



*Бібліотека
студента-медика*

ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

ОДЕСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ



*Бібліотека
студента-медика*

*Серія заснована в 1999 р. на честь 100-річчя
Одеського державного медичного університету
(1900–2000 рр.)*



ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ

Затверджено

*Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України
як підручник для студентів вищих навчальних закладів*



Одеса
Одеський медуніверситет
2013

УДК 618.1-053.2/6(075.8)
ББК 57.337.1я73
З-33

Серія «Бібліотека студента-медика»
Заснована в 1999 році

Автори: В. М. Запорожан, С. П. Польова, М. Л. Аряєв

Рецензенти: Ю. Г. Антипкін — доктор медичних наук, професор,
академік НАМН України,
директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства
та гінекології НАМН України»

Б. М. Венцківський — доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент НАМН України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1
Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця МОЗ України

Л. Б. Маркін — доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент НАМН України,
завідувач кафедри акушерства та гінекології № 2
Львівського національного медичного університету
імені Данила Галицького МОЗ України

Затверджено

*Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України
як підручник для студентів вищих навчальних закладів
(лист № 1/11-9498 від 13.10.2011 р.)*

ISBN 978-966-7733-47-6 (серія)
ISBN 978-966-443-056-9

© В. М. Запорожан, С. П. Польова,
М. Л. Аряєв, 2013

© Одеський національний
медичний університет, 2013

ПЕРЕДМОВА

Проблема охорони здоров'я дітей і підлітків в умовах економічної та демографічної нестабільності набуває характеру першочергових завдань національної політики, від розв'язання якої залежить майбутнє України. Формування репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків на сучасному етапі відбувається на фоні інтенсивних відхилень у фізичному, психічному розвитку та зростанні соціально значущих захворювань. Підлітковий вік є одним із найбільш критичних періодів у житті людини, а максимальне зростання гострої та хронічної патології спостерігається в 12–13 років, що пов'язано з гормональними перебудовами у пубертатному періоді. Занепокоєння викликають виражені зміни стану соматичного здоров'я дівчаток-підлітків, рівень захворюваності серед яких зріс на 10–15 %.

У підлітковому періоді формуються основи способу життя, стиль поведінки, які надалі визначатимуть фізичне та психічне здоров'я жінок. Ріст захворювань, що передаються статевим шляхом, й абортів серед підлітків потребує розробки та впровадження комплексу заходів з охорони їх репродуктивного здоров'я, виховання настанов до відповідального материнства й батьківства, що обґрунтовує застосування диференційованого підходу при плануванні та реалізації профілактичних й оздоровчих заходів у дівчаток-підлітків.

Середній рівень загальносоматичної захворюваності дівчаток-підлітків становить 1451,8 ‰, що на 18,6 % вищий, ніж у юнаків. Серед них у 5,1 разу частіше реєструються новоутворення та патологія щитоподібної залози, в 3,3 разу — хвороби сечостатевої системи, в 2,9 разу — хвороби крові та системи кровотворення.

Поряд із соматичною патологією у дівчаток спостерігають високі показники гінекологічної захворюваності, рівень якої ста-

новить 201,0 %, а за останні роки він зріс на 23,9 %. До основних видів патології, що формують гінекологічну захворюваність, належать хвороби сечостатевої системи (57,4 %) і щитоподібної залози (48,6 %), представлені тиреоїдною дисфункцією, порушеннями менструальної функції, вульвовагінітами й ерозіями шийки матки. Групу інфекційних захворювань (37,1 %) становлять кандидози, бактеріальні вагінози та трихомоніази. Третє місце посідають доброякісні утворення жіночих статевих органів (3,18 %), серед яких переважають кісти яєчників.

Провідними соціально-гігієнічними чинниками ризику порушень здоров'я дівчаток-підлітків є ранній початок статевого життя (47,9 %), наявність 2–3 і більше статевих партнерів (21,4 %), обмежене використання методів контрацепції (лише 31,0 % запобігають небажаній вагітності). Крім того, виявляється негативний вплив загальних поведінкових чинників: паління (43,2 %), вживання алкоголю (65,7 %) і наркотиків (10,3 %). Серед дівчаток-підлітків спостерігається досить високий рівень медичних абортів (16,2 %), який помітно знизився за останні 5 років (на 43,6 %). Проте швидке статеве дозрівання та ранній початок статевого життя призвели до появи феномена «підліткове материнство», яке негативно позначається на здоров'ї юних матерів.

У дівчаток-підлітків слід виховувати настанови на формування репродуктивної поведінки та збереження репродуктивного здоров'я. Нині понад 30 % дівчат не визнають негативного впливу раннього початку статевого життя на здоров'я та можливість виникнення захворювань, що передаються статевим шляхом, а кожна десята юна пацієнтка (10,3 %) впевнена у безпеці переривання першої вагітності. Переважна більшість (91,4 %) інформовані про ВІЛ-інфекцію та захворювання, що передаються статевим шляхом, методи контрацепції, проте лише 31,0 % дівчат застосовують контрацептиви.

