагіноскопія. Являє собою огляд піхви і піхвової частини шийки матки за допомогою «дитячих» дзеркал і освітлювальної системи. (рис. 2).

Рис. 2 Набір інструментів для вагіноскопії.

Звичайно дитину оглядають у “позі жаби”. Застосовується для оцінки стану слизової оболонки (колір, складчастість, наявність пухлини), шийки матки (пухлина, поліп цервікального каналу, симптом “зіниці” та ін.), при наявності стороннього тіла, при травмі. При онкологічній настороженості можна після вагіноскопії взяти аспірат для цитологічного дослідження на наявність атипічних клітин.

Бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження. Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту дає можливість визначити ступінь чистоти, мікробну флору піхви, дає змогу діагностувати запальний процес. Бактеріо-

логічне дослідження проводять з метою виявлення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст каналу шийки матки, піхви, уретри, пунктат.

Зондування піхви. Використовується для виміру довжини піхви, виявлення аномалії розвитку, виявлення і витягнення стороннього тіла.

Пробна пункція. Проводиться прокол дівочої пліви при її атрезії і підозрі на гематокольпос. Він є також першим етапом при розсіченні дівочої пліви і формуванні входу в піхву.

Діагностичне вишкрібання порожнини матки. Проводиться при впертих, зтяжних кровотечах, що не піддаються консервативній терапії, при підозрі на злоякісний процес.

Цитогенетичне дослідження. Застосовується при підозрі на уроджені дефекти статевих залоз. Ґрунтується на дослідженні статевого хроматину в ядрах клітин поверхневого епітелію слизової оболонки внутрішньої поверхні щоки. У нормі становить 16-28%.

Дослідження каріотипу. Проводиться при наявності вад розвитку, соматичних аномалій, у хворих із дисгенезією гонад.

Методи гормональних досліджень. Оцінка функції яєчників проводиться з використанням тестів функціональної діагностики: кольпоцитологічне дослідження; вимір базальної температури; симптоми «натягу слизу», «зіниці», «папороті». Діагностичний зскрібок ендометрію (використовується при відповідних показаннях і наявності визначених умов). Для точного судження про стан репродуктивної функції вивчають вміст гонадотропних і стероїдних гормонів у плазмі крові. Визначають екскрецію із сечею прегнандіолу, 17-кетостероїдів, естрогенів, 17-оксикортикостероїдів.

З метою виявлення рівня порушення в репродуктивній системі, а також диференціальної діагностики проводять гормональні проби. Оцінка здійснюється на підставі зміни гормональних показників, настання менструальноподібної реакції. До них відноситься проба з прогестероном, естрогенами, пер-

гоналом, дексаметазоном (преднізолоном) та ін. Існують також негормональні проби для вивчення функціонального стану ендокринних залоз і центральної нервової системи. До них відноситься проба з вольтареном (є інгібітором простагландину), еленіумом (для з'ясування значення психогенних чинників у гормональних порушеннях), дифеніном та ін.

Кольпоскопія. Використовується для вивчення стану піхвової частини шийки матки. Існує проста і розширена кольпоскопія (для виявлення зони патологічно зміненого епітелію і ділянки для наступної біопсії), а також кольпомікроскопія.

Гістероскопія. Застосовується для дослідження внутрішньої поверхні матки при підозрі на наявність внутриматкової патології (поліп ендометрію, рак ендометрію, стороннє тіло, аномалія розвитку матки). Можливо проведення хірургічних маніпуляцій, вишкрібання ендометрію, видалення поліпів, сенехій, розсічення перегородок у матці.

Лапароскопія. Проводиться в тих випадках, коли інші методи діагностики не інформативні, а терапія, що застосовується, не ефективна. Дозволяє діагностувати «малі» форми зовнішнього ендометріозу, виявляти причини стійкого больового синдрому, робити біопсію яєчників, розсічення спайок, електрокоагуляцію кістозних яєчників і ін.

Ультразвукове дослідження. Неінвазивний апаратний метод, який дає можливість діагностувати полікістоз яєчників, кісти яєчників, вади розвитку, міому матки, що формується, ендометріоз, наявність вагітності та ін. Існує метод ультразвукової доплерометрії (заснований на вивченні кровотоку в судинах внутрішніх органів), метод кольорового доплерівського сканування.

Комп'ютерна магнітно-резонансна томографія. Використовується для одержання візуального зображення органу, патологічного осередку, кількісної інформації про щільність об'єкта, що досліджується, а також для виявлення пухлини яєчника, мікропухлини надниркової залози, аденоми гіпофіза та ін.

Тепловізійний метод. Застосовується для діагностики мастопатії, при відсутності статевого дозрівання, для оцінки ефективності гормональної терапії.

Рентгенологічні методи дослідження. Рентгенографія черепа й ділянки турецького сідла використовується для діагностики ендокринних захворювань центрального генезу.

Рентгенологічне дослідження кисті рук застосовується для з'ясування «кісткового» віку. Для цього розроблені таблиці, де вказуються вік, терміни і послідовність появи окостеніння і синостозів між метафізами та епіфізами довгих трубчастих кісток.

Гістерографія. Заснована на введенні рентгеноконтрастних водорозчинних препаратів (верографін, урографін і ін.) у порожнину матки з наступним рентгенологічним дослідженням. Застосовується для діагностики пороків розвитку матки, затримки статевого розвитку, пухлинного процесу, визначення форми і розмірів матки.

Вагінографія. Дослідження стану піхви з метою виключення його атрезії, аномалії розвитку.

Пневмопельвіографія. Метод рентгенографії органів малого таза на фоні пневмоперитонеума. Дозволяє судити про розмір і форму внутрішніх статевих органів, про наявність пухлини в порожнині малого таза.

У практичній діяльності виникає необхідність застосування й інших методів дослідження, консультацій: гемостазіограма; біохімічне дослідження крові; туберкулінова проба; консультація окуліста, ЛОР, невропатолога й ін.

2.5.Зразковий алгоритм дії лікаря при проведенні обстеження: знайомство, вивчення анамнезу (окремо в матері і дівчинки); загальний огляд, оцінка виразності вторинних статевих ознак; огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів і систем; дослідження зовнішніх статевих органів, дівочої пліви, уретри, ділянки ануса; ректально-абдомінальне дослідження; вагінос-

копія; використання інструментальних методів (взяття мазків, зондування й ін.) ; застосування апаратних методів (УЗД, магнітно-резонансна томографія й ін.). Останні три методики використовуються при наявності показань.

Розділ 3. порушення статевого розвитку

Показником індивідуального здоров'я і критерієм гармонійності його становлення є соматичний (фізичний і статевий) розвиток підлітків. Під цим терміном розуміють сполучення показників росту, маси тіла і розвитку вторинних статевих ознак, що обумовлені спадковими чинниками і впливом зовнішнього середовища. Поняття росту включає в себе кількісне збільшення розмірів маси тіла, а розвиток – це якісна характеристика структури, функції органів та систем, а також всього організму. Статевий розвиток являє собою окремий випадок соматичного розвитку. У практичній діяльності зустрічаються порушення у вигляді передчасного статевого дозрівання або затримки статевого розвитку.

3 1. Передчасне статеве дозрівання. Про передчасне статеве дозрівання говорять у тому випадку, коли вторинні статеві ознаки з'являються у віці до 8 років. Якщо це відбувається в період із 8 до 10 років мова йде про ранній статевий розвиток. ПСД може відбуватися по **ізосексуальному** (жіночому) типу і **гетеросексуальному** (чоловічому) типу.

ПСД по ізосексуальному типу протікає у вигляді центральної та несправжньої (периферичної) форм. **Центральна форма** є наслідком церебральних порушень (переважно органічного або функціонального характеру). Істотне значення в їхньому розвитку належить перинатальній патології. Клінічна картина виражається в появі ознак ПСД на фоні неврологічних симптомів (затримка інтелектуального розвитку, емоційна нестійкість, наявність патологічних рефлексів). Характерним є виявлення церебральної гіпертензії. Звертає на себе увагу те, що ознаки ПСД з'являються пізніше неврологічних симптомів.

При наявності переважно функціональної патології спостерігаються зміни функції діенцефальних структур, що виявляється субфібрилітетом, гі-

пергідрозом, акроціанозом, ожирінням. При цій формі ознаки ПСД виникають раніш, ніж прояви порушень у гіпоталамічній ділянці.

У клінічній практиці прийнято виділяти **повну** і **неповну** форми ПСД. Повна форма характеризується розвитком вторинних статевих ознак і наявністю менструацій, неповна - різноманітним ступенем розвитку вторинних статевих ознак і відсутністю менструацій. Відмітною рисою є темп статевого розвитку. При повній формі відбувається бурхливий розвиток усіх вторинних ознак, що перевершує темп фізіологічного статевого дозрівання.

Лікування дівчаток із ПСД полягає в призначенні препаратів, що знижують внутрішньочерепний тиск, застосуванні антиестрогенних препаратів (андрокур, ципротеронацетат), аналогів гонадоліберину (Декапептил-Депо), проведенні неврологічної терапії.

Несправжні (периферичні) форми ПСД. Виникають при наявності гормонально-активної пухлини яєчника або кори надниркових залоз. Фемінізуючі пухлини характеризуються порушенням черговості появи вторинних статевих ознак. Першим симптомом є нерегулярні кров'янисті виділення з піхви при незначному розвитку вторинних статевих ознак. При ректально-абдомінальному дослідженні можна виявити пухлину яєчника. Допомагає в діагностиці УЗД. Лікування в таких випадках оперативне.

Зазначена форма ПСД може бути також обумовлена фолікулярними кістами яєчників, що виробляють підвищену кількість естрогенів. Оперативне лікування в таких випадках не показано.

ПСД по гетеросексуальному типу. Визивається вірільною формою уродженої гиперплазії кори надниркових залоз - адреногенітальний синдром. Захворювання генетично обумовлене. Основною патогенетичною ланкою, що обумовлює прояв усіх симптомів захворювання, є надмірна кількість андрогенів, які виробляються у надниркових залозах ще у внутрішньоутробному розвитку. Вже в новонароджених виявляються ознаки внутрішньоутробної вірилізації:- гіпертрофія клітора, наявність урогенітального синуса. Соматич-

ний розвиток дітей спочатку супроводжується різким прискоренням темпів росту, окостеніння. Внаслідок раннього закриття зон росту кісток, до 9-13 років, діти перестають рости і починають відставати в рості. Внаслідок більш тривалого росту плоских кісток черепа і хребта скелет розвивається непропорційно. Посилено розвивається м'язова тканина. Будова тіла диспластична. З 5-6 років починається статеве дозрівання, яке відбувається по гетеросексуальному типу. З'являються чоловічі вторинні статеві ознаки. Перед пубертатним періодом з'являється гірсутизм, знижується тембр голосу. Прогресує вірилізація клітора. У пубертатному періоді відсутні менструації, не розвиваються молочні залози. Розмір матки в 16-18 років значно менше норми. Визначається збільшена секреція андрогенів і їхніх метаболітів, висока екскреція 17-КС. Характерно збільшення рівня 17-оксипрогестерона.

Для підтвердження діагнозу застосовується рентгенографія кісток, УЗД органів малого таза, проводяться проби з преднізолоном, АКТГ, дексаметазоном.

Терапія хворих складається з призначення глюкокортикоїдів (для компенсації функції надниркових залоз і пригнічення надмірної продукції андрогенів) і пластики зовнішніх статевих органів (у 3-5 років - ампутація гіпертрофованого клітора, у 10-12 років - розсічення урогенітального синуса).

Неповні (ізолювані) форми передчасного статевого дозрівання. Прийнято виділяти такі форми. Телархе - передчасний розвиток молочних залоз. Етіологія остаточно не в'ячена. Має транзиторний характер. Адренархе - поява оволосіння на лобку раніш 8 років. Спостерігається при уродженому адреногенітальному синдромі, вірилізуючій пухлині яєчників, надниркових залоз. Передчасний початок менструацій при нерозвиненні інших вторинних статевих ознак. Тактика аналогічна тій, що транзиторному варіанті телархе.

3.2. Затримка статевого розвитку. Під цим терміном розуміють відсутність молочних залоз у віці 12-13 років і відсутність менструації в 15-16

років. Етіологічним чинником є хромосомні, генетичні дефекти, ушкодження гонад у період ембріонального або раннього постнатального розвитку, що призводять до дисгенезії гонад. Розрізняють такі форми дисгенезії гонад: типова (класична) (синдром Шерешевського-Тернера), «чиста», змішана, «стерта».

Типова форма дисгенезії гонад (синдром Шерешевського-Тернера).

Виникає в результаті хромосомних порушень - втрати однієї статеві хромосоми (каріотип 45X0) або мозаїцизма (каріотип 45X0/46XX, 45X0/46XY та ін.), внаслідок чого на місці яєчників розташовується сполучнотканинний тяж без елементів гонад або стерильна гонада без зародкових елементів. Виявляється вже в новонароджених наявністю уроджених стигм (коротка шия, бочкоподібна грудна клітина із широко розташованими сосками, неправильна форма вушних раковин, пороки серцево-судинної системи, нирок і ін.). Надалі відзначається низький ріст, наявність соматичних аномалій, відсутність розвитку вторинних статевих ознак, первинна аменорея, індіферентна будова статевих органів, відсутність гонад (на їхньому місці гонадні тяжі). Діагностується зміна набору хромосом, затримка дозрівання кісткового скелета, висока концентрація гонадотропних гормонів (особливо ФСГ). Для уточнення діагнозу визначається каріотип, роблять рентгенологічне дослідження кисті рук і променевоzap'ясткових суглобів, УЗД, лапароскопію.

Лікування хворих переслідує такі задачі: зменшення статеві інфантилізму, стимуляція вторинних статевих ознак, нормалізація нервово-психофізичного статусу. Для цього призначають препарати естрогенної дії. У віці 11-12 років дози препарату невеликі, у 13-14 років вони збільшуються. З появою менструальноподібної реакції призначають циклічну терапію.

«Чиста» форма дисгенезії гонад (синдром Свайера). Виникає внаслідок генних і хромосомних мутацій. Має значення вплив шкідливих чинників на ранніх термінах гестації. Причиною звертання до лікаря є відсутність менструацій і молочних залоз (у період статеві дозрівання). Хворі високого

або нормального росту, статура пропорційна. Соматичні аномалії розвитку відсутні. Має місце I аменорея, молочні залози відсутні, спостерігається затримка дозрівання кісток. Будова зовнішніх статевих органів індиферентна. Яєчники відсутні, замість них є гонадні тяжі. У крові визначається високий рівень гонадотропних гормонів. Постановці діагнозу допомагає УЗД, лапароскопія. Хворим проводиться замісна циклічна терапія статевими гормонами.

Змішана форма дисгенезії гонад. Причиною є генні порушення, що призводять до дисгенезії тестикул. У каріотипі завжди визначається Y-хромосома. Хворі звичайно високого або нормального росту з ознаками маскулізації. У старшому віці вони звертаються у зв'язку з відсутністю менструацій і молочних залоз. При об'єктивному дослідженні визначається матка або матковий тяж. Один яєчник буває у виді сполучнотканинного тяжа, інший - із структурними елементами яєчка. Дуже часто в пубертатному періоді розвивається пухлина дисгенетичної гонади. Виявляється підвищений рівень гонадотропних гормонів. З діагностичною метою проводяться УЗД, лапароскопія, визначення каріотипу. Лікування хворих полягає в оперативному видаленні придатків із двох сторін у віці 11-13 років. Надалі призначають замісну терапію статевими гормонами.

Затримка статевого розвитку крім яєчникового може бути центрального генезу. Патологія обумовлена недостатнім виробітком гонадотропних гормонів. Розрізняють такі форми:

- ***Гіпоталамічний гіпогонадотропний гіпогонадизм*** (гіпогонадотропний євнухоїдизм, синдром Каллмена, або ольфактогенітальний синдром) . Обумовлений ізольованою гіпоталамічною недостатністю гонадотропного рилізінг-гормону.

- ***Гіпофізарний гіпогонадотропний гіпогонадизм.*** Обумовлений органічною поразкою гіпофіза (гіпоплазія, здавлення, пухлина). Зазначені чинники призводять до гіпофункції гіпофіза. Хворі скаржаться на відсутність менструацій, затримку статевого розвитку. Об'єктивно відзначається недостатній

розвиток вторинних статевих ознак, гіпоплазія матки. При УЗД діагностують невелику матку, але не тяж, маленькі яєчники з наявністю фолікулярного апарату. Каріотип жіночий (46XX). Рівень гонадотропних гормонів, естрогенів низький. Постановці діагнозу сприяє ультразвукове, неврологічне, рентгенологічне дослідження, генетичне і гормональне обстеження.

Лікування хворих проводиться комплексно, одночасно з ендокринологом, невропатологом.

- *Спадково обумовлений гіпогонадотропний гіпогонадизм*: синдром Лоренса-Муна-Бардета-Бідля (характерна наявність пігментного ретиніта, гіпогонадизма, ожиріння, аномалій розвитку кисті руки, розумової відсталості); хвороба Хенде-Шюллера-Крісчена (клінічно проявляється статевим інфантилізмом, нанизмом, екзофтальмом, ксантоматозом, змінами кісткового скелета, збільшенням лімфатичних вузлів, нецукровим діабетом).

Розділ 4 Аномалії розвитку статевих органів

Аномалії розвитку уrogenітального тракту представляють собою природжені порушення їх анатомічної будови у вигляді незавершеного органогенезу. Вони виникають під дією несприятливих екзо- і ендогенних чинників на процес гестації і проявляються порушенням топографії, форми, симетрії, величини та ін. Частота природжених порушень анатомічної будови тазових органів у дівчаток досягає до 3,1 %. Найчастіше аномалії виникають на несприятливому генетичному або антенатальному фоні (особливо в критичний період внутрішньоутробного розвитку).

Несприятливі чинники діють на закладення різних органів. В зв'язку з цим одночасно з аномалією статевих органів більше ніж у половини випадків діагностують пороки розвитку сечової системи, кишечника, серця та ін.

Всі випадки уроджених аномалій розвитку обумовлені однією з трьох причин - недорозвиненням мюллерових протоків, порушенням їх реканалізації і їх неповним злиттям.

Можливі такі типи уроджених аномалій розвитку: **агенезія** - відсутність органу або його зачатків; **аплазія** - відсутність частини органу; **атрезія** - недорозвинення, що виникло вторинно (у результаті перенесеного внутрішньоутробного запального процесу). Існує також поняття **гінатрезія** - це вид недорозвинення, що виникає в місцях анатомічного звуження (вульва, отвір дівочої пліви, зовнішнє і внутрішнє вічко шийки матки, устя маткових труб). **Гетеротопія** - наявність клітин або тканин в іншому органі або в тих зонах «свого» органа, де вони в нормі відсутні. **Гіперплазія** - розростання органа до надлишкових розмірів за рахунок збільшення числа та обсягу клітин (при цьому гіперфункція може бути відсутня). **Гіпоплазія** - недорозвинення органа. Існує проста і диспластична (із порушенням структури органа) форма гіпоплазії. **Мультиплікація** - множення (звичайно подвоєння) частин або числа органів. **Нерозділення** (злиття) - відсутність роз'єднання органів або їхніх

частин, які у нормі існують роздільно. **Персистування** - зберігання рудиментарних структур, що повинні зникнути в постнатальному періоді (редукуватися). **Стеноз** - звуження каналу або отвору. **Ектопія** - зсув органів або розвиток їх у тих місцях, де вони не повинні знаходитися.

Відповідно до існуючої класифікації, заснованої на клініко-анатомічних даних, розрізняють такі аномалії:

Аномалії розвитку маткових труб. Спостерігаються рідко. Можуть бути подані аплазією, атрезією, дуплікацією.

Аномалії розвитку яєчників. До них відноситься їхнє опущення в паховий канал або у великі статеві губи; повна агенезія яєчників.