Вищенаведені дані спонукали до висвітлення основних нозологій гінекологічної захворюваності у дівчаток-підлітків з метою профілактики та збереження їх репродуктивного здоров'я, що сприятиме повноцінній підготовці молоді та підлітків до сімейного життя.

Автори

Гармонійний розвиток організму дівчини у дитячому та підлітковому віці визначає подальше життя її як жінки у медичному і соціальному аспектах. Тому одним із першочергових завдань сучасної медицини є охорона здоров'я дівчаток і дівчат — майбутніх матерів, яка зорієнтована не лише на забезпечення контролю статевого розвитку дівчат, але й на популяризацію та пропаганду нормальної сексуальної поведінки, здорового способу життя та важливості цих аспектів для репродуктивного здоров'я у майбутньому.

Широке впровадження в практику охорони здоров'я медико-генетичного консультування, ефективної перинатальної діагностики та сучасних діагностичних технологій у гінекології дало змогу досягти помітних успіхів у профілактиці, діагностиці та лікуванні порушень репродуктивної функції у дівчат пре-пубертатного й пубертатного віку.

Рання діагностика гінекологічних захворювань у дівчат, правильний підхід до лікарської тактики, проведення профілактики залежать від базових знань дитячої гінекології акушерів-гінекологів, педіатрів, дитячих гінекологів і сімейних лікарів. Своєчасне надання гінекологічної допомоги дівчаткам має вагомe значення у забезпеченні здоров'я майбутньої матері, а відтак, і майбутнього покоління.

Даний підручник висвітлює комплекс заходів медико-організаційної роботи, що спрямована на формування у дівчат-підлітків безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні та поліпшенні репродуктивного здоров'я, закладання основ відповідального материнства.

У підручнику наведені дані, що характеризують стан репродуктивної системи у дівчат віком від 1 до 18 років, а саме: особливості зміни фізичного і статевого розвитку, параметри внут-

рішніх геніталій та ендокринної функції (гіпоталамуса, гіпофіза, надниркових залоз, яєчників, щитоподібної залози), а також порушення функції репродуктивної системи в період статевого дозрівання, аномалії розвитку жіночих статевих органів, пухлини і травматичні ураження геніталій у дівчат. Окремі розділи присвячені питанням сексуальності дівчат і методам контрацепції, проблемі підліткового материнства.

Розв'язання означених проблем сприятиме підвищенню якості надання кваліфікованої медичної допомоги дівчаткам препубертатного та пубертатного віку.

Підручник відповідає програмі з дитячої гінекології для студентів вищих медичних навчальних закладів. Автори сподіваються, що він зацікавить студентів, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів і сімейних лікарів.

Розділ 1

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ, ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНІ ТА БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ ДИТЯЧОГО ГІНЕКОЛОГА _____

МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ ТА ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНІ ДОКУМЕНТИ ЩОДО ПРАВ ХВОРОЇ ДИТИНИ _____

Успішний розвиток дитячої гінекології є одним із численних прикладів прагнення нашої держави до виконання високих соціо-етичних зобов'язань у сфері охорони здоров'я матері і дитини та до міжнародної інтеграції. Він є важливою складовою заходів щодо виконання Закону України «Про загальнодержавну програму “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року”».

Конвенція про права дитини (ООН, 1989) у Статті 24 закріплює «право дитини на використання найбільш досконалих послуг систем охорони здоров'я, лікування і відновлення здоров'я». Для практичної реалізації такого права Конвенцією передбачено прийняття необхідних заходів для зниження рівня малюкової та дитячої смертності; забезпечення надання необхідної медичної допомоги й охорони здоров'я всіх дітей, з першочерговою увагою розвитку первинної медико-санітарної допомоги; боротьби з хворобами та недоїданням; надання матерям необхідних послуг з охорони здоров'я у допологовому та післяпологовому періодах; забезпечення усвідомлення всіма прошарками суспільства, загалом батьками і дітьми, необхідності збереження здоров'я та годування дітей, переважно грудного вигодовування, санітарного середовища дитини і запобігання нещасним випадкам; розвиток просвітницької роботи та послуг у галузі профілактичної медичної допомоги та планування сім'ї.

Конвенція ООН «Про права дитини» є важливим міжнародним документом, який захищає її права з позицій фундаментальних прав людини, що проголошені у «Загальній декларації прав

людини» (ООН, 1948). Фундаментальні права особистості — право на життя та особисту недоторканність, свободу, справедливість, освіту, охорону здоров'я тощо — не втрачаються, коли дитина захворіла, і не залежать від тяжкості та прогнозу захворювання. Гідність людського життя не зазнає жодних змін у зв'язку з погіршенням стану здоров'я та не пов'язана з якістю життя. Більше того, хвора людина або хвора дитина повинна бути оточена додатковою турботою та увагою поза загальною межею прав людини. Захист прав хворої дитини має сприяти подоланню труднощів, фізичних і психічних страждань, а також забезпеченню якісного життя за умов залежності (медико-технічної, медико-соціальної, медико-економічної), що спричинені хворобою.

На Міжнародній конференції ВООЗ і дитячого фонду ООН в Алма-Аті (1978) проголошені принципи та гарантії первинної медико-санітарної допомоги для всіх народів світу. У цій Декларації, зокрема, проголошується, що здоров'я — це стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів, це фундаментальне право людей, а досягнення найвищого з можливих ступенів доброго здоров'я є соціальною межею надзвичайної ваги, що цікавить весь світ і передбачає участь численних соціально-економічних секторів, в тому числі і медико-санітарні.

Іншими документами, які зосереджуються на окремих правах хворої людини і дитини, є: «Рекомендація про права хворого та вмираючого» Ради Європи (1976), «Хартія госпіталізованого хворого» Ради Європи (1979), «Декларація про права хворого» Всесвітньої медичної асамблеї (1981), «Європейська хартія прав пацієнта» Європейського парламенту (1982), «Декларація про зміцнення прав пацієнтів у Європі» ВООЗ (1994). Вищезазначені документи охороняють гідність і недоторканність і гарантують повагу до хворої дитини від того моменту, коли вона вступає у відносини з медичним закладом. Зазначені документи спрямовані на забезпечення гуманного ставлення до всіх пацієнтів, особливо таких найуразливіших, як діти.

«Конвенція про права дитини» (ООН, 1989) набула чинності в Україні 27 вересня 1991 р. Її основними положеннями є такі:

— держави-сторони визнають, що кожна дитина має невід'ємне право на життя;

— держави-сторони забезпечують у максимально можливому ступені виживання та здоровий розвиток дитини (Стаття 6);

— дитина повинна бути зареєстрована відразу після народження і з моменту народження має право на ім'я і громадянство, а також, наскільки це можливо, право знати своїх батьків і право на їх піклування;

— держави-сторони забезпечують здійснення цих прав згідно з їх національним законодавством і виконання їх зобов'язань за відповідними міжнародними документами у цій галузі, зокрема у випадку, коли б інакше дитина не мала громадянства (Стаття 7);

— держави-сторони зобов'язані поважати право дитини на збереження індивідуальності, включаючи громадянство, ім'я та сімейні зв'язки, як передбачається законом, не допускаючи проти-законного втручання;

— якщо дитина протизаконно позбавляється частини або всіх елементів індивідуальності, держави-сторони забезпечують їй необхідну допомогу та захист для найшвидшого відновлення її індивідуальності (Стаття 8);

— держави-сторони забезпечують право дитини не розлучатися з батьками всупереч їх бажанню;

— держави-сторони поважають право дитини, яка розлучається з одним чи обома батьками, підтримувати на регулярній основі особисті стосунки та прямі контакти з обома батьками, за винятком тих випадків, коли це суперечить інтересам дитини (Стаття 9);

— держави-сторони вживають заходів щодо боротьби з незаконним переміщенням і неповерненням дітей із-за кордону (Стаття 11);

— дитина має право вільно висловлювати свої думки, це право включає свободу шукати, отримувати та передавати будь-яку інформацію та ідеї незалежно від кордонів в усній, письмовій або друкованій формі, у формі творів мистецтва або за допомогою інших засобів на вибір дитини (Стаття 13);

— держави-сторони поважають право дитини на свободу думки, совісті та релігії;

— держави-сторони поважають права й обов'язки батьків, у відповідних випадках — законних опікунів, керувати дитиною в здійсненні її права і методом, що відповідає здібностям дитини, які розвиваються;

— свобода дотримуватися своєї релігії або віри може зазнавати лише таких обмежень, які встановлені законом і необхідні для охорони державної безпеки, громадського порядку, мо-

ралі та здоров'я населення або захисту основних прав і свобод інших осіб (Стаття 14).

Право людини (дитини) на охорону здоров'я може бути реалізоване тільки тоді, коли воно регламентоване законодавством. Після набуття незалежності Україна проголосила пріоритетність інтересів і прав людини на охорону здоров'я, безпечне довкілля, соціальний захист, що задекларований основним законом України — Конституцією.

Конституція — основний закон України — містить важливі положення. Дитина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Рівність прав дівчини забезпечується спеціальними заходами щодо охорони праці та здоров'я жінок; встановленням пенсійних пільг, створенням умов, які дають жінкам можливість поєднувати працю з материнством; правовим захистом, матеріальною та моральною підтримкою материнства і дитинства, включаючи надання відпусток, які оплачуються, та інших пільг вагітним жінкам і матерям. Використання праці юних жінок і неповнолітніх на небезпечних для їхнього здоров'я роботах забороняється.

Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх юних громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безкоштовно, мережа діючих закладів не може бути скорочена.

Діти рівні у своїх правах, незалежно від походження, а також від того, народжені вони в шлюбі чи поза ним. Насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються законом. Утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, покладається на державу. Сім'я, дитинство, материнство і батьківство охороняються державою.

Материнство в Україні охороняється і заохочується державою. Охорона здоров'я матері та дитини забезпечується організацією широкої мережі жіночих медико-генетичних та інших консультацій, пологових будинків, санаторіїв і будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів; наданням жінці відпустки у зв'язку з

вагітністю і пологами з виплатою допомоги із соціального страхування та встановленням перерви у роботі для годування дитини; виплатою у встановленому порядку допомоги у зв'язку з народженням дитини й допомоги на час догляду за хворою дитиною; заборонаю застосовувати працю молодих жінок на тяжких і шкідливих для здоров'я виробництвах, переведенням вагітних жінок на легшу роботу зі збереженням середнього заробітку; оздоровленням і поліпшенням умов праці та побуту; усуненням негативних екологічних чинників; державною і громадською допомогою сім'ї та іншими заходами у порядку, встановленому законодавством України.

Проблеми охорони здоров'я дітей і підлітків є предметом постійної уваги й турботи Верховної Ради, Президента й уряду України, місцевих органів державної влади і самоврядування. Покращання охорони здоров'я дітей — один із пріоритетних напрямів соціальної політики.

На формування нормативно-правової бази охорони здоров'я України впливає багато чинників, таких як особливості вихідного правового поля, розвиток державності суверенної України, соціально-економічні особливості, нагальні потреби системи охорони здоров'я, наявність надзвичайних ситуацій, розширення міжнародної співпраці. Ці чинники визначають напрями й інтенсивність правотворчої роботи законодавчих і виконавчих органів влади.

З метою розвитку розділу Основ «Охорона здоров'я матері і дитини» прийнято низку постанов Кабінету Міністрів України, в яких висвітлені питання соціального захисту сімей, що мають дітей-інвалідів, соціальних гарантій для малозабезпечених сімей з хворими дітьми, поліпшення соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, які залишилися без опіки батьків.

Постановами Кабінету Міністрів України затверджені національні програми щодо поліпшення становища жінок, їх родин, сім'ї, охорони материнства і дитинства та планування сім'ї.

Накази Міністерства охорони здоров'я України, прийняті з метою розвитку вищеназваних нормативно-правових актів, стосуються питань організації діяльності різних видів медичних служб, регламентації медичної допомоги різним категоріям дітей, соціальної допомоги дітям і матерям тощо.

Заклади охорони здоров'я повинні забезпечувати кожній юній пацієнтці кваліфікований медичний нагляд за перебігом вагітності,

стаціонарну медичну допомогу під час пологів і лікувально-профілактичну допомогу матері та новонародженій дитині.

У Законі України *«Про державну допомогу сім'ям з дітьми»* від 21.11.1992 р. встановлені категорії жінок, які мають право на допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами.

Види заробітку, що підлягає облікові при обчисленні розміру допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, визначаються в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Закон України *«Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам»* відповідно до Конституції України гарантує інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам право на матеріальне забезпечення за рахунок коштів Державного бюджету України та їх соціальну захищеність шляхом встановлення державної соціальної допомоги на рівні прожиткового мінімуму. Інвалідам з дитинства, які мають право на державну допомогу і пенсію, призначається соціальна допомога за їх вибором. Також у Законі вказані: період, на який призначається державна соціальна допомога; термін виплати державної соціальної допомоги при зміні групи інвалідності; умови поновлення виплати державної соціальної допомоги; порядок звернення за призначенням державної соціальної допомоги й інформація про допомогу; порядок і строки призначення допомоги.

Закон України *«Про охорону дитинства»* визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і всебічний розвиток встановлює основні засади державної політики у цій сфері. У Законі визначені такі терміни: «Дитина — особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом вона не набуває прав повнолітньої раніше. Дитинство — період розвитку людини до досягнення повноліття». Також надано означення інших термінів. Законодавство про охорону дитинства ґрунтується на гарантіях Конституції України, на положеннях Конвенції ООН про права дитини, міжнародних договорах, а також інших нормативно-правових актах, що регулюють суспільні відносини у цій сфері. Завданням законодавства про охорону дитинства є розширення соціально-правових гарантій дітей, забезпечення фізичного, інтелектуального, культурного розвитку молодого покоління, створення соціально-економічних і правових інститутів з метою захисту прав та інтересів дитини в Ук-

раїні. Законом визначені основні принципи охорони дитинства, система заходів щодо охорони дитинства, організація охорони дитинства, зазначені права та свободи дитини — право на життя та охорону здоров'я, на ім'я та громадянство, на достатній життєвий рівень, право дитини на вільне висловлення думки й отримання інформації, право на захист від усіх форм насильства. У статтях Закону визначені права, обов'язки та відповідальність батьків за виховання та розвиток дитини, право дитини на освіту та ін.