Аномалії розвитку матки:

-*Uterus didelphus* - подвоєння матки і піхви при їхньому відособленому розташуванні. Обидва органи розділені складкою очеревини.

-*Uterus duplex et vagina duplex* - на деякій ділянці органи стикаються або об'єднуються фіброзно-м'язовим прошарком.

-*Uterus bicornis bicollis* – загальна піхва, інші відділи роздвоєні (рис. 3)

Рис. 3 Аномалія розвитку статевих органів – дворого матка з однією піхвою

-Uterus bicornis unicollis - подвоєння виражене ще менше.

-Uterus bicornis із рудиментарним рогом. З клінічних позицій важливо з'ясувати сполучається або не сполучається порожнина рудиментарного рогу з основною маткою, оскільки в першому випадку можливий розвиток ектопічної вагітності.

-Uterus unicornis - однорога матка. Функція матки при цьому може бути повноцінною.

-Uterus bipartitus solidas rudimentarius vagina solida - синдром Майєра-Рокитанського-Кюстера-Мюллера-Хаузера. Піхва і матка являють собою тонкі сполучнотканинні синуси. Причиною звертання дівчинки до лікаря є відсутність менструацій. Об'єктивно відзначаються правильна статура з розвиненими вторинними статевими ознаками. У той же час відсутній вхід у піхву. Іноді може бути невеличка піхва (2-4 см). При УЗД виявляють яєчники, а матка відсутня. Лікування хворих полягає в створенні піхви (кольпопоез) хірургічним методом.

Аномалії розвитку піхви:

-Агенезія піхви - первинна повна відсутність піхви в результаті втрати зародком проксимальних відділів мюллерових ходів.

-Аплазія піхви - первинна відсутність частини піхви, обумовлена припиненням каналізації піхвової трубки, що формується.

-Атрезія піхви - повне або часткове зарощення піхви в результаті запального процесу під час внутрішньоутробного розвитку.

-Наявність поперечної перегородки (vagina subsepta, vagina septa), яка може локалізуватися на будь-якому рівні. Нерідко подовжня перегородка поєднується з аномаліями матки і шийки матки.

Аномалії дівочої пліви, вульви, зовнішніх статевих органів:

-Аномалії вульви зустрічаються рідко. Деформація вульви буває обумовлена гіпо- і епіспадією (при гермафродитизмі). Деформація також спостеріга-

ється в тих випадках, коли в піхву або в присінок відкривається задньопрохідний отвір (anus vestibularis). До них відноситься також розщеплення клітора.

-Атрезія дівочої пліви (hymen occlusus) - повна відсутність отвору. Зазначена патологія виявляється після появи менструацій, оскільки відтоку для менструальної крові немає й утворюється гематокольпос. Хворі скаржаться на почуття тиску в малому тазу, утруднення при сечовипусканні. Об'єктивно виявляють вип'ячування дівочої пліви, через яку просвічується темний, ціанотичний вміст. Лікування хворих у таких випадках оперативне. Суть його зводиться до розсічення дівочої пліви й спорожненню гематокольпосу. Для цього дівочу перетинку розсікають напівплунним горизонтальним розрізом і обшивають вузловатими кетгутувими швами. При необхідності висікають невелику ділянку ущільненої перетинки, інакше можливий рецидив утворення гематокольпосу.

-Аномалії hymen включають також наявність більше одного отвору, стовщення мембрани, серединний гребінь між двома отворами.

-Аномалії зовнішніх геніталій виявляються їх уродженою гіперплазією або гіпертрофією. Іноді спостерігаються різні розміри статевих губів.

Клінічні ознаки уроджених аномалій визначаються формою пороку. Більшість із них виявляється тільки в період статевого дозрівання або при спробі до статевого життя. Основним симптомом є первинна аменорея. Іншим частим проявом є наявність циклічних болів у животі.

До затримки відтоку менструального вмісту приводить атрезія hymen, аплазія частини або всієї піхви при функціонуючій матці, роздвоєння піхви і матки з частковою аплазією однієї з піхв, додатковий замкнутий функціонуючий ріг матки.

Для постановки правильного діагнозу застосовують додаткові методи дослідження: УЗД, комп'ютерну магнітно-резонансну томографію, лапароскопію, гістероскопію, гістерографію, урологічне дослідження, генетичні методи.

Лікування хворих визначається формою уродженої аномалії розвитку. Випадки аплазії матки і піхви, часткової аплазії піхви потребують хірургічного лікування. Рудиментарний ріг матки видаляють оперативним шляхом. При атрезії hymen також потрібно хірургічне втручання. Наявність у дівчаток сідлоподібної, однорогої матки, подвоєння матки і піхви лікування не потребують.

Розділ 5. Порушення менструальної функції

Порушення менструальної функції є частою патологією пубертатного періоду. До них відноситься аменорея, ювенільні маткові кровотечі, а також дисфункція яєчників по типу гіпо- і гіперменструального синдрому, нерегулярні місячні, альгодисменорея.

5.1. Аменорея - відсутність менструацій. Розрізняють первинну аменорею - відсутність менструацій у дівчат, що досягли 15 літнього віку, і вторинну аменорею - перерва в менструаціях більш ніж на 6 місяців. Аменорея є симптомом багатьох захворювань. В залежності від рівня порушення регуляції менструальної функції виділяють різноманітні форми аменореї: гіпоталамічну, гіпофізарну, яєчникову, маткову, обумовлену порушенням функції щитовидної залози і кори надниркових залоз.

Причиною первинної аменореї в 30-40% всіх випадків бувають хромосомні і генні аномалії. До інших можна віднести порушення харчування, системні захворювання, ураження ЦНС, пухлини, а також психогенні (нервово-психічна анорексія), анатомічні, гіпоталамічні та метаболічні порушення.

Центральна форма первинної аменореї. До неї відноситься гіпоталамічна форма та гіпофізарна, що веде до недостатньої секреції гонадотропінів. Гіпогонадотропний гіпогонадизм служить причиною 40-50% усіх випадків аменореї. Для нього є характерною недостатність секреції гіпофізарних або гіпоталамічних гормонів. Синдром Каллмена - аутосомно-домінантне захворювання, обумовлене дефіцитом гонадоліберину. Гіпопітуїтаризм з ожирінням (адипозогенітальна дистрофія) супроводжується підвищеним відкладенням жирової тканини в ділянці молочних залоз, лобка, тазового поясу та атрофією статевих органів.

Поразки ЦНС. До них відносяться також об'ємні поразки (наприклад, краніофарингома, пінеалома, аденома), травми і судинні порушення.

Нервово-психічна анорексія - надмірне схуднення без видимої органічної причини. Іноді виникає на фоні психічних розладів.

Анатомічні причини. Аномалії мюллерової протоки й аплазія піхви зустрічаються в 20% випадків аменореї і звичайно супроводжуються різноманітними аномаліями розвитку шляхів сечовиведення (у 45% випадків). Інша часта причина аменореї – зарощення дівочої пліви (опис цих випадків подано у розділі 4).

Системні захворювання. Інфекції, хвороби печінки, щитовидної залози і надниркових залоз, цукровий діабет, муковісцедоз, а також гемоглобінопатії (наприклад, серповидно-клітинна анемія і таласемія).

Дисгенезія гонад характеризується відсутністю вторинних статевих ознак. Геніталії відповідають статі, але інфантильні. Гонади виглядають як фіброзні білі тяжі, зародкових клітин немає. Необхідно раннє видалення гонад через їхню схильність до малігнізації (у 25% випадків - до 15 літнього віку). Більш докладний опис усіх форм дисгенезії гонад подано в розділі «Затримка статевого розвитку». У даному розділі ми зупинимося тільки на описі синдрому **тестикулярної фемінізації**. Існує її *повна* форма, при якій тканина гонади подана насінними каналцями невеличкого діаметра, вистеленими недиференційованими клітинами Сертолі. Клінічно це виявляється відсутністю статевого оволосіння, жіночою статурою, наявністю молочних залоз. *Неповна* форма тестикулярної фемінізації характеризується стовщенням і гіалінозом m. basalis. Епітелій каналців не диференційований. Клінічно спостерігається деяка маскулінізація і ріст волосся на лобку (каріотип 46XY), тобто хворі тестикулярною фемінізацією мають жіночий фенотип при чоловічому хромосомному полі. Для них типово відсутність або слабкий розвиток пахового і лобкового оволосіння при задовільному розвитку молочних залоз. Локалізація гонад у паховому каналі або в товщі великої статевої губи. Піхва коротка, є аплазія шийки і тіла матки.

Лікування в таких випадках полягає у видаленні гонад (якщо вони локалізовані в черевній порожнині), оскільки є велика можливість розвитку пухлини.

Вторинна аменорея. Найбільше частою причиною є патологія підкіркових структур і гіпофіза. У залежності від рівня поразки виділяють такі захворювання:

Центральна нервова система і гіпофіз - гіпоталамічний синдром пубертатного періоду, дефіцит секреції гонадотропіну (після втрати маси тіла, по інших причинах - наслідки стресу, зміна місця проживання і т.п.), гіперпролактинемія (ідиопатична і викликана пролактиновою).

Гонади - полікістозні яєчники; гіпопластичні яєчники (стерта форма дисгенезії гонад, після видалення кіст яєчників).

Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду. Виявляється порушенням менструального циклу, раннім статевим дозріванням, гірсутизмом, ожирінням, великими розмірами молочних залоз, наявністю «клімактеричного горбика», відвислого живота. Дуже характерною є наявність шкірних смуг розтягу на різних ділянках тіла. Протікає в гострій і хронічній стадії, що являють собою різні рівні одного патологічного процесу. У хронічній стадії патологічні прояви наростають, що вказує на виснаження активності гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. Лікування хворих спрямоване на зниження активності підкіркових структур. Для цієї мети призначають хлорид танталу, дифенін.

Вторинна аменорея після втрати маси тіла. Її виникнення залежить від вихідної маси тіла, швидкості втрати, індивідуальності до чинника маси. Аменорея настає при зниженні маси тіла до 46 кг (маса, яку мають дівчатка в рік менархе). У результаті втрати маси тіла відбувається гальмування функції підкіркових структур харчової мотивації, пригнічується секреція гонадотропного рилізінг-гормону і, як наслідок виникає повторна недостатність ЛГ і ФСГ.

Лікування таких хворих проводиться з застосуванням психотропної терапії лікарськими препаратами (транквілізатори, іноді нейролептики), психотерапії, вітамінотерапії, призначенням висококалорійної дієти, засобів, що підвищують апетит і нормалізують функцію шлунково-кишкового тракту, проведення симптоматичної терапії.

Вторинна аменорея після стресу (психогенна). Хронічний стрес у пубертатному періоді може викликати істотні порушення механізмів центральної регуляції менструальної функції. Змінюється ритм секреції гонадоліберину, гнітється секреція ЛГ, настає аменорея. Терапія передбачає усунення негативної психоемоційної ситуації, застосування транквілізаторів, проведення загальноукріплюючого лікування.

Гіперпролактинемія. Стійке підвищення рівня пролактину свідчить про цілий ряд патологічних станів: функціональну активацію передньої частки гіпофіза, пролактиному, травму гіпофіза, запалення гіпоталамуса і гіпофіза, хворобу Іценко-Кушинга, хронічне захворювання печінки, нирок, пухлину органів грудної клітки реакція на приймання деяких ліків (барбітурати, гіпотензивні, фенотіазини й ін.). Гіперпролактинемія виявляється в порушенні ритму менструацій у сполученні з галактореєю або без її. Хворі можуть скаргитися на стомлюваність, головний біль, виділення з молочних залоз, зорові відхилення. У кожної шостої хворої визначають полікістоз яєчників. При обстеженні хворих необхідно визначити генез гіперпролактинемії - функціональна або пухлинна. При функціональній формі рівень пролактину знаходиться в межах 2500-3000 мМе/л, на томограмі голови пухлина відсутня, функціональні проби позитивні, період розладу місячних нетривалий. При органічній поразці є зміни на рентгенограмі турецького сідла, зміни на очному дні, на томограмі голови виявляється пухлина, рівень пролактину перевищує 3000 мМе/л, функціональна проба негативна, аменорея тривала.

При функціональній гіперпролактинемії призначають бромокриптин (стимулює дофамінові рецептори гіпоталамуса і гіпофіза, що сприяє пригні-

ченню секреції пролактину гіпофізом). Наявність пролактиноми потребує поряд із медикаментозною терапією застосування хірургічного і променевого методу лікування.

Синдром полікістозних яєчників. Клінічний симптомокомплекс, для якого характерно збільшення яєчників, їхня кістозна зміна і порушення менструального циклу. Прийнято виділяти такі форми: типову, з оваріальною гіперандрогенією (описана Штейном і Левенталем), центральною, з вираженими порушеннями з боку гіпоталамо-гіпофізарної системи і поєднану, викликану яєчником і наднирковою гіперандрогенією.

У дівчаток із нормальним статевим розвитком, своєчасним менархе досить швидко (від 2 місяців до 1 року) порушується менструальний цикл (І аменорея, гіпоменструальний синдром, рідше ювенільні маткові кровотечі). Об'єктивно спостерігаються симптоми вірилізації (поява волосся на обличчі, груді, животі, збільшення ширини плечей), ожиріння. Яєчники збільшені в розмірах, УЗД дозволяє виявити стовщену капсулу і множину фолікулів, що атрезують. Рівень андрогенів і базальна секреція ЛГ підвищені, концентрація прогестерона знижена.

Лікування хворих необхідно починати з нормалізації маси тіла, призначення загальноукріплюючої терапії, вітамінів. Наступний етап спрямований на нормалізацію менструальної функції. Для цього рекомендують комбіновані естроген-гестагенні препарати з мінімальною кількістю гормонів (мінізистон, марвелон і ін.) При наявності гірсутизму застосовують антиандрогени (препарат «Діане-35», андрокур), верошпірон. При підвищеній секреції пролактину призначають парлодел.

Хірургічне лікування в дівчаток можливо лише як останній захід, причому у віці старше 17 років. При лапаротомії роблять клиноподібну резекцію яєчників, демедуляцію, декапсуляцію, декортикацію, під час лапароскопії виконують резекцію яєчників, електропунктуру, термокаутеризацію, лазерну вапоризацію

Загальні принципи лікування дівчат-підлітків з аменореею: нормалізація маси тіла; загальноукріплююча терапія ; циклічна вітамінотерапія; фізіотерапія; застосування нейротропних препаратів; чергування розумової, фізичної праці з активним відпочинком; фізкультура.

Коригуюча гормональна терапія проводиться після діагностики рівня поразки репродуктивної системи і залежить від виявлених порушень.

5.2. Ювенільні маткові кровотечі. Захворювання починається в період становлення менструальної функції. В основі патогенезу знаходяться зміни гормонального гомеостазу при відсутності початкових органічних поразок статевої системи. У структурі гінекологічних захворювань у цей вікової період їхня питома вага складає 2,5-15,2%. Висока частота обумовлена уразливістю гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи внаслідок її нестиглості й особливої чутливості до несприятливих чинників. ЮМК виникають у період вираженої фізіологічної напруженості організму, обумовленої віковою невідповідністю фізичного і статевого розвитку, незакінченим статевим дозріванням і лабільністю недозрілої системи регуляції статевого циклу. Адаптаційні механізми юного організму ще настільки недосконалі і нестійкі, що будь-які негативні чинники зовнішнього і внутрішнього середовища можуть стати етіологічними моментами розладу менструальної функції. В зв'язку з цим ЮМК можуть бути пов'язані з загальними захворюваннями організму (особливо інфекційними), поразками нервової системи, порушеннями обміну, авітамінозами, фізичною і розумовою перевтомою і перенапругою. Велика увага приділяється захворюванням матері, перенесеним під час вагітності.

У розвитку ЮМК визначену роль виконує неспроможність нервово-рецепторного апарату, низька контрактильна активність міометрію, знижена чутливість до власних статевих гормонів.

Першим етапом порушень може явитися зміна функції гіпоталамічних структур із наступним порушенням функції яєчників. Можливий варіант первинного порушення стероїдогенезу в яєчниках, що призводить потім за ме-

ханізмом зворотного зв'язку до зміни секреції гонадотропних гормонів. І в тому, і в іншому випадку виникають порушення нормального ритму секреції гіпоталамічних, гіпофізарних і яєчникових гормонів.

ЮМК бувають ановуляторними (частіше усього), овуляторними. Можуть розвиватись на фоні гіпер- та гіпоестрогенії, гіполютеїнізма. Таке різноманіття патогенетичних особливостей утруднює діагностику та проведення терапії.

Існують такі клінічні форми ЮМК:

- 1) неускладнена (продовжується менш 10 днів);
- 2) ускладнена (триває більш 10 днів): а) виникнення постгеморагічної анемії, гіпоксемії; б) розвиток вторинного запального процесу в матці; в) виникнення вторинних порушень у системі гемостазу;
- 3) тромбоцитопенія споживання;
- 4) зміни гемокоагуляції, фібринолізу, порушення внутріматкового гемостазу;
- 5) латентні і затяжні хронічні форми ДВЗ-синдрому;
- 6) ЮМК при наявності вихідних порушень у системі гемостазу;
- 7) ЮМК при синдромі склерокістозних яєчників;
- 8) ятрогенна форма ЮМК, як наслідок неадекватної терапії гормонами.

Клінічно ЮМК виявляються ациклічними (метрорагія), циклічними (менорагія), рясними або мізерними (типу кровомазання) і тривалими кровотечами із періодичними посиленнями.

ЮМК, що розвиваються на фоні гіперпластичних процесів у ендометрії мають, звичайно, рецидивуючий характер, хвильоподібний перебіг, при якому кров'янисті виділення зменшуються, майже до повного припинення (на нетривалий час) і знов з'являються та посилюються.

ЮМК, котрі виникаються на фоні недостатності лютеїнової фази, часто розвиваються після більш чи менш тривалого періоду регулярного менструального циклу. Перебігають з різким скороченням менструального циклу до

20-15 днів, збільшенням обсягу крововтрати та тривалості кровотечі до 7 і більш днів. Характерно, що вони закінчуються самостійно та мають циклічний характер.

При ЮМК спостерігається інтерсексуальний, гіпо- або гіперестрогенний морфотипи. Для виявлення особливостей гормонального гомеостазу організму досліджують тести функціональної діагностики, визначають рівень гонадотропних і стероїдних гормонів у крові. Рясні, тривалі або ті ЮМК, що рецидивують, призводять до різноманітних ускладнень. Можливий розвиток запального процесу у внутрішніх статевих органах, анемії, ДВЗ-синдрому.

У тих випадках, коли ЮМК наступають на фоні первинного порушення в системі гемостазу (хвороба Верльгофа, хвороба Віллебранда й ін.), кровотечі мають ациклічний характер, рясні, супроводжуються анемією, гормональна терапія малоефективна.

Лікування хворих проводиться комплексно з урахуванням етіопатогенезу захворювання й індивідуальних особливостей організму. Лікування повинно включати два етапи: I - лікування в період кровотечі; II - попередження розвитку рецидивів кровотечі і нормалізація взаємовідносин у системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники.

I етап містить у собі такі заходи: а) створення лікувально-охоронного режиму; б) негормональна гемостатична терапія (утеротонічні препарати та препарати, що підвищують коагуляційні властивості крові, фізіотерапевтичне лікування, вітамінотерапія, фітотерапія, рефлексотерапія); в) гормональна терапія (естрогени, гестагени, комбіновані естроген-гестагенні препарати); г) хірургічне лікування - при наявності показань (діагностичне вишкрібання порожнини матки); д) антианемічна терапія; е) протизапальне лікування; ж) профілактика вторинних коагулопатій; з) терапія ДВЗ-синдрому; и) гемостазокорекція первинних геморагічних порушень.

II етап: а) усунення причин, що призводять до появи ЮМК; б) нормалізація функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи негормональними

засобами - вітамінотерапія, седативна терапія, ноотропні препарати та препарати які поліпшують мікроциркуляцію (актовегін, інстенол), фізіотерапія, рефлексотерапія, дегідратаційна, імунно-коригуюча, антианемічна терапія; в) коригуюча гормональна терапія (комбіновані естроген-гестагенні препарати, призначення чистих естрогенів у 1-у фазу і чистих гестагенів у 2-у фазу, у циклічному режимі, гестагени у 2-у фазу).

Показання для проведення гормональної гемостатичної терапії: а) кровотеча, що продовжується, і наявність анемії (зниження Нв до 90-100 г/л, гематокриту до 25-30%); б) відсутність ефекту від проведеної негормональної гемостатичної терапії (навіть у тому випадку, якщо кровотеча незначна і немає анемії).

Противопоказання: а) наявність гіперкоагуляції; б) порушення функції печінки; в) ревматизм, активна фаза.

Показання для діагностичного вишкрібання порожнини матки: а) наявність рясної кровотечі, із явищами анемії (зниження Нв до 70 г/л, гематокриту нижче 25%); б) відсутність ефекту від проведеної гемостатичної терапії; в) підозра на виражені органічні зміни ендометрію (при УЗД визначається розширення порожнини матки до 16-18 мм, структура ендометрію неоднорідна - наявність поліпів, поліпоз ендометрію); г) рецидивуючі ЮМК (особливо в дівчаток із гіпоталамічним синдромом). Хірургічне лікування проводиться під загальним знеболюванням. Для кращого розтягнення вульварного кільця його обколюють 0,25% розчином новокаїну з лідазою.

Дівчата, що хворіють на ЮМК, складають у зрілому віці групу ризику як за порушенням репродуктивної функції, так і за патологією ендометрію, тому даний контингент дівчаток і жінок підлягає диспансерному спостереженню і у періоді статевого дозрівання, і в дітородному віці.

5.3. Альгодисменорея - це патологічний стан, що характеризується певними симптомами, поліморфізм і виразність яких визначає клінічний перебіг захворювання. Легка форма проявляється різкими болями насподі живота,

що іноді супроводжуються запамороченням, нудотами. Важка форма крім болючості у животі характеризується такими симптомами, як головний біль, запаморочення, почуття нудоти, блювота, озноб, підвищення температури тіла. Приступи болі з'являються з початком менструацій. Крім цих симптомів має місце порушення менструального циклу - дисменорея.

У залежності від етіопатогенезу розрізняють первинну і вторинну альгодисменорею. Частіше розвивається первинна (функціональна) альгодисменорея, не пов'язана з анатомічними змінами внутрішніх статевих органів. Вторинна обумовлена наявністю органічної патології органів малого таза. Вона є симптомом ряду захворювань: ендометріоза, пороків розвитку внутрішніх статевих органів, що супроводжуються порушенням відтоку менструальної крові, хронічних запальних захворювань придатків матки, пухлин статевих органів, статевого інфантилізму, тазового гангліоневрита й ін.

Причиною переймоподібних болів є спастичні скорочення матки, що викликають ішемію міометрію. Основною причиною цих скорочень під час менструації є порушення синтезу простагландинів («тканинних гормонів»). Простагландини E_2 і F_2 стимулюють скорочувальну діяльність матки, простагландин A_2 - вазодилататор, тромбоксан A_2 - вазоконстриктор. У залежності від їхнього співвідношення визначають патогенетичні і клінічні прояви захворювання. Підвищений синтез або уповільнена деградація простагландинів і тромбоксанів сприяє порушенню синхронної скорочувальної функції міометрію, що обумовлює спастичні скорочення матки. При цьому спостерігається надлишкове накопичення біологічно активних речовин і іонів кальцію в мікрофібрилах і м'язових клітинах ендометрію. Наслідком цього є стійка дистонія м'язового прошарку, що викликає порушення маткового кровотоку, ішемію матки і розвиток стійкого аферентного імпульсу у вигляді аноксичної болі.

Певне значення має швидкість руйнування простагландинів. У нормі цей процес в матці й в інших органах (печінка, легені) відбувається швидко.

При наявності захворювань печінки й іншій соматичній патології частота альгодисменореї вище.

У більшості випадків ознаки альгодисменореї виявляються з менархе, в інших - через 6 міс. - 1 рік. Захворювання частіше розвивається в дівчат-підлітків з астеничною статурою зі зниженою масою тіла, що легко збудливі, емоційно лабільні, схильні до неприємностей. У них часто відзначається вегетосудинна дистонія або астеноневротичний синдром.

Основною скаргою є наявність болю в нижніх відділах живота, що виникає не раніше чим за 2 дня до очікуваної менструації і проходить у перші 2 дня від початку менструації. Зазначені тимчасові параметри тривалості болючості відносні. Іноді болі можуть продовжуватися усього декілька годин. Болі носять приступоподібний характер і локалізуються в гіпогастральній області. Досить часто вони іррадіюють у крижово-сідничну ділянку, рідше в ділянку зовнішніх статевих органів. Крім болю у животі хворі можуть скаржитися на головну біль, нудоту, блювоту, запаморочення, озноб, підвищення температури до 38°C. При важкій формі може бути короткочасна втрата свідомості. Гінекологічні дослідження свідчать про відсутність патологічних змін внутрішніх статевих органів. Для виявлення клініки захворювання показано проведення діагностичних проб з інгібіторами простагландинсинтетази: аспірином, індометацином, диклофенаком, вольтареном.

Клінічна картина вторинної альгодисменореї визначається первинним патологічним процесом. У даному випадку альгодисменорея є симптомом основного захворювання. Більш докладно ці питання освітлені у відповідних розділах (ендометріоз, запальні захворювання й ін.).

Лікування хворих із первинною альгодисменореєю полягає в застосуванні спазмолітичних і анальгетичних засобів (спазмалгон, баралгін, но-шпа, анальгін і ін.), седативних препаратів (валеріана, пустирник і ін.). У деяких випадках показана терапія з призначенням естроген-гестагенних препаратів,

прогестагенів (оргаметрил, норетистерон, дюфастон і ін.), комплексного гомеопатичного препарату Ременс,

Специфічне лікування спрямоване на зменшення утримання простагландинів. Для цього застосовується індометацин, мефенамова кислота, ксефокам, ортофен, ібупрофен, напроксен, вітамін Є, ацетилсаліцилова кислота. Гарний ефект досягається при призначенні вольтарена (за 2 дня до початку й у перші дні менструації). Як додатковий метод використовують електрофорез новокаїну на ділянку сонячного сплетення. Необхідно дотримання режиму праці і пильнування, важливим є регуляція харчового раціону, підвищення загального тону, заняття лікувально-оздоровчою гімнастикою, спортом, що сприяє гармонійному фізичному розвитку.

Розділ 6 Запальні захворювання статевих органів

Запальні процеси геніталій відносяться до числа найбільш поширених захворювань у дівчаток. Вони негативно впливають на стан здоров'я майбутньої жінки.

6.1. Запальні захворювання вульви і піхви. У дівчаток у віці до 8 років зустрічаються в 60-70% випадків серед усіх гінекологічних захворювань. Запальний процес може уражати окремо вульву - вульвіт або одночасно вульву і слизову оболонку піхви - вульвовагініт. Цьому сприяють анатомо-фізіологічні особливості статевих органів. Плоский епітелій складається тільки з 5-8 прошарків, він не містить глікогену, унаслідок цього в піхві немає умов для розвитку паличок Додерлейна. Вміст піхви має лужну реакцію, у ньому багато умовно-патогенних мікроорганізмів. Злущування і цитоліз епітелію піхви виражені незначно. Головний механізм захисту складається у фагоцитозі поліморфно-ядерними лейкоцитами. Захворювання інших органів (особливо запальної етіології) супроводжуються зниженням імунобіологічної реактивності організму, що сприяє зміні рівноваги між мікрофлорою піхви й організмом. Умовно-патогенні мікроорганізми можуть одержувати патогенні властивості. Створюються сприятливі умови для проникнення патогенної мікрофлори з інших органів. Найбільше часто збудниками є стафіло- і стрептококи, пневмококи, кишкова паличка, гарднерели, дріжджові гриби, гонококи, хламідії, мікоплазми, трихомонади, віруси, туберкульозна, дифтерійна паличка й ін. Досить часто має місце сполучення декількох збудників (асоціації). Виникненню захворювання сприяють як ендогенні чинники (порушення обміну речовин, анемія, цистит, пієлонефрит, ентеробіоз і ін.), так і екзогенні патологічні подразники (травми, попадання сторонніх тіл, хімічні, термічні, механічні чинники). Наявність алергічних захворювань, ексудативного діатезу є фоном для розвитку atopічного вульвіту. Істотне значення має недотри-

мання правил особистої гігієни, наявність шкідливих навичок, несприятливі побутові умови.

Клінічна картина вульвовагінітів, що розвилися в наслідок дії різноманітних етіологічних механізмів, має багато подібних ознак. Проте наявність того або іншого збудника характеризується визначеними специфічними особливостями.

Бактеріальний (неспецифічний) вульвовагініт. Характеризується поступовим розвитком і схильністю до підгострого перебігу. Виявляється почервонінням вульви, шкіри статевих органів, промежини. На шкірі навколо статевих губів, стегон можуть бути явища піодермії. На слизовій піхви відзначаються осередки гіперемії. Виділення з піхви помірні, жовтуватого кольору.

Для постановки правильного діагнозу роблять вагіноскопію, мікробіологічне дослідження виділень. Лікування (до одержання результатів дослідження) полягає в промиванні піхви дезінфікуючим розчином, обробці шкіри статевих губів, промежини цинковою маззю, уведенні свіч з антибіотиком. Після одержання результатів мікробіологічного дослідження лікування проводиться з урахуванням виявленого збудника. Слід також санувати осередок інфікування, проводити антиалергічну терапію.

Кандидозний вульвовагініт. Часто виникає у дітей хворих на діабет, з ожирінням або після лікування антибіотиками, застосування стероїдних гормонів. Збудником є гриби роду *Candida*. Активація грибів відбувається внаслідок порушення рівноваги між організмом хазяїна і патогенного агента.

Діти скаржаться на сверблячку в ділянці зовнішніх статевих органів, неприємні виділення. Об'єктивно визначають набрякання і набряк вульви, наявність білих, сирнистих виділень із кислим запахом. При мікроскопічному дослідженні виявляють міцелій і спори грибів.

Для лікування хворих призначають препарати полієнового ряду (ністатин, леворин); похідні імідазола (клотримазол, міконазол, канестен); препарати тріазола (флуконазол, дифлюкан, інтраконазол). Добре зарекомендував

себе вітчизняний препарат Еконазол. Володіють вираженим клінічним ефектом такі препарати як Мікосіст, Кліон-Д, Орунгал, Гіно-Певарил, Пімафуцин, Тержинан, Нізорал, Амфоглюкамін. Наявність у хворих стійкого, що погано піддається терапії кандидозу, являється ознакою зниження імунітету.

Хламідійний вульвовагініт. Збудником є *Chlamidia trachomatis*, для якої характерний внутрішньоклітинний цикл розвитку. Клінічні прояви незначні. Запальний процес супроводжується помірними або мізерними виділеннями. Для підтвердження діагнозу найбільш достовірним є застосування методики полімеразної ланцюгової реакції. Використовується також метод імунофлуоресценції, імуноферментний аналіз.

Лікування хворих комплексне і передбачає призначення антибіотиків, антимікробних препаратів, еубіотиків, вплив на імунну систему, відновлення нормальної мікрофлори. Для антибіотикотерапії використовуються такі препарати: доксицилін, еритроміцин, тетрацилін, сумамед, ерацин, метациклін, вібраміцин. З метою профілактики розвитку кандидоза при їхньому призначенні застосовується ністатин. З еубіотиків використовуються: біфідумбактерин, лактобактерин. У тих випадках, коли після антибактеріальної терапії тривалий час продовжуються виділення з піхви, рекомендується вакцинація Солко-Триховаком (3 ін'єкції з 2 тижневою перервою).

Вульвовагініт на ґрунті ентеробіозу. Захворювання розвивається внаслідок занесення кишкової флори (гострики) в піхву. Дитина скаржиться на сверблячку шкіри в ділянці зовнішніх статевих органів, промежини, безсоння, стає дратівливою. При обстеженні виявляють гіперемію і стовщення анальних складок. Діагноз підтверджується взяттям посівів з піхви і виявленням гостриків. Слід також узяти матеріал із періанальних складок, піднігтьових просторів.

Лікування хворих складається в обробці зовнішніх статевих органів антисептичним розчином, застосуванні свіч з антибіотиками, а також в використанні препаратів (комбантрин, пірантел) для терапії ентеробіозу. Необхідно

також проводити профілактичні заходи з метою попередження інвазії інших людей. Звернути увагу батьків на санітарно-гігієнічне виховання дівчинки.

Трихомонадний вульвовагініт. Збудником є піхвова трихомонада, що відноситься до найпростіших. Захворювання супроводжується рясними пінистими виділеннями жовтувато-зеленуватого кольору. Вони викликають подразнення шкіри зовнішніх статевих органів, стегон, сверблячку. Виявляють гіперемію і набряк вульви, слизової піхви, рясні пінисті виділення. Часто діагностують явища уретриту. При лабораторному дослідженні в нативному препараті виявляють трихомонади. Для лікування застосовують специфічні препарати - метронідазол (Флагіл, Трихопол), Кліон-Д, Тинідазол, Тиберал. Місцево призначається туалет дезинфікуючими розчинами.

Вульвовагініт унаслідок попадання стороннього тіла в піхву. Характерною ознакою є кров'янисто-гнійні виділення. Вони супроводжуються явищами мацерації шкіри, піодермією. Для уточнення діагнозу використовують ректоабдомінальне дослідження, вагіноскопію, при якій можна виявити наявність стороннього тіла. Лікування полягає у витягу стороннього тіла і промиванні піхви дезинфікуючим розчином.

Атопічний вульвовагініт. Виникає при наявності ексудативного діатезу, алергічних проявів. При обстеженні виявляють незначні білі, витончення слизової, «сухість», вогнищеву гіперемію вульви. Діагноз підтверджується виявленням спонтанної дегрануляції базофілів периферичної крові (більш 14%) і наявністю не менше двох «тучних» клітин у мазках із піхвових змивів.

Лікування повинно бути спрямоване на нормалізацію харчування, виключення із харчового раціону речовин, що викликають діатез. Застосування антигістамінних препаратів (тавегіл, діазолін). Місцеве лікування з призначенням ванночок, обробки зовнішніх статевих органів цинковою маззю, яка містить антигістамінні препарати і естрогени.

Бактеріальний вагіноз. Збудником є *Gardnerella vaginalis*. Для захворювання характерно різке збільшення числа гарднерел, анаеробів (до 10^9 - 10^{11}

КОЕ/мл) Патологічний процес супроводжується рідкими виділеннями сірого або молочного кольору зі специфічним запахом гнилої риби. Для підтвердження діагнозу використовують аміновий тест. З лікувальною метою широко використовується вагінальний крем «Далацин», вагінальні таблетки «Гержінан».

Простий генітальний герпес. Захворювання вірусної етіології. Основними скаргами є печіння і болі в ділянці зовнішніх статевих органів. Об'єктивно на слизовій вульви, піхви, шкірі статевих губів виявляють везикульозні, ерозивно-виразкові висипання, нерідко є гіперемія, набряки. При цьому процесі дівчаткам пубертатного віку призначають зовіракс (віролекс, ацикловір), алпізарин, протівогерпетичний або протівокоревий імуноглобулін, місцево мазь «Алпізарин», «Бонафтон», аскорбінову кислоту. У випадку стихання клінічних проявів проводять місцеве лікування мазями «Алпізарин», «Бонафтон», а також застосовують тавегіл, тазепам, елеутерокок, аутогемотерапію, вітамінотерапію.

6.2. Запальні захворювання придатків матки. Для дівчаток більш характерною є вторинна поразка придатків матки. Часто це буває результатом поширення запального процесу з органів черевної порожнини (після перенесеного апендициту, після дизентерії та ін.). З огляду на виражений взаємозв'язок між запальним процесом у червоподібному відростку й у придатках матки існує навіть термін «апендикулярно-генітальний синдром». Переходові процесу по складці очеревини між апендиксом і правими придатками сприяє наявність кровоносних і лімфатичних анастомозів, топографічне розташування (тазове), при якому апендикулярний відросток безпосередньо стикається з правою матковою трубою. Має місце недорозвинення сальника, тому не відбувається обмеження гострого запального процесу й інфекція поширюється по черевній порожнині.

Захворювання може виникнути унаслідок влучення інфекції з віддалених осередків інфекції (тонзиліт, паротит і ін.). У дівчат, що живуть статевим життям, можливий статевий шлях зараження венеричним захворюванням.

Запальний процес може протікати в гострій або хронічній формі. **При гострому сальпінгіті** хворі скаржаться на болі в нижніх відділах живота, порушення менструального циклу, білі. Болі виникають різко, швидко наростають, погіршується загальний стан, підвищується температура, частішає пульс, з'являються метеоризм, симптоми подразнення очеревини. При ректально-абдомінальному дослідженні визначається різка болючість, збільшення або «пастозність» придатків матки з однієї або з двох сторін. Зсув матки нерідко болючий. Аналізі крові свідчать про лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Останнім часом для постановки діагнозу, проведення відповідних лікувальних заходів усе ширше застосовується лапароскопія. Обов'язковим є бактеріологічний посів виділень з піхви і цервікального каналу на флору і чутливість до антибіотиків.

Лікування повинно складатися з таких заходів: а) створення постільного режиму; б) антибіотикотерапія; в) дезинтоксикаційна терапія; г) призначення анальгетиків; д) регуляція функції кишечника.

Хронічне запалення придатків матки. Хворі скаржаться на ниючі болі насподі живота, що продовжуються більше місяця, порушення менструальної функції. При ректально-абдомінальному дослідженні визначають болючість в ділянці придатків матки, виявляють тяжистість, спайки або тубооваріальні утворення.

Лапароскопія дозволяє виявити гіперемію, набряклість стінок маткової труби, наявність спайок, варикозні зміни вен мезосальпінкса і широкої зв'язки матки, наявність рідини в черевній порожнині.

Лікування хворих із хронічним запальним процесом повинно проводитися в таких напрямках: а) усунення джерела інфекції; б) вплив на захисні

механізми організму; в) терапія, спрямована на розсмоктування спайок; г) ліквідація супутніх запальних процесів.

Наявність специфічного запалювального процесу (гонорея, туберкульоз) сприяє розвитку характерної клінічної картини і потребує відповідного лікування хворих.

Гонорея. Збудником захворювання є *Neisseria gonorrhoeae*. Протікання гонореї у дівчаток має свої особливості, які визначаються анатомо-фізіологічним станом організму.

Прийнято розрізняти такі форми гонореї: свіжа (тривалість процесу до 2міс), хронічна (процес продовжується більше 2 міс або початок захворювання не відомий), латентна. Свіжа гонорея може бути гострою, підгострою, торпідною. До торпідної (малосимптомної) відносяться ті випадки, коли при мінімальних клінічних проявах у виділеннях виявляються гонококи. Хронічна форма гонореї характеризується своєрідною циклічністю, чергуванням періодів ремісії з гострими рецидивами хвороби, лихоманкою.

Гонококова інфекція може виявлятися в таких варіантах: гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту без ускладнень; гонорея нижніх відділів сечостатевого тракту з ускладненнями; гонорея верхніх відділів сечостатевого тракту й органів малого таза; гонорея інших органів.

Найчастіше уражаються присінок піхви і слизова піхви (до 100% випадків), уретра (85-90%), пряма кишка (50-60%).

Клінічні прояви гонореї дуже різноманітні. Вони залежать від реактивності організму, віку дівчинки, штаму збудника, локалізації патологічного процесу. При затяжному перебігу спостерігається порушення з боку нервової, серцево-судинної, ендокринної систем.