Закон України «Про внесення змін до Закону України “Про державну допомогу сім'ям з дітьми”» гарантує те, що право на допомогу на дітей одиноким матерям мають одинокі матері, одинокі усиновителі (які не перебувають у шлюбі), якщо у свідоцтві про народження дитини відсутній запис про батька дитини або запис про батька проведено в установленому порядку за вказівкою матері. Право на допомогу на дітей одиноким матерям мають вдови та вдівці з дітьми, які не отримують на них пенсію в разі втрати годувальника або соціальну пенсію. Допомога здійснюється у розмірі 10 % прожиткового мінімуму на дитину до 16 років (на учня — до 18 років). Допомога призначається на кожну дитину.

Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» визначає правові й організаційні основи запобігання насильству в сім'ї, органи та установи, на які покладається здійснення заходів для запобігання насильству в сім'ї. Насильство в сім'ї — це будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї по відношенню до іншого члена сім'ї, якщо ці дії порушують конституційні права та свободи члена сім'ї як людини та громадянина і завдають йому моральної шкоди, шкоди його фізичному чи психічному здоров'ю. Законом визначаються підстави для вжиття заходів щодо запобігання насильству в сім'ї, спеціальних заходів щодо запобігання насильству, відповідальність за вчинення насильства в сім'ї.

Указ Президента України «Про додаткові заходи щодо забезпечення виконання Національної програми “Діти України” на період до 2005 року». Національна програма «Діти України» — це комплексний документ, в якому відповідно до положень Конвенції ООН про права дитини, ратифікованої Україною, визначено основні напрями державної політики стосовно дітей та заходи щодо її реалізації центральними та місцевими органа-

ми виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, установами, організаціями, суспільними інститутами.

Захист людини в дитячі роки, коли відбувається духовне, моральне, фізичне становлення особистості, засвоєння національних і загальнолюдських культурних цінностей і коли тимчасові нестатки й помилки дорослих здатні заподіяти шкоду і деформувати її розвиток, має бути одним з головних завдань при формуванні стратегії розвитку нашої держави.

Метою та основними завданнями програми «Діти України» є:

- створення умов для фізичного, інтелектуального і духовного розвитку дітей, забезпечення їх соціального захисту та належного виховання, яке ґрунтується на здобутках українського національного та світового культурно-історичного розвитку;

- подальше вдосконалення законодавства щодо соціального захисту дітей;

- удосконалення механізмів соціальної підтримки дітей, які перебувають у скрутних і надзвичайних умовах;

- розвиток мережі та підвищення ефективності діяльності спеціалізованих закладів і служб соціального захисту дітей;

- поліпшення здоров'я матерів і дітей, запобігання інвалідності, створення умов для інтеграції в суспільство дітей з вадами розвитку;

- удосконалення таких форм сімейного виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, як дитячі будинки сімейного типу, прийомні сім'ї;

- своєчасне виявлення функціонально неспроможних сімей та забезпечення здорового розвитку дітей, які в них виховуються;

- урегулювання дитячої праці та створення ефективних механізмів контролю за дотриманням норм законодавства про працю дітей.

Постанова Кабінету Міністрів України № 66 від 8.02.1994 р. «Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого і другого року життя» запроваджує компенсаційні виплати сім'ям з хворими дітьми в разі направлення їх на консультацію чи лікування до державних спеціалізованих медичних закладів України для покриття витрат на проїзд хворої дитини та одного з батьків; безкоштовний відпуск молочних, сухих, консервованих та інших спеціальних продуктів дитячого харчування для дітей першого й другого року життя із малозабезпечених сімей.

Постанова Кабінету Міністрів України № 226 від 8.04.1994 р. «Про поліпшення виховання, навчання, соціального захисту та матеріального забезпечення дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків» визначає, що держава забезпечує захист дитячих будинків від перепрофілювання, продажу, приватизації. Встановлено, що до роботи в будинках дитини, дитячих будинках і школах-інтернатах для дітей-сиріт повинні залучатися люди, яким притаманні сердечність, доброта, висока відповідальність за доручену справу. Необхідно щороку організовувати оздоровлення вищезначених дітей у дитячих санаторіях, оздоровчих і спортивних таборах. Міністерству охорони здоров'я потрібно забезпечувати медичне обслуговування дітей-сиріт, двічі на рік проводити медичні огляди цих дітей, у разі потреби брати їх на диспансерний облік, здійснювати постійний медичний нагляд за ними і своєчасне лікування; забезпечити пріоритетне постачання навчально-виховним закладам необхідних медикаментів, медичної апаратури й обладнання, засобів корекції фізичного розвитку. Встановлено, що діти-сироти і діти, які залишилися без піклування батьків, крім тих, які перебувають під опікою, знаходяться на повному державному утриманні.