Гонорейний вестибуліт. Розвивається фолікулярний або ерозивний вестибуліт (з'являються ерозії, ранки). Якщо уражаються великі статеві губи, виникає вульвіт. З'являється набряк, гіперемія присінка піхви, рясні гнійні з зеленуватим кольором виділення. При їхньому висиханні на покровах зали-

шаються кірки. Вульвіт супроводжується дерматитом внутрішніх поверхонь стегон, промежини.

Вагініт. Характеризується рясними гнійними виділеннями з піхви. При вагіноскопії виявляють гіперемовану слизову оболонку. Характерний тривалий і завзятий перебіг.

Гонорейний уретрит. Проявляється у вигляді печії при сечовипусканні, частих позивів до нього, набряку, гіперемії губок уретри, гнійних виділень. Нерідко утворюються кондиломатозні розростання слизової оболонки уретри.

Ендоцервіцит, цервіцит. Виникає у віці старше 8 років, частіше внаслідок повторної поразки шийки матки. Вагіноскопія дозволяє виявити гіперемію в ділянці зовнішнього вічка, з якого витікають гнійні або слизисто-гнійні виділення.

Бартолініт. Зустрічається в більш старшому віці (після 12 років). Виявляється у формі поверхневого каналікуліту (стовщення вивідних протоків залоз, болючість, при надавлюванні з устя виділяється гній) або несправжнього абсцесу (у нижній третині великої статевої губи утворюється болюча пухлина, яка флюктує).

Сальпінгоофорит. Хворі скаржаться на болі в нижніх відділах живота. При обстеженні виявляють болючість у нижній частині живота. Визначається болючість при зсуві шийки матки, пальпації ділянки придатків. Температура перевищує 38° С. При пункції через заднє склепіння піхви або лапароскопії в черевній порожнині знаходять гнійну рідину. УЗД (а також бімануальне дослідження) дозволяє виявити запальний конгломерат або абсцес у малому тазу.

Остаточний діагноз гонореї встановлюється у випадках, якщо хоча б з одного осередку виділений збудник - гонокок. При хронічному, малосимптомному (торпідному) перебігу проводять провокацію.

Лікування хворих гонореєю включає антибактеріальну терапію, імуностимулюючу терапію, місцеве лікування, фізіотерапію. З антибіотиків основними є препарати групи пеніциліну. Використовуються також макроліди, аміноглікозиди, тетрациклін, левоміцетин, рифампіцин, сульфаніламідні препарати.

В даний час розроблені методики одноразового лікування хворих із неускладненою гонореєю нижніх відділів сечостатевого тракту. Для цієї мети застосовують цефтріаксон (250 мг в/м), ципрофлоксацин (500 мг per os), азитроміцин (1 г per os) та ін.

Місцеве лікування проводиться при вульвовагініті, уретриті, проктиті.

Туберкульоз. Туберкульоз жіночих статевих органів найчастіше буває вторинним. Характерний розвиток туберкульозної інфекції в період статевого дозрівання. Мікобактерії, що знаходяться в первинних осередках, під впливом провокуючих чинників можуть реактивуватися з виникненням вторинного туберкульозу. До несприятливих чинників відносяться: фізична, нервово-психічна перенапруга, недостатнє харчування, гострі респіраторні вірусні інфекції, цукровий діабет. Найбільш часта локалізація - слизова оболонка ампулярно-фібріального відділу маткових труб, оскільки тут є достаток анастомозів, великий мікроциркуляторний басейн, що сприяє зсіданню мікобактерій, реактивації латентної інфекції.

Відповідно до патогенетичної класифікації гематогенних форм позалегового туберкульозу прийнято виділяти чотири стадії патологічного процесу: I - початковий осередок в ураженому органі, II - початкове поширення патологічного процесу з первинного осередку (маткова труба) на інші органи статевої системи, III - виражене поширення туберкульозного процесу з поразкою матки, IV - субтотальна або тотальна поразка придатків матки і самої матки.

Захворювання починається непомітно. Йому властивий тривалий перебіг із більш-менш частими загостреннями. У клінічній картині превалюють

дві основні ознаки - больовий синдром і порушення менструального циклу на фоні прояви загальної інтоксикації. Больовий синдром є патогномонічним для туберкульозу жіночих статевих органів. Порушення менструального циклу виникає внаслідок того, що туберкульозні токсини спроможні уражати центри регуляції, нейтралізувати статеві гормони, призводити до атрезії незрілих фолікулів.

Об'єктивно знаходять позитивний симптом Брауде (м'язовий захист при пальпації живота над ураженими придатками). Нерідко має місце позитивна ознака Гегара (знаходження в прямокишково-матковому поглибленні «вузликів» різноманітного розміру).

Постановка діагнозу ґрунтується на даних анамнезу, клініко-рентгенологічних і лабораторних даних. Застосовуються такі методи обстеження: гістеросальпінгографія, цитологічний метод (дослідження аспірату з порожнини матки), гістологічний (зскріб із порожнини матки, видалені при лапаротомії тканини, біопсія), рентгенотелевізійний, бактеріологічний, провокаційна туберкулінова проба, лапароскопія, лікувально-діагностична лапаротомія.

На гістеросальпінгограмі виявляють зміни цервікального каналу, нерівність контурів порожнини матки, реторто подібні, ригідні, закриті в ампулярному відділі труби із наявністю в них кальцинатів і їхньою облітерацією.

Для лікування хворих на туберкульоз жіночих статевих органів застосовують різноманітні препарати: етамбутол, пірозинамід, похідні тіоаміда ізоніотинової кислоти (ізоніазид, протіонамід), антибіотики широкого спектра дії (рифампіцин, циклосерин).

6.3. Інші захворювання геніталій

Сенехії малих статевих губів. Відбувається зрощення малих статевих губів між собою, внаслідок чого закривається вхід у піхву, зовнішній отвір сечівника. Сечовипускання утруднене, виникає затримка сечі, що призводить до інфікування сечовидільної системи. Захворювання може розвиватися при

атопічному вульвовагініті, носінні грубої, тісної білизни, оскільки при цьому спостерігається інтенсивне злущування епітелію малих статевих губів.

Лікування полягає в ліквідації сенехій. Цьому повинна передувати місцева терапія: мазь із додаванням фолікуліна, крем «Овестин».

Дистрофія вульви (стара назва «лейкоплакія», «крауроз»). Розрізняють такі форми - гіперпластична і склеротичний лишай. Діти скаржаться на сверблячку. Дитина стає неспокійною. Об'єктивно виявляють білясті плями шкіри в ділянці зовнішніх статевих органів, тріщини, «змазаний» малюнок епітеліального покриву.

Лікування місцеве. При гіперпластичній дистрофії вульви призначають ванночки з відваром ромашки, кори дуба, обробляють маззю з додаванням естрогенів, кремом «Овестин», маззю «Gelestoderm». Якщо діагностовано склеротичний лишай, застосовують мазь із прогестероном.

Розділ 7. Травми статевих органів

Травми статевих органів виникають у результаті насильницького порушення їхньої цілісності. Цьому сприяють анатомо-фізіологічні особливості побудови статевих органів у дітей: а) недостатня виразність підшкірної жирової клітковини; б) пухке з'єднання покривного епітелію з підлягаючими тканинами; в) тонкий епідермальний шар. Мають значення психологічні особливості дітей: допитливість, рухливість, імпульсивність, недосконалість координації, відсутність побутових навичок, схильність до пустощів. До травм призводить також відсутність належного нагляду з боку дорослих.

Найбільше часто травмуються тканини в ділянці статевих губів, промежини, клітора, рідше - дівоча пліва, стінки піхви. Внутрішні статеві органи травмуються дуже рідко. У залежності від сили чинника, що травмує, виникають забиті місця, синці, садна, рани. Ці ушкодження можуть поєднуватися.

Травми статевих органів можуть виявлятися такими симптомами: наявністю зовнішньої або внутрішньої кровотечі, болями в ділянці травми.

Відкриті травми мають вид лінійних ран без вираженої кровотечі. Рясна кровотеча виникає в тих випадках, коли травма відбулася в ділянці клітора. Травматичні ушкодження можуть ускладнюватися розвитком анемії, шоку, розладом сечовипускання, гематурією, інфікуванням рани. При наявності травми в ділянці зовнішніх статевих органів утворюються гематоми (обмежене скупчення крові і лімфи в тканинах), які можуть досягати великих розмірів і деформувати зовнішні статеві органи.

Постановка діагнозу ґрунтується на даних опитування дівчинки і дорослих, а також на результатах обстеження (огляд, вагіноскопія, зондування). Іноді удаються до додаткових методів дослідження (ректороманоскопія, цистоскопія, рентгенографія).

Лікарська допомога при травмах полягає в первинній хірургічній обробці. Якщо рана не велика і немає необхідності накладати шви ушкоджені

тканини обробляють дезинфікуючим розчином, аерозолями з антибактеріальними і гемостатичними речовинами. У випадках, коли рана не забруднена і з часу ушкодження пройшло не більше 12-24 години, накладають первинні шви. Якщо виникла інфекція (гіперемія тканин, набряки, флюктуація, болі, підвищена температура, частішання пульсу) і якщо з моменту травмування пройшло більш 24 годин, видаляють некротизовані тканини, створюють відтік, призначають антибактеріальну терапію.

Якщо діагностується невеличка гематома, накладають давлячу пов'язку, застосовують холод. Великі гематоми підлягають скресанню, знаходженню судини, що кровоточить, і її перев'язці.

При травмах, що наступили внаслідок статевих злочинів, необхідно надати лікарську допомогу у повному обсязі і взяти мазки на наявність гонококів і сперматозоїдів, провести дослідження на сифіліс, ВІЛ-інфекцію; призначити превентивне лікування; характер ушкодження докладно описати в історії хвороби. Про те, що трапилося, необхідно повідомити слідчі органи.

До статевих злочинів над неповнолітніми крім інцеста і згвалтування (включаючи орально-генітальну й анально-генітальну форми) відносять розпусні дії (заняття мастурбацією або оголення статевих органів при дитині, доторк руками або статевим членом до геніталій дитини, показ порнографічних сюжетів і схиляння до проституції). Часто дані лікарського обстеження не можуть точно підтвердити або спростувати факт злочину, оскільки злочинець міг використовувати залякування, підкуп, примус або інші засоби. Статистичні дані з цього питання не дуже точні, оскільки діти, що зазнали сексуального насильства, рідко повідомляють про нього дорослим. Необхідно пам'ятати, що в дітей, що підлягли сексуальному насильству, можуть бути складні психологічні проблеми. Чинниками, що привертають увагу, є неповна сім'я (батьки розведені або живуть роздільно), спадкові психічні захворювання в сімейному анамнезі, неблагополучний клімат у сім'ї (батьки вживають алкоголь, сваряться), відсутність житла або проживання в перенаселених

районах, довга відсутність батьків (наприклад повернення зі школи в порожній будинок).

Розділ 8. Пухлини статевих органів

Пухлина – це патологічний процес, що характеризується порушенням нормального росту і розмноження клітин та тканин, при якому порушується регуляція функцій організму. В їх розвитку виділяють декілька стадій: 1) нерівномірна дифузна гіперплазія тканин; 2) стадія вогнищевих розростань проліфератів, утворення відокремленого від навколишніх тканин вузла пухлини; 3) інфільтрація та руйнування навколишніх тканин – малігінзація. Остання стадія виникає не завжди.

Діагностика і лікування пухлин статевих органів у дітей ставить цілий ряд важких медичних та психологічних проблем. Дитяча онкогінекологія виділилась в самостійну спеціальність. Оптимальним являється, якщо первинне виявлення пухлин здійснюється гінекологами (особливо дитячими гінекологами), а поглиблену діагностику і лікування поєднано проводять онкогінекологи та онкопедіатри, які при необхідності консультується з хіміотерапевтами та радіологами.

По відношенню до всіх онкологічних захворювань у дітей злоякісні пухлини жіночих статевих органів складають біля 5%. Пухлини статевих органів у дівчаток виникають рідше ніж у дорослих, проте захворювання у них протікає важче і питома вага летальних випадків вище. Якщо в структурі злоякісних пухлини жіночих статевих органів у дорослих на першому місці знаходиться рак шийки матки. Потім ідуть рак ендометрію і рак яєчників, а пухлини піхви і вульви займають не більше 5%, та у дітей на першому місці злоякісні пухлини яєчників, далі – піхви і вульви.

Злоякісні пухлини шийки і тіла матки складають у дорослих більше $\frac{3}{4}$ онкогінекологічної захворюваності, у дітей практично не зустрічаються.

Злоякісні пухлини дистальних відділів статевої системи проявляються на протязі перших років життя, що свідчить про роль порушень ембріонального розвитку. Злоякісні пухлини яєчників частіше виникають у віці 10-14

років, тобто в період, коли формуються основні взаємозв'язки в системі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники-яєчники. Порушення ендокринної регуляції центральної або периферичної ланки можуть стати причиною їх виникнення. Виняток складають тератобластоми, які обумовлені порушенням ембріонального розвитку.

У дорослих в структурі злоякісних новоутворень більше 90% припадає на пухлини епітеліального гістогенезу (рак) і менш 10% - не епітеліальні пухлини. У дітей спостерігається зворотне співвідношення: більше 90% припадає на гемобластози, злоякісні лімфоми і саркоми і менш 10% - на ракові пухлини.

Для злоякісних пухлин характерні агресивний клінічний перебіг та раннє численне метастазування. Це пояснюється тим, що в нормі ріст клітин у дітей проходить значно швидше. Крім цього має місце недосконалість розвитку системи клітинного імунітету, особливо Т-лімфоцитів, "кілери".

8.1. Пухлини вульви і піхви. Серед пухлин зовнішніх статевих органів зустрічаються доброякісні (гемангіоми, атероми, лімфангіоми, ліпоми, кісти, фіброма) і злоякісні (меланома, карцинома). Їх діагностика, а також пухлини шийки матки, полегшується в тих випадках, коли батьки своєчасно помічають кров'яністі виділення і звертаються до лікаря. В стаціонарі таким хворим проводять ректальне дослідження для уточнення діагнозу і ступеню розповсюдження пухлини. Одночасно з цим здійснюють вагіноскопію, взяття мазків, біопсію, ректоскопію, цистоскопію. При показаннях проводять внутрішньовенну урографію і радіоізотопне дослідження нирок.

Вибір методу лікування і об'єм операції у дітей особливо важливий, тому у всіх випадках необхідно намагатися до уточнення гістологічної структури пухлини. У хворих з пухлинами піхви, вульви це вдається зробити до операції.

Гемангіома (судинна доброякісна пухлина). Супроводжується функціональними і косметичними порушеннями. **Лімфангіома** не має закономірності росту, має кістозний характер, розпливчасті межі. Лікування оперативне.

Розвитку злоякісних новоутворень часто передують конділоми, що виникають внаслідок поразки клітини папіломавірусом. Деякі серотипи вірусу папіломи людини (особливо 16 і 18) сприяють неоплазії епітелію, а надалі - канцерогенезу. Лікування хворих із конділомами полягає в деструкції розростань шляхом кріовпливу, діатермокоагуляції, лазеровапоризації, використання некротизуючих розчинів рослинного або хімічного походження (резорцин, 30% спиртовий розчин подофіліну, кондилін, солкодерм).

Пігментні невуси в дітей можуть бути доброякісними, а в періоді статевого дозрівання перероджуватися в злоякісні. Лікування в таких випадках повинно бути радикальним.

Пухлини піхви. Кіста піхви виникає при неповному регресі гартнерового ходу, що локалізується в паравагінальній клітковині по бічній стінці піхви. Являє собою ретенційне утворення. Об'єктивно визначається безболісна тугоеластична округла пухлина з чіткими контурами, що розташовується по бічній стінці піхви. Лікування оперативне - видалення кісти.

Фіброма піхви зустрічається дуже рідко і потребує оперативного видалення.

Рак піхви. Первинні пухлини у дітей перших 5 років життя представлені ботріюідним ембріональними ембріональними рабдоміосаркомами, в 14-15 років – світлоклітинними аденокарциномами. На стінці піхви (частіше задньої) виявляють кратероподібну виразку або дифузні розростання, що поширюються на всю піхву. Протікає злоякісно з метастазами в матку і у внутрішні органи. З метою діагностики застосовується вагіноскопія з кольпоцитологічним і гістологічним дослідженням тканин, узятих з осередку поразки. З лікувальною метою використовується рентгено- і телегаматерапія в сполученні з введенням у піхву радіоактивних препаратів, а також хіміотерапія.

Саркома піхви. Займає друге місце в структурі злоякісних пухлин геніталій. Зовнішнім виглядом нагадує виноградне гроно, що, збільшуючись у розмірах, розсовує вхід у піхву і може навіть виходити назовні. Метастазування відбувається в регіонарні лімфатичні вузли, у легені, хребет.

При гістологічному дослідженні пухлина складається із набряклої або міксоїдної тканини, в якій можна спостерігати веретеноподібні клітини ембріонального типу, що не відрізняються від рабдоміобластів. Тому нерідко саркоми піхви та вульви відзначаються як ембріональна рабдоміосаркома.

Лікування хірургічне, радикальне -, екстирпація матки з видаленням більшої частини піхви, лімфатичних вузлів і хіміотерапія.

8.2. Пухлини шийки матки, матки.

Рак шийки матки. Розвитку злоякісного процесу передують фонові захворювання (псевдоерозії, лейкоплакії, цервіцити). На їхньому фоні може розвинути дисплазія і рак шийки матки.

Принципи лікування хворих із фоновими захворюваннями шийки матки полягають у такому: терапія псевдоерозії шийки матки проводиться одночасно з терапією захворювань, що сприяють її виникненню; при запальній етіології псевдоерозії уточнюється характер збудника і проводиться відповідний курс лікування; нормалізація гормонального статусу і забезпечення адекватної імунологічної реактивності; при необхідності застосування місцевого лікування - діатермокоагуляція, кріообробка, лазерна деструкція; при наявності дисплазії використовують більш радикальне лікування.

В етіопатогенезі плоскоклітинного раку шийки матки значне місце належить вірусній інфекції (особливо вірусу папіломи людини). Типовою гістологічною структурою являється мезонефрогенна світлоклітинна аденокарциномаю. Постановка діагнозу ґрунтується на наявності глікогену при відсутності слизу в цитоплазмі клітин пухлини, слиз в просвітах залозистих трубок, подібність світлих клітин, що постійно зустрічаються з гіпернефромою.

Джерелом розвитку мезонефроми являються залишки мезонефрального протоку, які персистують.

Серед клінічних проявів можна відзначити: а) наявність білей, що незабаром набувають кров'янистого характеру, спочатку без запаху, а потім із гнильним запахом; б) у випадку прогресування процесу з піхви з'являються кров'янисті виділення; в) при наявності процесу, що далеко зайшов, з'являються болі.

При I, II стадіях захворювання проводиться розширена екстирпація матки і рентгенотерапія, при III, IV стадіях - променева терапія.

Пухлини матки. Доброякісні пухлини матки (фіброміома) У дитячому віці спостерігаються дуже рідко. Вони можуть поєднуватись з порушеннями менструальної функції (гіперполіменорея, альгодисменорея). Для лікування хворих використовуються гормональні препарати з гестагенною дією.

Злоякісні пухлини матки. Саркома матки зустрічається дуже рідко. Основна скарга - наявність кров'янистих виділень із статевих шляхів у дитини раннього віку. Для уточнення діагнозу варто зробити цитологічне дослідження, аспіраційну біопсію ендометрію, при необхідності - роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки каналу шийки матки і ендометрію. Лікування дітей при саркомі матки по можливості радикальне, хірургічне, з застосуванням хіміотерапії.

8.3. Пухлини яєчників. Частіше виникають у період статевого дозрівання, коли в організмі відбуваються найбільш виражені гормональні зсуви і посилюються процеси проліферації. У дітей переважають неепітеліальні форми. Серед них частіше діагностують герміногенні пухлини (дисгермінома, тератобластома). Далше ідуть пухлини статевого тяжа (гранульозоклітинні, андробластоми). Вони відносяться до гормонально-активних.. Крім того, діагностуються ретенційні кісти, пухлиноподібні утворення.

Наявність пухлини яєчника може не викликати ніяких скарг. Іноді турбують болі насподі живота (при порушенні кровообігу в яєчнику, при швид-

кому рості в міжзв'язковий простір, при здавлюванні сусідніх органів). Для діагностики крім гінекологічного огляду використовують УЗД, яке необхідно робити в динаміці, протягом 2-3 місяців. Такий підхід дозволяє уникнути необгрунтованого хірургічного лікування при наявності ретенційних кіст. При підозрі на злоякісний процес використовують комп'ютерну магнітно-резонансну томографію, рентгенологічне дослідження сусідніх органів, визначення α -фетопротеїну (визначається при наявності хоріокарциноми, змішаних герміногенних пухлинах, раку яєчника), хоріонічного гонадотропіну (рівень збільшений при дисгерміномі, хоріокарциномі).

Класифікація злоякісних пухлин яєчника запропонована раковим комітетом FIGO. Вона ґрунтується на даних клінічного обстеження та операції:

Стадія I – пухлина обмежена яєчниками.

Стадія Ia – пухлина обмежена одним яєчником, асцит не має.

(i) капсула інтактна

(ii) є проростання капсули і/або її розрив.

Стадія Ib – пухлина обмежена обома яєчниками

(i) капсула інтактна

(ii) є проростання капсули і/або її розрив.

Стадія Ic – пухлина обмежена одним або обома яєчниками, але при наявності явного асциту, або виявляються ракові клітини в змивах.

Стадія II – пухлина вражає один або обидва яєчники з розповсюдженням на область таза.

Стадія IIa – розповсюдження і/або метастазування поверхні матки і/або труб.

Стадія IIb – розповсюдження на інші тканини таза, включаючи очеревину і матку.

Стадія IIc – розповсюдження як при IIa або IIb, але є очевидний асцит* або виявляються ракові клітини в змивах.

Стадія III – розповсюдження на один або обидва яєчника з метастазами по очеревині за межами таза і/або метастази в позаочеревинних лімфатичних вузлах.

Стадія IV - розповсюдження на один або обидва яєчника з віддаленими метастазами; при наявності випота в порожнину плеври повинні бути позитивні цитологічні знахідки, для того щоби віднести випадок до стадії IV. Метастази в паренхіму печінки відповідно стадії IV.

Примітка

*- Асцит – перитонеальний випот, який на думку хірурга, патологічний і/або явно перебільшує нормальну кількість.

Крім класифікації по стадіям FIGO, необхідно використовувати міжнародну класифікацію по системі TNM.

T – первинна пухлина

To – первинна пухлина не визначається

To – пухлина обмежена яєчниками

T1a – пухлина обмежена одним яєчником, асцита немає.

T1a1 – на поверхні яєчників пухлини немає, капсула не уражена.

T1a2 – пухлина на поверхні яєчника і/або порушення цілості капсули.

T1b – пухлина обмежена двома яєчниками, асцита немає.

T1b1 – на поверхні яєчника пухлини немає, капсула не уражена.

T1b2 – пухлина на поверхні одного або обох яєчників і/або уражена капсула.

T1c – пухлина обмежена одним або обома яєчниками, в асцитичній рідині або змішаній з черевної порожнини є злоякісні клітини.

T2 – пухлина уражає один або обидва яєчника з розповсюдженням на таз.

T2a – пухлина з розповсюдженням і/або метастазами в матку і/або одну або обидві труби, але без утягнення вісцеральної очеревини і без асцита.

T2в – пухлина розповсюджена на інші тканини таза і/або уражає вісцеральну очеревину, але без асцита.

T2с – пухлина розповсюджена на матку і/або одну або обидві труби, і/або на інші тканини таза. В асцитичній рідині або змиві з черевної порожнини містяться злоякісні клітини.

T3 – пухлина уражає один або обидва яєчника, розповсюджується на тонку кишку або сальник, обмежена малим тазом, або є внутрішньочеревинні метастази за межами малого таза або в лімфатичних вузлах заочеревинного простору.

N – регіонарні лімфатичні вузли

No – немає ознак ураження регіонарних лімфатичних вузлів

Ni – є ураження регіонарних лімфатичних вузлів

Nx – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

M – віддалені метастази

Mo – немає ознак віддалених метастазів

Mi – є віддалені метастази

Mx – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

p. T N M

pT, pN, pM – відповідають категоріям T, N, M

G – гістологічна градація

G₁ – погранична злоякісність

G₂ – явна злоякісність

G₃ – ступінь злоякісності не може бути встановлена

Неепітеліальні (герміногенні) пухлини. Розвиваються з первинних зародкових елементів, спроможних до диференціації. На підставі гістологічної картини класифікується 6 різновидів герміногенних пухлин: 1) дисгермінома; 2) пухлина ендодермального синуса; 3) ембріональна карцинома; 4) поліембріома; 5) хоріокарцинома; 6) тератома (зріла або незріла).

Дисгермінома (семінома). Являє собою велику, солідну пухлину, що росте швидко. Досить часто є порушення менструального циклу. Гормональна активність не властива. Клітини чутливі до променевого впливу. Лікування хворих хірургічне в сполученні з променевою або хіміотерапією. Обсяг оперативного утручання визначається стадією патологічного процесу і відсутністю інших елементів герміногенних пухлин.

Тератоми. Зріла тератома може бути кістозною (дермоїдна кіста) і солідною. Дермоїдна кіста звичайно однокамерна, складається з елементів зародкових листків (волосся, зуби, жир, хрящі й ін.). Росте повільно, може ускладнюватися перекрутом своєї ніжки. Лікування хворих хірургічне - видалення пухлини зі зберіганням тканини яєчника. Незріла тератома (тератобластома) - злоякісна, низькодиференційована пухлина. Характеризується швидким ростом, проростом капсули, метастазуванням у заочеревні лімфовузли, печінку, легені, головний мозок. Лікування хворих оперативне в обсязі екстирпації матки з видаленням придатків. У післяопераційному періоді призначають хіміотерапію.

Пухлина ендодермального синуса, ембріональна карцинома, хоріокарцинома, поліембріома розвиваються рідко. Відносяться до злоякісних пухлин з агресивним перебігом і раннім метастазуванням. Лікування хворих хірургічне і хіміотерапія.

Пухлини стромы статевого тяжа (стромальноклітинні). Являють собою гормональноактивні пухлини. У дітей спостерігаються симптоми передчасного статевого дозрівання. На підставі гістотипів класифікують три морфологічних варіанти: 1) гранульозостромально-клітинні (гранульозоклітинні; група теком і фібром, текома, фіброма; 2) андробластоми (високкодиференційовані; проміжної диференціації, низькодиференційовані – саркоматозні, андробластоми з гетерологічними елементами); 3) гіандробластоми.

Гранульозоклітинна пухлина (фолікулома). Являє собою пухлину солідної будови, яка фемінізує, вражаючи один яєчник, і виробляє естрогени. У

дівчаток допубертатного віку з'являються ознаки статевого дозрівання. Перебіг процесу найчастіше доброякісний. Лікування хворих хірургічне, з хіміотерапією.

Текоми, фіброми. Доброякісні, солідні пухлини, що уражають один яєчник. Текома продукує естрогени, що сприяє фемінізації (у дівчаток допубертатного віку з'являються ознаки передчасного статевого дозрівання). Фіброміома в дітей більш старшого віку супроводжується анемією, асцитом. Лікування хворих оперативне.

Андробластома (аренобластома). Розвивається з клітин Сертолі і Лейдіга і виробляє чоловічі статеві гормони, у зв'язку з чим з'являються симптоми вірилізації і настає аменорея. Процес звичайно локалізується в однім яєчнику і не виходить за межі його капсули. Клінічний перебіг і прогноз залежать від ступеня диференціювання. Низькодиференційовані андробластоми (саркоматоїдні) характеризуються рецидивами і метастазуванням. Лікування хворих також залежить від ступеня диференціювання. При високодиференційованих пухлинах можна обмежитися односторонньою оваріектомією, при низькодиференційованих показане радикальне лікування в сполученні з хіміотерапією.

Гінандробластома. Зустрічається рідко і являє собою пухлину змішаного типу (продукує естрогени й андрогени). У залежності від того, які гормони превалюють, клінічна картина може визначатися ознаками фемінізації, гіперплазією ендометрію, матковими кровотечами або ознаками маскулінізації з гірсутизмом, збільшенням клітора. Лікування в таких випадках оперативне з одностороннім видаленням уражених придатків.

Епітеліальні пухлини яєчників. Виникають із поверхневого епітелію яєчників частіше в дівчаток пубертатного віку. До доброякісних епітеліальних пухлин відносяться цистаденоми (серозні або муцинозні кістоми) яєчника. Пухлина характеризується повільним ростом і може досягати великих розмірів (особливо муцинозні кістоми). При цьому виникають скарги на збіль-

шення розмірів живота, частішання сечовипускання, запори (внаслідок тиску пухлини на суміжні органи). Об'єктивно визначають наявність рухливої пухлини округлої форми, із гладкою поверхнею, тугоеластичної консистенції. Лікування хворих оперативне. Видаляють кістому зі зберіганням тканини яєчника.

Злоякісні епітеліальні пухлини яєчників - аденокарцинома. Характеризується швидкою дисемінацією пухлинного процесу у вигляді імплантаційних метастазів по очеревині, розвитком асцити, гідротораксу. Хворі скаржаться на ниючі болі насподі живота, тривалі кров'янисті виділення, збільшення живота (при процесі, що далеко зайшов). Об'єктивно визначається безболісне, горбисте утворення щільної консистенції. Перкуторно можна виявити асцит. З метою діагностики роблять УЗД, рентгенографію кишечника, рентгеноскопію шлунка, екскреторну урографію, визначають рівень α -фетопротеїну. Лікування хворих оперативне (обсяг операції залежить від стадії захворювання, яка класифікується по системі TNM і стадіям FIGO).

Пухлиновидні утворення яєчників. Являють собою ретенційні кісти.

Параоваріальна кіста. Розвивається з параоофорона, що локалізується між листками широкої зв'язки. Кіста малорухома, тонкостінна, має ніжку, уміст - серозна рідина. Яєчник при цьому не змінений. Лікування хірургічне - видалення кісти.

Фолікулярна кіста яєчника. Розвивається внаслідок накопичення рідини в атрезуючому фолікулі. Виникає в основному в підлітковому віці. Кіста може виробляти естрогени, що сприяє передчасному статевому розвитку, ювенільним матковим кровотечам. Вона невеликих розмірів і може спонтанно регресувати У зв'язку з цим рекомендується консервативна тактика ведення (клініко-ехографічне спостереження). Лапароскопічне оперативне лікування показане в тих випадках, якщо не відбувається зменшення розмірів кісти протягом 3 місяців, а ознаки надлишкової естрогенізації посилюються.

Кіста жовтого тіла. Являє собою серозно-геморагічне товстостінне утворення. У дівчаток пубертатного віку розвивається аменорея або ациклічні кровотечі. Частіше усього кісти жовтого тіла піддаються зворотньому роз-

витку, тому необхідно клініко-ехографічне спостереження протягом 2-3 місяців. Оперативне лікування проводиться при великих розмірах кісти або її перекруті.

Ендометриоїдна кіста. Розвивається в результаті ендометриоїдної гетеротопії в яєчник. Клінічні ознаки виявляються болями в ділянці малого таза, дисменореєю. Лікування оперативне - видалення кісти.

Різноманітні онкогінекологічні захворювання у дітей протікають неоднаково. Так дизонтогенетичні пухлини нижніх відділів статевих органів відрізняються швидкою лімфогенною дисемінацією. Серед пухлин яєчників найбільш агресивно протікають тератобластоми та андробластоми. Для дисгерміноми характерні лімфогенні метастази. Вони високочутливі до опромінення та хіміотерапії. Відносно сприятливий перебіг при гранульозоклітинних пухлинах.

У зв'язку з можливістю раннього метастазування особлива увага повинна приділятися своєчасній діагностиці. Навіть ускладнення перебігу пухлини яєчників (перекрут ніжки, порушення кровопостачання, больовий синдром) можна помилково трактувати як симптоми апендициту. Пухлини яєчників необхідно диференціювати з пухлиною Вільмса, нейробластомою заочеревинного простору, збільшеною селезінкою, кістою брижейки кишки, гематокольпосом при зарощенні дівочої пліви. При цьому необхідно враховувати, що яєчники у дітей в нормі розташовуються не в малому тазу, а в черевній порожнині, що зумовлює топографію новоутворень.

Якщо спостерігаються клінічні ознаки інтерсексуальності і підозрюють пухлину яєчника, необхідно провести цитогенетичне дослідження хромосомного набору та статевого хроматину для встановлення статі. Необхідно враховувати можливість ектопічного розміщення яєчок у осіб, які генетично відносяться до чоловічої статі (46XY), але мають фенотипічні жіночі ознаки.

В клініці спостерігаються при таких ситуаціях: тестикулярна фемінізація; ензимний дефект біосинтезу тестостерону; повна дисгенезія статевих залоз.

Для злоякісних пухлин яєчників у дітей у порівнянні з дорослими характерні більш виражені ознаки кахексії та асцита, симптоми здавлення кишечника та діафрагми, внаслідок обмеженого простору черевної порожнини,

швидкий ріст та метастазування, менше виражений імунологічний опір організму.

Основні принципи лікування дітей зі злоякісними пухлинами статевих органів такі: 1) радикальне видалення пухлини для попередження рецидивів та метастазів; 2) намагання, де це можливо, до органозберігаючих операцій або бережливих операцій без шкоди для радикальності; 3) поєднання хірургічного втручання з хіміотерапією з метою дії на визначені та субклінічні метастази.

Складність вибору індивідуального методу лікування у дітей полягає в тому, що від об'єму операції та характеру хіміотерапевтичного лікування залежить не тільки менструальна, дітородна функції, але і розвиток організму в цілому. Необхідно обережно підходити до визначення показань до променевої діагностики. Загальне правило полягає в тому, що вона може використовуватись лише з лікувальною метою. Профілактична променева терапія після радикальних операцій не показана. Хіміотерапія може забезпечити прогрес у лікуванні, але в кожному конкретному клінічному спостереженні необхідна гістологічна верифікація діагнозу та впевненість в чутливості цієї пухлини до препаратів, що використовуються.

При I стадії злоякісних пухлин яєчників доцільно залишати матку і незмінні придатки у дітей з дисгерміноюю і гранульозоклітинними пухлинами, в той час як при тератобластомі та серозній цистаденокарциномі показані радикальні операції. При II-III стадії (незалежно від гістологічної структури) виконують радикальні операції в поєднанні з поліхіміотерапією. У всіх хворих з пухлинами яєчників під час операції виконується термінове гістологічне дослідження.

Особливе значення надається ретельній ревізії органів черевної порожнини, цитологічному дослідженню мазків-відбитків та змивів, а при необхідності – біопсія із макроскопічно незміненого яєчника, який залишається. Після операції проводять курси хіміотерапії на протязі 1,5 років, тобто в терміни, коли найбільш вірогідні прояви рецидивів та метастазів. При дисгерміномі та інших пухлинах найбільш доцільне використання поліхіміотерапії (вінкрістін, актиноміцин D, циклофосфан, метотрексат та інші.).

Пацієнтки, які перенесли операції на яєчниках, входять до групи ризику у зв'язку з можливістю розвитку функціональних порушень з боку стате-

вої системи (менструальної, дітородної, сексуальної), виникненню розладів центральної та вегетативної нервової систем, рецидиву пухлини, обмінних порушень. Встановлена пряма залежність між об'ємом видаленої тканини яєчника та ступенем порушень фізичного, статевого розвитку. Це проявляється недостатнім розвитком молочних залоз, відставанням розмірів таза і випередженням росту, відставанням статевого оволошіння, порушенням менструальної функції.

Пацієнтки повинні відвідувати дитячого гінеколога один раз у квартал. При кожному відвідуванні лікар повинен провести загальний огляд, внутрішнє дослідження, УЗД, гормональну кольпоцитологію та ін. При необхідності показана консультація ендокринолога, призначення лікування.

При підтвердженому діагнозі злоякісної пухлини, незалежно від стадії захворювання та проведеної терапії, хворі повинні знаходитись під диспансерним наглядом 5 років. Крім загального огляду, внутрішнього дослідження їм проводять ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та заочеревинного простору, рентгенографію органів грудної клітки, вивчають кількість альфафетопротеїну, хоріонічного гонадотропіну. На протязі першого року після операції обстеження виконують кожні 6 тижнів, на другому році – кожні 3 місяці, на третьому – кожні 6 місяців, на четвертому – п'ятому – раз на рік.

Розділ 9 Захворювання молочних залоз

Роль дитячих гінекологів зростає в зв'язку зі збільшенням захворювання молочних залоз. В процесі розвитку і фізіологічного функціонування молочних залоз найбільш важливе значення мають гормони яєчників - естрогени і прогестерон. В зв'язку з цим оцінка ступеня їх розвитку займає значне місце в характеристиці ендокринного стану організму. Патологічні процеси в молочній залозі характеризуються численними клінічними ознаками. В практичній діяльності дитячого гінеколога важливо виявити патологічні зміни, що дозволить своєчасно здійснити консультацію хірурга, мамолога, уточнити діагноз.

Складовими частинами молочної залози є жирова тканина, фіброзні перегородки (септи), glandулярні структури. Останні складаються з 12-20 триангулярних часток з центральною протокою, збираючими протоками і секреторних клітин, що містяться в альвеолах. Кожна з цих часток має вивідну протоку, що відкривається на соску. В кожній з тканин можуть виникати патологічні процеси. Фіброкістозні зміни і фіброаденома можуть розвиватися із сполучної тканини. Жирова тканина може некротизуватися при травматичних пошкодженнях. Бувають випадки утворення ліпом. Можливі розширення системи проток (ектазія проток, галактоцеле), виникнення папілярної неоплазми або наявність малігнізації. Запальний процес (мастит) виникає у матері під час годування груддю.

Молочні залози проходять цілий ряд послідовних стадій розвитку:

1. Дитяча форма характеризується вельми незначним підвищенням соска над ареолою, яка має дуже малий поперечний розмір і рожеве забарвлення.
2. У 10-12 років сосок має форму пуп'янка квітки, а дещо припіднята ареола, яка нагадує форму ковпачка, злегка підвищується над соском. Незважаючи на деяку пігментацію соска і ареоли, вони, як і раніше, мають

рожевий відтінок. У цьому віці іноді спостерігається болюче набухання і мінуюче почервоніння в ділянці ареоли і соска.

3. В період статевого дозрівання відбувається подальше формування молочної залози за рахунок місцевого відкладання жиру і відмічається значне підвищення ареоли над рівнем грудної клітки: ареола нагадує собою немов би ковпачок на крутому горбику грудей; пігментація соска і ареоли значно посилюються.
4. У жінок репродуктивного віку молочна залоза приймає цілком сформований вигляд: сосок помітно підвищується над залозою, при цьому ареола залишається плоскою. В жировій тканині прощупуються численні залозисті дольки. Сосок і ареола набувають темного, коричневого кольору, іноді виразно просвічуються у вигляді сітки розширені підшкірні вени.

Проліферативні зміни тканини молочної залози, які виникають під впливом порушень нейрогуморальної регуляції, проявляються на індивідуальному преморбідному фоні, який характеризується відповідним поєднанням етіологічних ознак. До них відносяться: а) супутні або перенесені захворювання статевих органів; б) несприятливі фактори репродуктивного характеру; в) дисфункція печінки; г) порушення тиреоїдної активності; д) складні і тривалі психотравмуючі ситуації; е) генетична схильність.