Наказ МОЗ України № 77 від 14.04.1993 р. «Про стан та заходи подальшого розвитку медико-генетичної допомоги в Україні» визначає, що у структурі захворюваності населення України з тимчасовою і стійкою втратою працездатності значну питому вагу має генетично зумовлена патологія, що разом із шкідливим впливом чинників зовнішнього середовища викликає несприятливі зміни близько 60 % популяції. Одруження осіб із спадковою патологією та вродженими вадами розвитку негативно позначаються на їх нащадках та, в цілому, на здоров'ї населення і трудових ресурсах. Одна з провідних причин високої дитячої смертності — спадкові та вроджені захворювання. Перинатальна смертність в Україні в 25 % випадків зумовлена спадковою патологією. На виникнення вказаної патології, як і раніше, суттєво впливає забруднення навколишнього середовища. Медична наука і практична охорона здоров'я сьогодні, в міру своїх можливостей, приділяють увагу профілактиці спадкової патології та вроджених вад розвитку. Метою наказу є подальший розвиток медичної генетики в Україні. Наказ містить положення про медико-генетичну службу України; рекомендації щодо мережі міжрайонних медико-генетичних кабінетів;

штатні нормативи медичного персоналу генетичних центрів; перелік вроджених вад розвитку новонароджених, що підлягають обов'язковій реєстрації; перелік хромосомної та спадкової патології, що реєструється поза періодом новонародженості; перелік науково-дослідних установ та медичних інститутів, які надають консультативну і лікувально-діагностичну допомогу хворим дітям зі спадковою та вродженою патологією.

У Наказі МОЗ України № 276 від 31.10.2000 р. «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні» надано календар профілактичних щеплень, показання та протипоказання щодо їх проведення. До календаря включено три розділи: щеплення за віком, щеплення, які проводяться на ендемічних та ензоотичних територіях і за епідемічними показаннями, рекомендовані щеплення. Календар щеплень за віком містить дві альтернативні схеми для вакцинації проти гепатиту В. Надані схеми вакцинації ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД дітей. У Наказі визначено положення про організацію та проведення профілактичних щеплень, надано перелік медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень, встановлена форма подачі інформації про випадок побічної дії (ускладнення) після застосування імунобіологічних препаратів.

Наказ МОЗ України № 482 від 04.12.2001 р. «Про затвердження порядку видачі висновку про дитину-інваліда віком до 16 років» та Наказ № 471 і 516 від 08.11.2001 р. «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років» містять медичні показання, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів віком до 16 років терміном на 2, 5 та 16 років згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб МКХ-10, також визначено порядок видачі медичного висновку про дитину-інваліда.

Наказ МОЗ України, МОН України, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту України, Державного департаменту з питань виконання покарань № 740/1030/4154/312/614 від 23.11.2007 р. «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичну допомогу і соціальний супровід ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» містить інструкції про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в медичних закладах і закладах Державної кримінально-виконавчої служби України, про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, а також типові

положення про міждисциплінарну команду із забезпечення медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям та їх сім'ям.

Наказ МОЗ України № 540 від 04.08.2006 р. «Про затвердження принципів грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу “Лікарня, доброзичлива до дитини”» містить принципи підтримки грудного вигодовування, що відповідають Глобальній стратегії ВООЗ/ЮНІСЕФ щодо вигодовування немовлят і дітей раннього віку, критерії та порядок оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини».

Наказ МОЗ України № 716 від 14.11.2007 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини”» містить рекомендації щодо тестування на ВІЛ вагітної жінки, антиретровірусної профілактики та ведення пологів у ВІЛ-інфікованої жінки, заходів профілактики передачі ВІЛ у її дитини.

Покращанню здоров'я, створенню умов для народження та виховання дітей, соціальному захисту, боротьбі з ВІЛ/СНІДом, підвищенню якості освіти сприяють такі загальнодержавні та галузеві програми:

- Національна програма «Діти України»;
- Програма «Шкільний автобус»;
- Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 р.»;
- Державна програма подолання дитячої безпритульності та безнаглядності на 2006–2010 рр.;
- Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації на 2002–2011 рр.»;
- Стратегія демографічного розвитку на період до 2015 р.;
- Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр.;
- Програма реалізації державної політики в сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на 2003–2010 рр.

Інтегративним практично орієнтованим документом став Наказ МОЗ України та НАМН України № 500/71 від 11.08.2011 р. «Про затвердження заходів МОЗ України та НАМН України щодо виконання Загальнодержавної програми “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на

період до 2016”». Він спрямований на підвищення якості та збільшення обсягу медичних послуг, що надаються дітям, запобігання дитячій інвалідності, створення середовища, безпечного для розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя.

БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ ДИТЯЧОГО ГІНЕКОЛОГА

Очевидний факт успішного становлення і динамічного розвитку біоетики в Україні є, безумовно, знаковою подією, яка наочно відображає прихильність нашого суспільства до принципів демократичної розбудови, міжнародної інтеграції та захисту прав особистості. Основи біоетики та біобезпеки викладаються на всіх факультетах вищих медичних навчальних закладів, починаючи з 2011/2012 навчального року. Біоетичні знання мають як прикладне, так і загальнотеоретичне, світоглядне значення. Прикладна інформація для дитячого гінеколога стосується біоетичних оцінок сучасних допоміжних репродуктивних технологій, медико-генетичного консультування та скринінгу популяції, штучного переривання вагітності та конфлікту між матір'ю і плодом тощо.

З позицій формування світогляду сучасного лікаря-фахівця слід звертати увагу на те, що біоетика є логічною відповіддю на численні етичні питання і проблеми, що з'явилися останніми десятиліттями в процесі клінічної роботи, а також під час біомедичних досліджень і експериментів. Вона покликана не лише ідентифікувати й аналізувати конфліктні ситуації, що виникають на стику медицини, біології, філософії та юриспруденції, а й визначати конкретні шляхи їх розв'язання.

Предметом розгляду біоетики є, насамперед, новітні досягнення біології та медицини, визначення ступеня їх небезпеки для людини і суспільства сьогодні та у майбутньому. Біоетика спрямована на розробку моральних, а в подальшому і законодавчих заходів, що зможуть захистити індивідуум, суспільство і людство в цілому від небажаних, а іноді й згубних наслідків упровадження в практику нових медико-біологічних технологій.

Становлення і швидкий прогрес біоетики пов'язані з революційними змінами та досягненнями у сфері медико-біологічних дисциплін. Йдеться про розшифрування геному людини, клонування тварин, можливість клонування людини, штучну

зміну статі, екстракорпоральне запліднення, використання трансгенних рослин для харчування, успіхи генної терапії, лікування із застосуванням ембріональних тканин, нові засоби планування сім'ї, прогрес трансплантології, удосконалення вакцинопрофілактики, запровадження новітніх технологій діагностики, лікування і профілактики різних захворювань людини. Сучасної біоетичної оцінки потребують питання лікарської таємниці, евтаназії, концепції планування сім'ї, методології біомедичних досліджень.

Виникнення біоетики стало безпосереднім наслідком практичного впровадження досягнень науково-технічної революції в умовах глибокої ідеологічної кризи і нагромадження глобальних екологічних проблем. Значні успіхи в розвитку наук медико-біологічного комплексу спричинили безліч питань морального характеру. Дійшло до того, що людина намагається поширити свій контроль на власну еволюцію та претендує на те, щоб не просто підтримувати своє життя, а й поліпшити та змінити свою природу, спираючись на власне розуміння. У подібній ситуації виникають обґрунтовані дискусії щодо етичної основи та моральної правомочності таких дій.

Біоетика є сучасним етапом розвитку медичної етики і деонтології та основою для створення науково обґрунтованого балансу між новітніми медико-біологічними технологіями, з одного боку, і правами людини, принципами гуманізму, суспільного прогресу — з другого. Біоетика ґрунтується на повазі життя та гідності здорової та хворої дитини, інтереси якої завжди повинні оцінюватися вище інтересів науки або суспільства. Провідним постулатом біоетики є принцип автономії з недоторканністю психічного та фізичного статусу дитини, що реалізується правилом інформованої згоди пацієнта і суспільства на проведення лікувальних і профілактичних маніпуляцій.

Біоетика поєднує велике коло соціально-економічних, морально-етичних та юридичних проблем, якими опікуються не тільки медичне співтовариство, а й органи державної влади, громадськість, засоби масової інформації. Біоетичні питання докладно обговорюють в авторитетних міжнародних організаціях — ООН, ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, Раді Європи, ВООЗ. Відповідні декларації, конвенції, угоди, рекомендації, резолюції цих організацій забезпечують розробку національного юридичного й етичного регулювання практичної охорони здоров'я і медико-біологічних досліджень.

Останнім часом в Україні чимало зроблено на шляху до впровадження етичних принципів у медичну практику та біомедичну науку. Зокрема, створена Комісія з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, Комітеті з біоетики НАН, НАМН і МОЗ України. Комітети з медичної етики діють у лікувально-діагностичних установах, де проводять клінічні дослідження ліків і біомедичні наукові дослідження.