Для постановки діагнозу необхідно дотримуватись відповідної послідовності проведення комплексного обстеження. Тільки після отримання необхідних даних анамнезу і їх оцінки переходять до загального огляду, а після цього до огляду і пальпації молочних залоз.

Анамнез включає наступні розділи: анамнез захворювання, перенесені та супутні захворювання, гінекологічний та репродуктивний анамнез, соціально-побутова характеристика, риси характеру та темпераменту, ознаки неврастенії, захворювання по лінії батьків.

Загальний огляд дозволяє по деяких ознаках зовнішності отримати попередню уяву про особливості ендокринного і метаболічного стану хворої.

Зовнішні ознаки фізичного стану розглядаються як фактори, що причинно зв'язані з генетичними особливостями, особливостями розвитку і умовами життя. При зовнішньому огляді звертають увагу на конституцію і будову скелета. Окремо виконують огляд та пальпацію щитовидної залози. Після цього оглядають шкірні покриви і визначають характер оволосяння. Проводять гінекологічне дослідження.

По типологічних ознаках (ріст, маса тіла, будова скелета) визначають конституцію хворої: нормостенічна, астенична, гіперстенічна.

При огляді та пальпації щитовидної залози звертають увагу на можливе дифузне збільшення і наявність ущільнених ділянок вузловатого характеру, яке може спостерігатись не тільки при гіпертиреозі, але й при гіпотиреозі.

Для діагностики патологічних процесів проводять огляд і пальпацію молочних залоз. Необхідно звернути увагу на розмір і форму залоз, форму і забарвлення сосків і ареол на розмір, кількість та щільність залозних дольок. Спочатку огляд і пальпацію хворої виконують в положенні стоячи, а після цього лежачи на спині. Для проведення огляду і пальпації в положенні стоячи хвора повинна покласти руки на голову, розслабитись і трохи нахилитись вперед. При огляді визначають конфігурацію молочних залоз, згладженість контурів, наявність деформації, колір навколососкової ареоли, соска. Різко виражена пігментація навколососкової ареоли, в поєднанні з іншими зовнішніми ознаками, свідчить про естрогенну насиченість, а блідно-рожевий колір ареоли – про недостатню естрогенну насиченість.

При пальпації визначають форму, локалізацію, розмір, межі пухлини, її консистенцію та взаємовідношення з навколишніми тканинами. Пальпацію виконують легким доторканням пальців в двох положеннях: горизонтальному та вертикальному. При легкому здавленні шкірних покривів від периферії до центру виявляють невеликі потовщення і втягнення шкіри над пухлиною, ущільнення ("симптом площадки"). При відведеній і піднятій до горизонтального рівня руці установлюють фіксацію пухлини до великого грудного

м'яза. Стан підключичних і аксиллярних лімфатичних вузлів визначають при глибокій пальпації (хвора повинна стояти напроти лікаря і покласти кисть руки йому на плече). Пальпацію надключичних вузлів бажано проводити стоячи позад хворої, починаючи від місця прикріплення ключично-соскового м'яза до ключиці в напрямку назовні, назад і вверх.

При пальпації молочних залоз в положенні лежачи кисть руки повинна бути покладена на чоло. Пальпацію проводять спочатку шляхом послідовного легкого погладжування обох молочних залоз від периферії до центру. В результаті орієнтованої пальпації встановлюють ущільнені ділянки. Далі продовжується більш поглиблена пальпація окремих ділянок залози. Вона виконується легким доторканням "подушечок" пальців і повинна починатися із зони менш виражених ущільнень з поступовим переміщенням пальців руки в бік більш щільної ділянки. В процесі пальпації необхідно неодноразово вертатись до найбільш твердої ділянки з метою визначення її форми. Наприкінці пальпації необхідно легким стисканням в радіальному напрямку двома пальцями визначити наявність виділень із соска. Вони можуть бути прозорими, молозивоподібними, світлими, темно-зеленого або рожевого кольору і кров'янистими.

Для підтвердження діагнозу використовують УЗД, цитологічне дослідження пунктату, трепанобіопсію, секторальну резекцію.

Суттєве значення у виявленні патології молочних залоз надається самообстеженню. Спочатку лікар повинен пояснити і навчити пацієнтку, як потрібно проводити самообстеження. Надалі рекомендується проводити регулярне самообстеження один раз на місяць в перший тиждень після менструації (в цей період молочні залози в нормі не збільшені і не напружені). Якщо при цьому виникає підозра на якісь зміни, необхідно негайно звернутись за консультацією до спеціаліста по захворюванню молочних залоз.

Методика самообстеження складається з наступних моментів (рис. 4):

Рис. 4 Методика самообстеження молочних залоз .

Огляд. Жінка стає перед дзеркалом з опущеними, а пізніше з піднятими руками. При цьому вона звертає увагу на такі ознаки: 1) чи є втягнення або вибухання ділянки шкіри; 2) чи є втягнення соска або укорочення радіуса ареоли; 3) чи є зміни звичайної форми та розмірів однієї з молочних залоз; 4) чи є жовтуваті або кров'яністі виділення із соска або патологічні зміни на соску (кірочки, мокнуття). (рис.4 А, Б)

Пальпація. Виконується в положенні лежачи на спині. Під лопатку, з того боку, що обстежується, підкладають невеликий валик або подушечку, для того, щоб грудна клітка була трошки припіднята. Ощупують кожну молочну залозу протилежною рукою. Дослідження повинно проводитись ніжно, з використанням всієї довжини пальців і долоні. Необхідно уникати грубого ощупування і захоплення великої ділянки тканини залози, тому що при цьо-

му може скластися враження ущільнення, якого насправді немає. Дослідження проводиться в трьох положеннях руки: вверх за голову, в сторону, уздовж тіла. Пальцями протилежної руки ощупують зовнішню половину молочної залози, починаючи від її соска і рухаючись назовні і вверх до бокової частини грудної стінки. Після цього ощупують всі ділянки внутрішньої половини залози, починаючи від соска і рухаючись до грудини. Визначають чи є вузли, ущільнення або зміни в структурі тканини молочної залози або в товщі шкіри (рис. 4 В, Г, Д). Після цього ощупують аксиллярні і надключичні ділянки (рис. 4 Ж). Шляхом помірною здавлення між пальцями ареоли і соска перевіряють, чи є виділення із соска (рис. 4 З).

Згідно з міжнародною статистичною класифікацією Х перегляду захворювання молочної залози (N60-N64) виділені в такі групи (виключені захворювання молочної залози, які пов'язані з дітонародженням – O91-O92):

•N60 Доброякісні дисплазії молочної залози

Включена фіброзно-кістозна мастопатія.

N60.0 Солітарна кіста молочної залози

Кіста молочної залози

N60.1 Дифузна кістозна мастопатія

Кістозна молочна залоза

Виключена з проліферацією епітелію (N60.3)

N60.2 Фібroadеноз молочної залози

Виключена фібroadенома молочної залози (D24)

N60.3 Фібросклероз молочної залози

Кістозна мастопатія з проліферацією епітелію

N60.4 Ектазія протоків молочної залози

N60.8 Інші доброякісні дисплазії молочної залози

N60.9 Доброякісна дисплазія молочної залози неуточнена

•N61 Запальні хвороби молочної залози

Абсцес (гострий) (підгострий) (не післяродовий):

- біля соскового кружка
- молочної залози

Карбункул молочної залози

Мастит (гострий) (хронічний) (не післяродовий):

- БДУ
- Інфекційний

Виключений інфекційний мастит новонародженого (P39.0)

•N62 Гіпертрофія молочної залози

Гінекомастія

Гіпертрофія молочної залози

- БДУ
- Масивна пубертатна

•N63 Утворення в молочній залозі неуточнене

Вузлик (вузлики в молочній залозі БДУ)

•N64 Інші хвороби молочної залози

N64.0 Тріщина і нориця молочної залози

N64.1 Жировий некроз молочної залози

Жировий некроз (сегментарний) молочної залози

N64.2 Атрофія молочної залози

N64.3 Галакторея, пов'язана з дітонародженням

N64.4 Мастодинія

N64.5 Інші ознаки і симптоми з боку молочної залози

Індурація молочної залози

Виділення із соска

Втягнутий сосок

N64.8 Інші уточнені хвороби молочної залози

Галактоцеле

Субінволюція молочної залози (післялактиційна)

N64.9 Хвороба молочної залози неуточнена

В групу С50 входять онкологічні хвороби молочної залози (виключаючи шкіру молочної залози – С44.5).

У новонароджених може спостерігатись фізіологічне набухання молочних залоз. Цей процес починається ще в період внутрішньоутробного розвитку. Він виникає внаслідок переходу естрогенних гормонів від матері до плода. Набухання з'являється на 3-4-й день після народження і досягає максимального розміру на 8-10-й день. Іноді набухання буває незначним, а в деяких випадках досягає розміру грецького горіха. До кінця другого - початку третього тижня набухання зникає. Лікування не потребує. Забороняється надавлювати на залозу через небезпеку інфікування та нагноєння.

Дуже рідко на фоні фізіологічного набухання може розвинутиись мастит новонароджених. При цьому одна залоза збільшується, з'являється інфільтрація. В перші дні гіперемія може бути відсутня або нерізко виражена. Пальпація залози супроводжується болючістю. Дитина неспокійна, плаче. Незабаром стає вираженою гіперемія шкіри, виникає флюктуація, з'являються симптоми інтоксикації. Стан дитини погіршується, підвищується температура тіла. З вивідних протоків залози при надавлюванні або спонтанно з'являються гнійні виділення. Захворювання небезпечно своїми метастатичними гнійно-септичними ускладненнями.

Патологічні зміни молочних залоз можуть бути наслідком уроджених аномалій розвитку, результатом відхилень в ході вікових фізіологічних процесів, а також набутих захворювань.

Аномалії розвитку можуть проявлятись роздвоєнням соска, іноді зустрічаються додаткові соски (політелія), рідше – додаткова молочна залоза (полімастія). Дуже рідко спостерігається відсутність молочної залози (амастія), сосків (ателія). Ця патологія поєднується з деформацією грудної клітки і синдромом Поланда.

Відхилення в ході вікових фізіологічних процесів проявляються в порушеннях розвитку (передчасний, затримка), асиметрії молочних залоз, масталгії.

Передчасний розвиток молочних залоз є наслідком збільшеної продукції естрогенів, підвищеної чутливості самої залози до дії естрогенів. Запізний розвиток, навпаки, відображає недостатній рівень естрогенів в організмі. Нерозвинуті молочні залози можна діагностувати при дисгенезії гонад, гіпогонадізмі, гермафродитизмі, гіперплазії наднирників. В таких випадках необхідно провести ендокринологічне обстеження, вивчити каріотип, з'ясувати статеву приналежність.

Асиметрія молочних залоз - це процес, який виникає на початку пубертатного періоду і часто вирівнюється до кінця періоду статевого дозрівання. В основі цього процесу лежить різна чутливість до дії стероїдних гормонів, нерівномірний розподіл рецепторів в тканинах залози. Асиметрія проявляється в нерівномірному розвитку молочних залоз.

Необхідність в лікуванні виникає в тих випадках, коли асиметрія не згладжується після 15-16 років. Рекомендується круговий масаж (4-8 курсів) тієї залози, яка менш розвинута. Для кращого ефекту перед масажем на молочну залозу наносять масляний розчин вітаміну А, Є, естрадіолу, прогестерону, облепіхового масла. При кожному наступному курсі масажу (через місяць) змінюють фармакологічний препарат.

Масталгія (мастодинія) характеризується болючістю молочних залоз. В основі її розвитку лежать дисгормональні порушення. Мастодинія виникає на початковій стадії розвитку залози, а пізніше проявляється в другій фазі циклу. З терапевтичною метою використовуються анальгетики, психотерапія.

Фіброзна мастопатія відноситься до доброякісних захворювань молочної залози. Причиною її виникнення є підвищена чутливість до дії гормонів, неадекватна секреція естрогенів, прогестерону, зростання рівня пролактину.

В своєму розвитку вона проходить декілька стадій: I – стадія проліферації стромы, яка проявляється болючістю залози, II – стадія аденозу, яка характеризується утворенням кіст (від мікроскопічних розмірів до 1,0 см в діаметрі); при цьому відбувається проліферація альвеолярних клітин і протоків. III стадія супроводжується утворенням великих кіст. В усіх структурних елементах відбуваються проліферативні зміни.

Клініка фіброкістозних процесів проявляється збільшенням молочної залози, циклічним білатеральним болем дифузного характеру, часто з іррадіацією в плечі. При обстеженні визначається білатеральна вузловатість. При наявності великих кіст відчуються наповнені рідиною утворення. Для підтвердження діагнозу виконується аспіраційна біопсія з наступним цитологічним дослідженням. Іноді аспіраційна біопсія є і терапевтичною – кістозні утворення можуть зникнути. Для виявлення солідних мас проводять відкриту біопсію і гістологічне дослідження. Лікування хворих з фіброкістозними змінами полягає в призначенні естроген-гестагенних препаратів, тамоксифену, даназолу.

Фіброаденома. Часто виникає в молодому віці, іноді зразу після початку статевого життя. В основі її розвитку лежать дисгормональні порушення. Проявляється наявністю безболісного утворення діаметром 2-3 см. Фіброаденома буває одинокою. При пальпації вона являє собою гладке утворення, яке легко зміщується, чітко відмежовується від навколишніх тканин, круглої або напівсферичної форми, твердої або щільноеластичної консистенції. Ріст її відбувається повільно. Постановка діагнозу базується на результатах об'єктивного обстеження, УЗД, аспіраційної біопсії.

Лікування хворих на мастопатію в підлітковому віці проводиться консервативно і включає наступні етапи:

1. ліквідація супутніх захворювань (лікування у ендокринолога, терапевта);
2. загальнооздоровлюючі заходи (аеро-, гідро-, бальнеотерапія);

3. усунення факторів, що призводять до перенапруження ЦНС, психотерапія (ліквідація побутових конфліктів, зміна психологічного клімату, аутогенне тренування);

4. медикаментозна терапія:

а) циклічна вітамінотерапія (6 міс.);

б) препарати калію (калій йодид - 0,15 % розчин по 10 мл 4 рази на день – 6-12 міс.);

в) дегідратаційна терапія;

г) седативна терапія, транквілізатори;

д) антигістамінні препарати;

5. гормональна корекція (призначається при порушенні гормонального гомеостазу, дефіциті гормонів):

а) естрогени в фізіологічних дозах (фолікулін, естрадіоладипропіонат та ін.);

б) гестагени (17-ОПК, прогестерон, дюфастон, оргаметрил);

в) препарати, які здатні гальмувати гонадотропну функцію гіпофізу і викликати тимчасову овуляцію (золадекс, декапептил-депо);

г) тамоксифен (антиестрогенний препарат) по 10 мг два рази на день в циклічному режимі;

д) препарати, які пригнічують секрецію пролактину (парлодел, бромкриптин);

е) Діане-35, який призначають при гіперандрогенії;

ж) титреотропні препарати і гормони щитовидної залози (тиреоїдин, трийодтиронін, мерказоліл)

Хірургічне лікування рекомендується при наявності вузлів, відсутності ефекту від тривалої консервативної терапії.

Набуті захворювання молочної залози можуть бути наслідком травми. При цьому виникає механічне пошкодження залози з розвитком жирового некрозу, рубцевих змін.

Рак молочної залози у дітей і підлітків виникає дуже рідко. Симптоми на ранніх стадіях можуть бути відсутніми або характеризуватись утворенням невеликих малочутливих рухомих мас у залозі. Ріст пухлини супроводжується порушенням її рухомості, фіксацією, рожевими, оранжевими виділеннями із соска. Для визначення діагнозу виконують аспіраційну або відкриту біопсію з гістологічним дослідженням. При підтвердженні діагнозу “рак молочної залози” виконують радикальну мастектомію: видалення молочної залози, грудного м’яза і аксиллярних лімфатичних вузлів. Додатково використовується радіаційна, гормональна терапія, цитотоксична хіміотерапія.

Післяпологовий лактаційний мастит – запальний процес молочної залози інфекційного характеру, який виникає в післяпологовому періоді. Найчастіше викликається патогенними стафілококами. Проникнення збудника відбувається через тріщини сосків і через молочні ходи. Розвитку запального процесу сприяє лактостаз.

Прийнято виділяти серозну, інфільтративну та гнійну форми цього процесу. Серозний мастит починається гостро, на 2-4-му тижні післяпологового періоду. Підвищення температури супроводжується ознобом, з’являються біль в молочній залозі, слабкість, головний біль. Молочна залоза збільшена в об’ємі, болюча, шкіра над нею гіперемована. При правильному, адекватному лікуванні запальний процес стихає через 1-2 дні. Якщо лікування недостатнє, то серозна форма переходить в інфільтративну. У хворої залишається підвищена температура, втрачається апетит і сон. Зміни в молочній залозі більш виражені: гіперемія шкіри обмежується одним із квадрантів залози, в ділянці якого пальпується щільний, малорухомих інфільтрат, нерідко відмічається збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. У стадії нагноєння мастит протікає з більш тяжкою клінічною картиною: висока температура тіла (39-40 °C), лихоманка.

Лікування хворих проводиться комплексно: антибактеріальна терапія, усунення застійних явищ в молочній залозі, підвищення захисних сил органі-

зму породіллі, детоксикація та десенсибілізація. Антибактеріальну терапію проводять під бактеріологічним контролем. Необхідно пам'ятати про можливий вплив антибіотиків на новонародженого. Зниженню застійних явищ в залозі сприяє її ретельне опорожнення. Для підсилення молоковіддачі призначають но-шпу, окситоцин, для зниження вироблення молока – парлодел. Для підвищення захисних сил організму використовують антистафілококовий гамма-глобулін, гіперімунну антистафілококову плазму, вітамінотерапію. При гнійному маститі крім комплексної медикаментозної терапії необхідне хірургічне втручання.

Маючи на меті профілактику маститу, необхідно суворо дотримуватись санітарно-епідеміологічного режиму в лікувальному закладі, своєчасно попереджувати розвиток і лікувати породіль з тріщинами сосків, застоєм молока, під час вагітності для створення активного імунітету до золотистого стафілокока проводити щеплення з використанням адсорбованого стафілокового анатоксину.

Розділ 10 Контрацепція у підлітків

В наш час багато молодих людей починає статеве життя в підлітковому віці. Проведений аналіз показує, що в 15 років в Данії 38 % підлітків вже має досвід статевих контактів, в Швеції цей показник досягає 96 %. Вік першого статевого акту в США складає 15,95 років, в Швеції – 16,8 років, в Англії – 17 років. У зв'язку з цим питання контрацепції у підлітків стає актуальним, обумовленим цілим рядом причин:

1. Ранній початок статевого життя і часта зміна партнерів.
2. Ризик небажаних наслідків (настання вагітності, виникнення ЗПСШ).
3. Неготовність занепокоєних батьків до втручання.
4. Відсутність статевих виховання до початку статевих актів.

Медико-соціальні дослідження показують, що кожна четверта дівчинка-підліток вже має досвід статевих актів, а джерелом інформації щодо контрацепції більше ніж у половини з них є друзі і знайомі. Тільки 10 % підлітків отримують необхідну інформацію від медичних працівників.

Раннє статеве життя наносить велику шкоду здоров'ю підлітків. Настання вагітності в період статевих актів супроводжується різноманітними ускладненнями, що може призвести до летального кінця жінки. Так в Україні у 1999 р. втрати матерів в віці до 18 років становили 3,8 % всіх випадків материнської смертності. Рішення цієї проблеми стає дуже актуальним в зв'язку з тим, що спостерігається тенденція до збільшення концентрації народжуваності у жінок молодого віку, хоча її структура вже зараз досить молода. В 1989 р. коефіцієнт народжуваності у жінок віком 15-19 років становив 33,2 % рівня коефіцієнта народжуваності для жінок віку максимальної народжуваності (20-24 років), в 1999 р. – 37,4 %. В 1999 р. кількість пологів у дівчаток віком до 14 років становила 0,05 % загальної кількості пологів і 10,9 % - у підлітків 15-17 років.

Початок статевого життя в підлітковому віці, особливо з багатьма партнерами, сприяє виникненню запальних і венеричних захворювань. За останнє десятиріччя захворюваність сифілісом в Україні серед дівчат-підлітків зросла в 31 раз.

Незахищене сексуальне життя відображається в непропорційно високому рівні інфікування ЗПСШ і небажаної вагітності. Остання в більшості випадків закінчується штучним абортom, що часто негативно відбивається на майбутній репродуктивній функції, чинить сильний вплив на психіку, нерідко викликає депресію. У 1999 р. частота абортів в Україні у дівчат 10-14 років становила 0,11 %, 15-17 років – 9,8 %.

Шийка матки у підлітків інфантильна, вона легко піддається травматизації, внаслідок чого виникають розриви, які сприяють розвитку істміко-цервікальної недостатності. В подальшому ця патологія може бути причиною невиношування плода, передчасних пологів.

Наявність вузького таза у юних вагітних супроводжується травматичними ускладненнями під час пологів з боку як матері, так і плода. Встановлено, що ранній початок статевого життя у підлітків збільшує ризик виникнення раку шийки матки. Це далеко не повний перелік негативних наслідків вагітності у підлітків. В зв'язку з цим проблема їх репродуктивного здоров'я, що пов'язана з раннім статевим життям є дуже актуальною. В її вирішенні велике значення надається статевому вихованню, плануванню сім'ї.

Просвіта молоді щодо питань контрацепції, ВІЛ-інфекції, профілактики ЗПСШ є ефективним заходом боротьби попередження цих захворювань. Хоча батьки і бажають допомогти своїм дітям, але вони часто не в змозі адекватно спілкуватися з ними на тему сексуального життя. Майже 40 % батьків не обговорюють зі своїми дітьми питання сексуального розвитку, статевої й репродуктивної поведінки, а 8 % батьків вважають, що про це дітям знати не обов'язково. Діти часто з великою неохотою або збентеженням (со-

ром'язливістю) розмовляють з батьками на цю тему і з цієї причини особливо часто звертаються до офіційних джерел.

Велике число небажаних вагітностей та низька частота використання контрацептивних заходів у підлітків вказує на необхідність підсилення роботи по статевому вихованню молоді. Настання вагітності в цей період розглядається як наслідок обмеженої інформації щодо планування сім'ї та методів регуляції народжуваності, недостатності контрацептивних засобів і відсутності знань про тяжкі наслідки раннього статевого життя та штучного абортів.

В Україні згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. № 1303 щодо безкоштовного забезпечення контрацептивами жінок передбачено включення до цього контингенту і молоді віком до 18 років.

Програми з статевого виховання молоді ґрунтуються на тому, що знання в галузі статевого здоров'я і ВІЛ-інфекції не викликають збільшення сексуальної активності. Вивчення програми дозволяє віддалити момент початку статевого життя, захистити сексуально активну молодь від ЗПСШ та від вагітності, дають можливість навчитись відповідальній і безпечній поведінці. Навчання в галузі сексуального здоров'я краще проводити до початку статевого життя з урахуванням статевих відмінностей. Молодь дуже різноманітна за своїм розвитком, тому отримати позитивний результат можна тільки тоді, коли використовуються різноманітні програми і методи.

Ефективними вважаються програми, які:

- мають сувору направленість навчальних планів і передбачають чітко поставлену поведінчу мету та ясно висловлений ризик незахищеного сексуального життя та методі, що дозволяють уникнути цього ризику;
- навчають і дають можливість тренувати навички спілкування та ведення діалогу;
- заохочують відвертість в розмовах про секс;
- озброюють молодь навичками аналізу та критичного відношення до повідомлень засобів масової інформації щодо питань сексу.

Статеве виховання молоді, запобігання вагітності у жінок до 19 років є складовою частиною програми “Планування сім’ї”. На думку експертів ВО-ОЗ, планування сім’ї - це забезпечення контролю за репродуктивною функцією для народження тільки бажаних дітей, тобто планування сім’ї розглядається як важлива складова частина первинної медичної допомоги, необхідної для забезпечення здоров’я населення.

Термін “контрацепція” означає попередження від небажаної вагітності. Для оцінки надійності методу контрацепції використовується індекс Перля, який визначається кількістю вагітностей на 100 жінок, які використовували цей метод протягом року. Чим нижчий цей показник, тим більш надійний метод.

Pearl Index $\text{кількість вагітностей} \times 12000 / \text{кількість місяців спостереження}$.

Консультації з питань планування сім’ї здійснюються в декілька етапів:

- **первинне консультивання** (надається інформація про всі методи контрацепції і допомога у виборі того з них, який краще за все підходить);
- **консультивання з конкретного методу** до і зразу після надання послуг (пацієнтка отримує інструкції відносно того, як використовується даний метод і що робити при появі побічних ефектів);

консультивання на подальших прийомах (при повторних відвідуваннях обговорюється використання обраного методу, дається оцінка зробленого вибору та вирішуються питання, що виникають при користуванні методом).

У підлітків проблема контрацепції має свої особливості. Крім попередження настання вагітності, абортів вона направлена і на запобігання виникнення ЗПСШ.

Експерти ВООЗ вказують на те, що особи у молодому віці віддають перевагу використанню презервативів і оральній контрацепції. Завдяки розвитку репродуктивної фармакології досягнуто значних успіхів у виробництві нових

видів КОК. Крім високого контрацептивного ефекту, доброї переносності, вони володіють регулюючим впливом на менструальний цикл, зменшують прояви альгодисменореї. Підліткам також рекомендують користуватись бар'єрними і сперміцидними протизаплідними засобами, ін'єкційними контрацептивами пролонгованої дії. Внутрішньоматкова контрацепція, періодичне стримування використовуються рідко.

Прийнято виділяти наступні способи контрацепції для підлітків:

- бажані (презервативи, оральні контрацептиви);
- ті, що звичайно застосовуються (діафрагми, губки, сперміциди);
- менш популярні (методи природного планування сім'ї);
- ті, що застосовуються в крайніх випадках (посткоїтальна контрацепція, ВМЗ).

Бар'єрні методи контрацепції

До них відносяться методи, які перешкоджають попаданню сперми в піхву чи шийку матки. Цей ефект досягається механічним або хімічним шляхом. Можливе також їх одночасне поєднання. Серед бар'єрних методів виділяють: "чоловічий метод" – використання презервативів; "жіночий метод" – використання діафрагми, шийкового протизаплідного ковпачка, жіночих презервативів, сперміцидної піни, сперміцидних супозиторіїв та пінистих таблеток, губок.

Презерватив (кондом) відноситься до найкращих методів попередження вагітності у підлітків. Він є єдиним протизаплідним засобом, основаним на механічному ефекті, яким користуються чоловіки.

Презерватив являє собою мішкоподібне утворення, виготовлене з гуми. Деякі з них покриті сперміцидом – речовиною, яка згубно діє на спермії і підсилює контрацептивний ефект. Презервативи виробляють з гуми (латексу), пластику (вінілу), натуральних (тваринних) продуктів.

Механізм їх дії оснований на перешкодженні попадання сперми в піхву та канал шийки матки. Крім цього вони попереджують попадання мікроор-

ганізмів в репродуктивний тракт партнера і тим самим запобігають розвитку ЗПСШ. Деякі з типів презервативів (виготовлені з латексу, вінілу) здатні попередити ВІЛ, СНІД, ВГВ. Зниження ризику виникнення інфекції є фактором, що зменшує ймовірність таких ускладнень, як неплідність, рак шийки матки. За допомогою презерватива можна попередити імунізацію жінки спермою (особливо патологічною).

Основні їх позитивні якості це - негайна ефективність; використання разом з іншими методами контрацепції, відсутність системних побічних ефектів та ризику для здоров'я, широкодоступність (їх можна недорого придбати без рецепту), відсутність потреби у проведенні медичного огляду перед використанням. Крім цього вони сприяють залученню чоловіка до необхідності планування сім'ї, попереджують виникнення ЗПСШ, сприяють зниженню ризику розвитку раку шийки матки, можуть продовжити період еякуляції.

До недоліків можна віднести наявність у деяких пар відчуття дискомфорту, виникнення алергічних реакцій на латекс, залежність від партнера, недостатня ефективність (теоретична ефективність - 90-95 %, практична - 90 %). Ці недоліки в певній мірі відображаються на популяризації цього методу. Однак для підлітків з нетрадиційною сексуальною поведінкою в наслідок великого ризику виникнення ЗПСШ при нечастих статевих контактах цей вид попередження небажаної вагітності повинен бути переважним.

Діафрагма являє собою куполоподібний гумовий ковпачок з гнучким обідком. Діафрагми бувають різних видів, що залежить від особливостей будови обідка: діафрагма з обідком і плоскою пружиною; діафрагма із спіральною пружиною; діафрагма із дугоподібною пружиною; діафрагма з обідком у вигляді перетинки. Вони використовуються ізольовано або в поєднанні із сперміцидами. Діафрагми вводять в піхву таким чином, щоб задня частина обідка знаходилась у задньому склепінні піхви, а передня щільно покривала шийку матки безпосередньо за лобковою кісткою. При цьому купол

діафрагми покриває шийку матки, а сперміцидна паста чи гель, які закладені в середину купола перед введенням діафрагми, контактують з поверхнею шийки матки. Її вводять перед статевим актом і залишають в піхві на протя-зі 6 годин.

Механізм дії оснований на відгородженні шийки матки від тієї части-ни піхви, в яку потрапляє сперма. Перевагою методу є його простота, мож-ливість повторного використання, нешкідливість. В поєднанні зі сперміци-дами вони запобігають розвитку ЗПСШ.

Протипоказаннями для використання діафрагми є ендocerвіцити, ерозії шийки матки, кольпіти, алергія до гуми, рецидивуючі запальні процеси в придатках матки, розриви промежини або шийки матки, аномалії розвитку, наявність перегородки в піхві.

До недоліків відносять необхідність введення перед кожним статевим актом, незручність при введенні та вилученні з піхви, необхідність спеціаль-ного догляду, що обмежує їх застосування у підлітків.

Шийкові ковпачки мають напівкруглу форму з щільним краєм. Їх на-дівають на шийку матки і тим самим перешкоджають попаданню сперми в репродуктивні шляхи. Протипоказаннями для використання є ерозії, ендocerвіцити, кольпіти, деформації шийки матки. Внаслідок тривалого механі-чного подразнення і застою виділень з шийки матки можливий розвиток за-пальних процесів. Вони не знайшли широкого застосування. Використання їх у підлітків обмежене ще і тим, що шийка повинна бути достатньо видов-женою і правильної циліндричної форми.

Презервативи для жінок вже почали виготовлятися в деяких країнах. Метод досить перспективний, оскільки жінка не залежить від наявності його у партнера і в більшій мірі гарантована в захисті свого здоров'я. Однак поки що їх широко не використовують через недосконалість конструкції.

Сперміциди являють собою хімічні речовини, які здатні інактивувати або вбивати спермії в піхві ще перед тим, як вони встигнуть проникнути у

верхні відділи статевих шляхів. Сперміциди складаються з основи (носія) і спермоушкоджуючої речовини (в більшості з них це сурфактанти – поверхнево активні речовини, які здатні руйнувати клітинні мембрани). В залежності від типу носія сперміциди виготовляють у вигляді аерозолів, піни (Патентекс, Делфін), гелів, кремів, паст (Фарматекс, Орто-Гінол, Ренделл), вагінальних пінистих таблеток, вагінальних пінистих супозиторіїв (Фарматекс, Патентекс-Овал, Овулес), розчинних плівок (вагінальна контрацептивна плівка), речовин, що застосовуються для змащення презервативів, губки (Today).

До переваг у використанні сперміцидів відносяться негайний ефект, можливість застосувати як страхувальний метод разом з іншим методом, відсутність ризику для здоров'я, простота у застосуванні, продаж без рецепту. Їх можна рекомендувати для використання у підлітків як легкий і нешкідливий метод. Недоліком їх застосування є те, що контрацептивний ефект настає через 10-15 хв., а практична ефективність досягає близько 80 %.

Гормональна контрацепція

Гормональна контрацепція – це найбільш ефективний і розповсюджений метод регулювання народжуваності. Вона ґрунтується на використанні синтетичних аналогів природних яєчникових гормонів. Щорічно у світі гормональною контрацепцією користується від 100 до 120 млн. жінок.

В залежності від складу і шляхів введення в організм їх розділяють на такі групи:

1. Комбіновані естроген-гестагенні препарати:
 - а) однофазні; б) двофазні; в) трифазні.
2. Послідовні (циклічні, секвентиціальні) препарати. Естрогени в поєднанні з гестагенами приймають на початку менструального циклу упродовж 10-12 днів.
3. Однокомпонентні (міні-пілі). Складаються з гестагенів в мінімальних дозах.

4. Посткоїтальні препарати. Складаються з великих доз естрогенів або гестагенів.

5. Пролонговані препарати

6. Підшкірні імплантанти.

Призначати гормональні контрацептиви може тільки лікар або медичний працівник, який пройшов спеціальну підготовку. Існують загальні принципи застосування контрацептивів. Під час першої консультації лікар повинен ознайомити пацієнтку з правилами прийому препарату і можливими побічними реакціями. При цьому необхідно вивчити анамнез (особливо характер становлення менструальної функції – вік менархе, регулярність і тривалість циклу, величину крововтрати, наявність ациклічних кровотеч, перенесені гінекологічні захворювання; акушерський анамнез), провести об'єктивне обстеження. В процесі використання препарату необхідно регулярно проводити відповідний контроль: вимірювати артеріальний тиск, вивчати вміст цукру в крові, проводити онкоцитологічне дослідження вагінальних мазків, оглядати молочні залози.

Оптимальний термін використання гормональних контрацептивів молодими пацієнтами, які тільки починають статеве життя, становить один рік (без перерви). При цьому необхідно рекомендувати препарати з мінімальними дозами гормональних компонентів.

Абсолютними протипоказаннями для використання гормональних препаратів є:

- наявність новоутворень та стан після їх видалення;
- флебіти, артеріїти, капілярити, периферичні ангіоневрози;
- тромболітична хвороба, коагулопатія;
- коронарна недостатність;
- усі форми церебросудинної недостатності;
- артеріальна гіпертонія (есенціальна і симптоматична);
- порушення венозного кровообігу;

- гіперліпідемія (аліментарна та ідіопатична), діабет.

Комбіновані оральні контрацептиви. Основу КОК складають естрогени (етинілестрадіол) і різні види гестагенів (мегестролу ацетат, норетистерону ацетат, норгестрел, дезогестрел, ципротерону ацетат та ін.). В залежності від кількості та виду естрогенного і гестагенного компонента вони бувають:

1. Однофазні – кожна таблетка містить однакову кількість естрогенів і гестагенів (Регулон, Новінет, Фемоден, Мерсілон, Марвелон, Мінізистон).
2. Двофазні – кожна таблетка містить дві різні комбінації естрогенів і гестагенів (Антеовін, Гінофазе).
3. Трифазні – кожна таблетка містить три різні комбінації естрогенів і гестагенів (Три-регол, Триквілар, Тризистон).

До надійних трифазних ОК належить також Три-Мерсі. Крім контрацептивного ефекту препарат покращує стан шкіри (пригнічує вироблення шкірного сала), незначно впливає на масу тіла.

Механізм контрацептивної дії оснований на їх здатності пригнічувати овуляцію, згущати слиз каналу шийки матки (що перешкоджає проникненню сперміїв), змінювати ендометрій та зменшувати вірогідність імплантації (внаслідок пригнічення секреторних перетворень), зменшувати транспорт сперміїв у фаллопієвих трубах.

Пригнічення овуляції ґрунтується на здатності стероїдних компонентів ОК проявляти інгібуючу дію на структури гіпоталамусу, внаслідок чого за принципом зворотнього зв'язку зменшується виділення рилізінг-гормонів і гонадотропних гормонів. Ановуляція виникає при використанні ОК через 2-3 міс.

Крім контрацептивного ефекту ОК сприяють зменшенню менструальної кровотечі, інтенсивності менструального болю, зниженню анемії, встановленню регулярного менструального циклу і знижують ризик виникнення раку ендометрію та яєчників, доброякісних пухлин молочних залоз та запобігають розвитку ектопічної вагітності.

Завдяки позитивному впливу ОК на менструальну функцію їх застосовують для лікування хворих з альгодисменореєю, гіпофункцією яєчників.

Профілактика онкологічних захворювань при використанні ОК основана на тому, що жінки, які планують їх приймати, спочатку звертаються до лікаря з приводу вибору методу контрацепції. При цьому вони проходять гінекологічне і цитологічне обстеження. Крім того цілий ряд ОК використовується для лікування хворих з передраковими станами.

Необхідно враховувати, що поряд з ОК пацієнтки можуть вживати інші медикаменти. В результаті їх взаємодії можливі такі ситуації: а) синергічний ефект препаратів; в) зниження контрацептивної дії; в) підвищення або зниження терапевтичного ефекту іншого препарату.

Контрацептивний ефект КОК досягає 95-98 %.

Однокомпонентні гормональні контрацептиви (міні-пілі). До їх складу не входять естрогени, а тільки синтетичні гестагени в мінімальних дозах (Серазет, Екслютон, Контінуїн та ін.). На відміну від КОК вони не спричиняють системних змін та істотно не впливають на ліпідний, вуглеводний обмін, на функцію печінки. В зв'язку з цим їх можна призначати жінкам з екстрагенітальною патологією, ожирінням, гіпертонічною хворобою, захворюваннями жіночих статевих органів. Міні-пілі використовують як засіб вибору гормональної контрацепції для уникнення таких ускладнень, як тромбофілічні, кардіоваскулярні, що можуть спостерігатись при наявності естрогенів в складі КОК.

Механізм дії міні-пілі оснований на змінах в органах-мішенях і їх центральною дією. Під їх впливом змінюються фізико-хімічні властивості слизу каналу шийки матки – зменшується його кількість у періовуляторний період, збільшується його в'язкість, знижується пенетруюча здатність спермій. Через деякий час контрацептивний ефект доповнюється інгібуючим впливом гестагенів на гіпофізарно-яєчникову систему, що проявляється зниженням циклічного піку лютеїнізуючого гормону і секреції прогестерону

у другій фазі циклу. В цілому механізм дії полягає в згущенні слизу каналу шийки матки, що перешкоджає проникненню сперміїв, в змінах ендометрію, що ускладнює імплантацію, в зниженні рухів сперміїв у верхніх відділах статевого тракту, в пригніченні овуляції.

Абсолютними протипоказаннями для використання однокомпонентних ОК є злякисні новоутворення, нерегулярний менструальний цикл, ациклічні маткові кровотечі.

Контрацептивний ефект міні-пілі досягає 87,5-96,7 %.

Пролонговані препарати. Використовуються в вигляді ін'єкцій гормональних препаратів, які створюють тривалий контрацептивний ефект. Розрізняють комбіновані естроген-гестагенні ін'єкційні контрацептиви (Cyclofem, Mesigyna) і однокомпонентні, до складу яких входять прогестагени пролонгованої дії (депо-медроксипрогестерону ацетат у вигляді препарату Депо-Провера і Норетистерону енантат).

Незважаючи на те, що вони належать до різних груп стероїдів, механізм їх дії оснований на стримуванні овуляції, створенні перешкод для проходження сперміїв через слиз каналу шийки матки, зменшенні вірогідності імплантації.

Ін'єкції Депо-Провера виконуються кожні 3, Норетистерону енантат – кожні 2 міс. При таких станах, як вірусний гепатит, підвищений артеріальний тиск, діабет необхідно дотримуватися великої обережності при їх призначенні.

Перевагами пролонгованих препаратів є те, що вони створюють високий контрацептивний ефект на протязі двох і більше місяців; періодичне використання передбачає регулярне спілкування з медичними співробітниками; виконання ін'єкції технічно нескладне і не пов'язане з часом статевого акту.

Посткоїтальні препарати використовують з метою невідкладної контрацепції. Такі ситуації виникають, наприклад, після незапланованого, незахищеного (без контрацептиву) статевого акту, при виявленні дефектів

бар'єрних засобів (презерватива, діафрагми), при огріхах ОК (пропуск прийоми 3 і більше таблеток), після згвалтування. Якщо з моменту незахищеного статевого акту пройшло не більше 72 год., ефективність методу досягає 90-95 %. В Україні з цією метою використовується препарат Постінор.

В зв'язку з тим, що момент використання посткоїтальних препаратів може припадати на різні періоди менструального циклу, механізм їх контрацептивної дії досить широкий. Він оснований на зміні секреції гонадотропних гормонів (завдяки цьому виникають несприятливі умови для розвитку яйцеклітини), зміні скорочень маткових труб (при цьому порушується рух яйцеклітини), гальмуванні раннього ембріогенезу; блокуванні penetрації сперміїв; пригніченні передімплантаційного стероїдогенезу.

Незважаючи на те що цей метод ОК досить вигідний для підлітків тому, що у них часто бувають незаплановані статеві контакти, його не слід рекомендувати для постійної контрацепції.

Підшкірні імплантанти. Їх виготовляють із полілактатних полімерів у вигляді тонких гнучких капсул, наповнених гестагенами. Після імплантації під шкіру передпліччя полімер упродовж тривалого часу поступово піддається біологічному розкладанню і з постійною швидкістю починає виділяти гормональний компонент. До цього виду контрацепції відноситься імплантант Норплант. Перевагою методу є тривалий контрацептивний ефект (до п'яти років), добра переносимість, невелика частота побічних явищ.

Використання гормональної контрацепції у підлітків має свої особливості. Це проявляється в тому, що значна частина підлітків, які живуть статевим життям, вибирають ОК, тому що останні не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий ефект попередження небажаної вагітності. Однак більшість з них віддають перевагу спільному застосуванню ОК і презервативів. Таке поєднання двох методів, крім контрацептивного, захищає від ЗПСШ. В той же час виникають труднощі при їхньому використанні, бо підлітки у порівнянні з жінками репродуктивного віку частіше перед-

часно припиняють приймання ОК при появі побічних ефектів. Найбільш часто виникає нудота, головний біль (у менш, ніж 1 % пацієнток). Особливо актуальною є імовірність збільшення маси тіла, що викликає у підлітків стурбованість своїм зовнішнім виглядом. Вони свідомо починають дотримуватись різних дієт, відмовлятися від їжі з метою зменшення маси тіла, щоб відповідати своїм ідеалам. В свою чергу це негативно впливає на функцію різних органів і систем, може стати причиною порушень менструальної функції (розділ 5). Збільшення маси тіла при використанні ОК спостерігається у 1,4 % молодих пацієнток.

Перед призначенням підліткам ОК необхідно вивчити сімейний анамнез, індивідуальний анамнез (в тому числі особливості менструальної функції, частоту статевих зносин), встановити, коли почались регулярні місячні, уточнити наявність екстрагенітальної патології (діабет, серцево-судинні захворювання, гепатит, порушення гемостазу), обговорити настання вагітності в залежності від виду ОК, можливість виникнення побічних ефектів. Пацієнтку необхідно ознайомити з перевагами і недоліками того чи іншого методу, інструкцією щодо його використання з можливими насторожуючими ознаками.

До початку встановлення регулярного менструального циклу ОК підліткам не призначають, тому що вони можуть негативно вплинути на функцію гіпоталамусу і статевий розвиток. Не рекомендується їх використовувати в віці до 16 років.

При використанні підлітками ОК спостерігається зменшення випадків альгодисменореї, надмірних менструальних кровотеч, порушення менструального циклу, розвитку анемії, ендометріозу, фолікулярних кіст яєчників, *acne vulgaris*.

У всіх випадках використання підлітками ОК вміст гормонів в них повинен бути мінімально низьким.

Внутрішньоматкові засоби (ВМЗ)

ВМЗ займають друге місце за надійністю контрацептивного ефекту. Існують такі ВМЗ :

1. Немедикаментозні (петля Ліппса, спіраль Маргуліса)
2. Медикаментозні: а) із вмістом міді (Copper T-200, Multiload 375, Nova T); б) ті, що виділяють гормони (Progestasert, Levo Nova).

Механізм дії оснований на здатності ВМЗ зменшувати активність і життєздатність сперміїв, впливати на репродуктивний процес перед тим, як яйцеклітина досягне порожнини матки, згущати слиз каналу шийки матки і тим самим затрудняти проходження сперміїв, змінювати стан ендометрію.

Протипоказання до введення ВМЗ поділяють на абсолютні: наявність вагітності, злоякісні новоутворення матки чи шийки матки, інфекції статевого шляху, маткові кровотечі та відносні: відсутність пологів в анамнезі, наявність кількох сексуальних партнерів, позаматкова вагітність в анамнезі, гіперменорея, аменорея, наявність в анамнезі запальних захворювань малого таза, ревматичні захворювання серця, лікування імунодепресивними препаратами, хвороба Вільсона.

Незважаючи на високу ефективність ВМЗ, використання їх у підлітків не рекомендується. Це зумовлено великим ризиком розвитку запальних захворювань статевих органів. Із збільшенням кількості статевих партнерів, що характерно для цього віку, кількість запальних захворювань збільшується. ВМЗ не запобігають виникненню ЗПСШ. Наявність таких недоліків, як збільшення крововтрати під час менструації, больовий синдром, можливість експульсій, зумовлює у більшості підлітків неприйнятність цього методу.

Природні методи планування оснований на контролюванні за фізіологічними ознаками фертильності (коли можливе запліднення) та інфертильності (коли запліднення найменш імовірне) упродовж фаз менструального циклу. Статеві партнери повинні володіти основами знань фізіологічних змін, які відбуваються протягом менструального циклу, для того, щоб утриматись від

статевого контакту під час періоду можливого настання вагітності. Використовуються такі методи ПМНС:

1. календарний (ритмічний);
2. вимірювання базальної температури;
3. спостереження за слизом каналу шийки матки;
4. симптотермальний.

Календарний (метод Огіно-Кнауса) метод дозволяє виявити дні можливого настання вагітності на основі записів, які відображають менструальний цикл за останні 6-12 міс. Перший день ймовірної фертильності розраховують шляхом віднімання числа 18 від тривалості найкоротшого циклу. Останній день ймовірної фертильності визначають віднімаючи число 11 від тривалості найдовшого циклу.

Метод вимірювання базальної температури тіла оснований на зміні температури тіла невдовзі після овуляції. Температуру вимірюють кожен день зранку в один і той же час, не встаючи з ліжка, у прямій кишці або в порожнині рота протягом 7-10 хв.

Базальна температура спочатку знижується за 12-24 год. до овуляції, а після того підвищується на $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ і на такому рівні зберігається до наступної менструації. При користуванні цим методом необхідно враховувати можливий побічний вплив різноманітних факторів (захворювання, порушення сну, стреси).

Спостереження за слизом каналу шийки матки (овуляційний метод Біллінгса) оснований на вмінні самої пацієнтки розпізнати характерні зміни в слизових виділеннях з каналу шийки матки. На протязі перших днів після менструації більшість жінок відмічають сухість у піхві (рання інфертильна фаза). Далі з'являється липкий слиз, після чого декілька днів вологість піхви зростає. Останній день такого змащування співпадає з найбільшим вмістом естрогенів в організмі і називається "днем пік". На протязі цього періоду виділення стають рідкими, світлими або мутнуватими і нагадують сирий яєч-

ний білок. рН слизу стає лужним, він містить речовини, які здатні підтримувати життєдіяльність сперміїв. Слиз здатний нейтралізувати кислотність вмісту піхви і створює оптимальні умови для сперміїв. На третій день після максимального виділення слизу закінчується фертильний період, і на четвертий день починається пізня інфертильна фаза. Після “дня пік” під впливом прогестерону виділення стають густішими чи припиняються. Середовище піхви знову стає кислим. Жінка відчуває сухість у піхві.

Симптоматермальний метод передбачає одночас вивчення кількох показників: вимірювання базальної температури тіла, спостереження за зміною слизу каналу шийки матки, календарний метод, а також інших природних показників овуляції (зміна чутливості молочних залоз, відчуття важкості внизу живота, кров’янисті виділення з піхви).

При ретельному дотриманні всіх вимог ефективність ПМПС може досягати 70-90 %.

Використання ПМПС потребує відповідної дисциплінованості, свідомого щоденного прийняття рішень. Деякі партнери не можуть використовувати цей метод у зв’язку з тим, що їм важко утримуватись від статевих контактів, виникає нерозуміння одне одного.

Метод важко використовувати жінкам, які мають декількох партнерів. З цих позицій застосування ПМПС у підлітків викликає деякі труднощі. Необхідне відповідне навчання, спеціальна підготовка, що в повсякденному житті складно виконати. Наявність нерегулярного циклу в період становлення менструальної функції не дає змоги об’єктивно визначити відповідні дні фертильності та інфертильності. В той же час проведення консультацій, бесід з підлітками, знайомство з анатомією, фізіологією репродуктивної системи має важливе просвітницьке, виховне значення, сприяє зменшенню випадків небажаної вагітності, позитивно впливає на здоров’я організму.

Розділ 11. Організація гінекологічної допомоги дітям і підліткам

Основною задачею дитячої гінекології є профілактика гінекологічних захворювань, активне виявлення дівчат-підлітків, що страждають на захворювання статевих органів, надання спеціалізованої допомоги хворим дітям і їхній диспансеризації, санітарно-освітня робота серед батьків, а також робітників дитячих закладів.

Важливу науково-методичну і лікувально-консультативну роботу з питань дитячої гінекології в Україні проводять Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України (м. Київ), Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України (м. Харків).

Збереження здоров'я дітей та організація надання їм медичної допомоги віднесені до пріоритетних напрямків на рівні держави. Це Національна програма "Діти України", а також Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001-2005".

Розробка та впровадження тривалої програми з питань підготовки до створення сім'ї і здорового дітонародження проводиться в декілька етапів. Перший етап проводиться силами педіатричних служб і охоплює вік від народження до початку статевого дозрівання. Заходи цього етапу направлені на досягнення наступних завдань: а) забезпечення нормального розвитку органів та систем, відповідальних за репродуктивну функцію; б) навчання навичкам індивідуальної гігієни тіла та способу життя, усвідомлення батьками та дітьми важливості збереження репродуктивного здоров'я та навчання заходам профілактики його порушень. Ці питання вирішуються шляхом індивідуальної роботи в сім'ях, освітньої роботи через засоби масової інформації, підготовки медичного персоналу, впровадження в дошкільних закладах і школах циклу занять з даної проблеми.

Другий етап охоплює період статевого дозрівання до становлення дітородної функції. Метою цього етапу є збереження репродуктивного здоров'я на ранніх етапах становлення дітородної функції. Ці завдання виконуються

силами педіатричної служби, шкільною підлітковою медициною, дитячими поліклініками, поліклініками для студентської молоді і службами дитячої підліткової гінекології.

На цей час гінекологічна допомога дітям і підліткам виділена в самостійну галузь, яка є розділом акушерства й гінекології, та одночасно граничить із педіатрією, підлітковою медициною, віковою фізіологією й іншими дисциплінами. Специфіка даної галузі медицини включає допомогу ендокринолога, генетика, невропатолога й інших спеціалістів. Рішення задач дитячої гінекології проводиться в три етапи:

На сьогоднішній день в Україні існує трьохетапна система надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам:

I етап представлений лікарями шкіл, дільничними педіатрами, медичним персоналом дитячих поліклінік.

Головні завдання цього етапу – рання діагностика, профілактика і лікування порушень становлення репродуктивної системи у дівчат-підлітків, прогнозування репродуктивної функції в зв'язку з особливостями періоду статевого дозрівання, реалізація взаємозв'язку між дитячою поліклінікою і жіночою консультацією. Проводиться санітарно-освітня робота серед дівчаток, батьків і педагогів, профілактичні огляди дівчаток і дівчат. Під час профілактичних оглядів у залежності від віку дівчаток звертають увагу на можливість визначеного виду відхилень від норми. У дошкільних дитячих колективах і молодших класах шкіл проводиться візуальний огляд із метою виключення запальних захворювань зовнішніх статевих органів, виявлення порушень статевого розвитку (передчасне статеве дозрівання, аномалії розвитку статевих органів, відставання в розвитку, пухлини геніталій і ін.). Профілактичні огляди дозволяють у 8-10% випадків виявити дівчаток і дівчат, що потребують надалі обстеження і лікування в дитячих гінекологів. На цьому етапі виділяють групу ризику щодо порушення функції репродуктивної системи в періоді статевого дозрівання для подальшої передачі цього контингенту хворих у кабінети дитячих гінекологів з метою динамічного спостереження й обстеження, а також пороків розвитку і генетично обумовлених захворювань.

II етап – спеціалізована допомога, надається лікарем акушером-гінекологом, який проводить спеціалізований прийом дівчаток і підлітків, відповідно наказу №391. Завданням цього етапу являються діагностика, лікування, профілактика гінекологічних захворювань, а також проведення диспансерного спостереження. Реалізація завдань цього етапу здійснюється дитячими гінекологами, до яких направляють дівчаток дільничні лікарі і лікарі шкільно-дошкільних відділів поліклінік, приводять за соєю ініціативою батьки, направляють з прийомів інші спеціалісти.

Кабінет для спеціалізованого прийому розміщують в дитячій поліклініці, в жіночій консультації, в центрі планування сім'ї або в підлітковому репродуктивному центрі. Проводиться обстеження і лікування хворих в умовах поліклініки, направлення у стаціонар, динамічне спостереження після виписки зі стаціонару, координація роботи I етапу, консультування підлітків із питань контрацепції. У основу роботи кабінетів закладено принцип комплексності, тому що часто виникає необхідність консультувати хвору в декількох спеціалістів. Кабінети гінекології дітей і підлітків необхідно прикріплювати до відповідних лабораторій.

III етап – спеціалізований стаціонар. Стаціонарна допомога може надаватись в спеціалізованих гінекологічних відділеннях багатопрофільних лікарень, в гінекологічних стаціонарах НДІ, ВУЗів, міських центрах планування сім'ї та ін. Створення дитячих гінекологічних відділень в багатопрофільних лікарнях має свої переваги, що зумовлені можливістю консультування та комплексного лікування лікарями суміжних спеціальностей, широким діапазоном діагностичних методів. Цей етап включає обстеження і лікування пацієнтів у стаціонарі, корекцію тактики ведення хворих у кабінетах дитячої гінекології, проведення організаційно-методичної роботи.

Трьохступенева диспансерна форма спеціалізованої гінекологічної допомоги дівчаткам і дівчатам сприяє зниженню їхньої захворюваності, проведенню ефективної профілактики порушень репродуктивної функції і гінекологічних захворювань у жінок.

Список рекомендованої літератури

1. Актуальные вопросы гинекологии / Под ред. Е.В.Коханевич. – К.: ЩЩЩ «Книга-люкс», 1988. – 161 с.
2. Бенедиктов И.И., Скорнякова М.Н. Маточные кровотечения в гинекологии. – Свердловск, Средне-Уральское кн. Изд., 1978. – 240 с.
3. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 332 с.
4. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии . – Л.: Медицина, 1989. – 464 с.
5. Грищенко В.И. Научные основы регулирования рождаемости. – К.: Здоровья, 1988. – 208 с.
6. Вовк І.Б., Крупко-Большова Ю.О. Стан і перспективи розвитку спеціалізованої гінекологічної допомоги дівчаткам і підліткам на Україні. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. 1992. - №1. – С.59-60.
7. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков /Руководство для врачей. СПб: ИКФ «Фолиант», 2000. – 574 с.
8. Керівництво по плануванню сім'ї / Г.М.Адамова, Р.В.Богатирьова, Б.М.Венцьковський та ін. – К.: “Бліц-принт”, 1998. – 256 с.
9. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков / Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1981. – 280 с.
10. Крупко-Большова Ю.О., Яблочкова В.М., Гаврилова І.В. Діагностика і лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток і дівчат // Педіатрія, акушерство і гінекологія. 1992. - №4. – С. 46-47.
11. Лапченко М.Л., Карпов П.Ф. Бели у девочек. – К.: «Здоров'я». 1985. – 56 с.
12. Мандельштам А.Э. Семиотика и диагностика женских болезней. – Л.: Медицина. 1976.- 696 с.
13. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 247 с.

14. Медико-соціальні аспекти планування сім'ї / Б.М.Венцковський, Л.Б.Маркін, І.Б.Венцковська, В.М.Кущ. – Львів: Фенікс Лтд, 1994. – 118 с.
15. Наказ № 391 від 27.12.96 “Про удосконалення служби дитячої та підліткової гінекології” – К., 1996. – 27 с.
16. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. В.К.Чайки. –Донецк: ООО «Альматео», 2001. – 608 с.
17. Парашук Ю.С. Бесплодие в браке. – К.: «Здоров'я», 1994. – 208 с.
18. Патология полового развития девочек и девушек / Под ред. Ю.А.Крупко-Большовой, А.И.Корниловой. – К.: «Здоровья», 1990. – 232 с.
19. Руководство по эндокринной гинекологии / Под. ред. Е.М.Вихляевой. – М.: Медицинское информационное агентство, 1997. – 768 с.
20. Сметник В.П, Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 591 с.
21. Современные аспекты контрацепции / Под ред. А.Я.Сенчука, Б.М.Венцковского. – К.: ТМК, 2001. – 212 с.
22. Эндокринные заболевания. Вирилизм. / Под ред. М.С.Бирюковой. – М.: Знание – М., З.: Знание, 1999. – 198 с.
23. Яковлева Э.Б., Халецкий Ю.М. Ювенильное акушерство. – Львов: ЛОКД, 1998. – 284 с.

Зміст

Умовні скорочення.....	2
Розділ 1. Особливості розвитку жіночих статевих органів у період новонародженості, дитинства, статевого дозрівання.....	3
1.1. Розвиток статевих органів у період новонародженості.....	3
1.2. “Нейтральний” період, або період дитинства.....	5
1.3. Анатомо-фізіологічні особливості розвитку статевої системи в період статевого дозрівання.....	5
Розділ 2. Обстеження дівчаток і підлітків із гінекологічними захворюваннями.....	13
2.1. Вивчення анамнезу.....	13
2.2. Загальне обстеження.....	15
2.3. Гінекологічне обстеження.....	16
2.4. Спеціальні методи обстеження.....	17
2.5. Зразковий алгоритм дій лікаря при проведенні обстеження.....	20
Розділ 3. Порухення статевого розвитку.....	22
3.1. Передчасне статеве дозрівання.....	22
3.2. Затримка статевого розвитку.....	24
Розділ 4. Аномалії розвитку статевих органів.....	28
Розділ 5. Порухення менструальної функції.....	33
5.1. Аменорея.....	33
5.2. Ювенільні маткові кровотечі.....	38
5.3. Альгодисменорея.....	41
Розділ 6. Запальні захворювання статевих органів.....	45
6.1. Запальні захворювання вульви і піхви.....	45
6.2. Запальні захворювання придатків матки.....	49
6.3. Інші запальні захворювання геніталій.....	54
Розділ 7. Травми статевих органів.....	56
Розділ 8. Пухлини статевих органів.....	59
8.1. Пухлини вульви і піхви.....	60

8.2. Пухлини шийки матки, матки.....	62
8.3. Пухлини яєчників.....	63
Розділ 9. Захворювання молочних залоз.....	73
Розділ 10. Контрацепція у підлітків.....	86
Розділ 11. Організація гінекологічної допомоги дітям і підліткам....	103
Список рекомендованої літератури.....	106