Наша держава може і повинна зробити вагомий внесок у розвиток біоетики. Географічне положення України, що розташована між Заходом і Сходом, безсумнівно, впливає на формування наших філософських поглядів на науку в цілому і медицину з біологією зокрема. Історично наша країна ввбрала в себе елементи технократичності Заходу й духовності Сходу. Така гармонійна єдність сприяє гуманізації медицини, розумінню людини як єдності біологічного, психологічного й соціального компонентів. Взаємному проникненню і збагаченню західної та східної культур сприяє співробітництво вищих медичних навчальних закладів України з медичними університетами інших держав в адміністративній, науковій та освітній галузях.

Ретроспективна оцінка історії біоетики свідчить про те, що в 70-ті роки минулого століття вона концентрувала свою увагу на захисті прав людини, в 80-ті — була спрямована на проблему поліпшення якості життя, а в 90-ті — набула характеру глобальної біоетики. Імпульсом для подальшого розвитку технологічної й етичної думки стали додаткові соціально-політичні виклики у сфері медичної біології та новітніх технологій.

Таким чином, розвиток етичної науки може бути представлено логічною зміною низки парадигм. Класична етика була спрямована на дослідження етичних стосунків у системі «людина — людина». Етика «благоговіння перед життям» Альберта Швейцера включила в свою сферу все живе в цілому. Біоетика В. Поттера почала розглядати етичні проблеми під кутом зору існування людини, живих організмів, природи в біосфері. Нооетика, на нашу думку, є етикою ноосферного етапу розвитку цивілізації.

Перехід біоетики в ноетику зумовлений, передусім, безпрецедентним посиленням глобальної екологічної та ідеологічної кризи. Нооетика, що є етикою інтелектуальної діяльності людства, в умовах ноосферного середовища має, принаймні, два важливих практичних аспекти. Один з них пов'язаний з розвитком людського індивіда, його взаємодією з довкіллям, розвит-

ком ресурсів психіки, творчого потенціалу, активізації життєвого тону. Особливого значення набуває питання про добро і зло та захист дитини від психоманіпулятивних дій. Інший аспект стосується екології інформаційного середовища і відновлення планетарної саморегуляції. Оскільки ноосфера не має власних саморегульовальних механізмів, ноетика покликана стати одним (але не єдиним) з них для опору явищам хаосу і наростання ентропії. Це включає формування ноетичного інформаційного середовища, гармонізацію телебачення, Інтернету й інших засобів масової інформації. Ноетика як елемент «концепції стійкого розвитку» покликана об'єднати три його головних компоненти: економічний, екологічний і соціальний.

Ноетика є етичним напрямком, що орієнтований на стійкий розвиток суспільства. Провідна ідея ноетики — етичне вето на будь-який «прогрес», будь-який соціальний проект, якщо останній здійснюється шляхом насильства над особою або природою. Ноетика як етика ноосферної орієнтації та інтелектуальної діяльності людини повинна стати контрольним механізмом ноосфери в умовах глобальної екологічної та духовної кризи.

У біоетичних основах професійної діяльності лікаря можна виділити кілька принципів: «не нашкодуй», «твори добро», принцип поваги автономії пацієнта, принцип справедливості. Похідними із перерахованих принципів є принципи конфіденційності, правдивості та інформованої згоди.

Принципи сучасної біоетики виникли задовго до періоду її становлення: деякі з них пов'язані зі школою Гіппократа (IV в. до н. е.) і містяться в знаменитій Клятві Гіппократа, яка складається з двох розділів: присвяти і кодексу поведінки.

Друга частина Клятви Гіппократа містить власне етичний кодекс, що регулює професійну діяльність лікаря у сферах дієтики, фармакотерапії та хірургії. Клятва включає низку заборон, зокрема абортів і евтаназії. У традиціях Гіппократа було зроблено акцент на спеціальні знання, навчання і досвід медичного працівника, які слід застосовувати безпосередньо в процесі лікування. Відповідно до такого підходу лікар дає розпорядження, а сумлінний пацієнт дотримується вказаних настанов, оскільки знає, що фахівець із глибокими знаннями і досвідом працює щонайкраще в його інтересах.

Протягом тривалого часу лікарі використовували текст Клятви Гіппократа як узагальнену моральну мудрість. Деякі сучасні

професійні етичні кодекси дотримуються традицій Гіппократа, принаймні у тому сенсі, що наголошують: обов'язок лікаря — надавати допомогу, сприяти хворому і не шкодити йому.

Традиції Гіппократа, що сповідують принципи допомоги і сприяння, а також незаподіяння шкоди, були домінуючими у період становлення біоетики і зберігають свій вплив сьогодні.

З етичної та юридичної точок зору, неприпустимою є шкода, спричинена:

- бездіяльністю, ненаданням допомоги тому, хто її потребує;
- несумлінністю, злим або корисливим наміром;
- неправильними, нерозрахованими або некваліфікованими діями.

Важко уявити окремого лікаря, а тим паче всю систему охорони здоров'я, яка б обмежувалася лише однією метою — незаподіянням шкоди пацієнтам. У цьому разі суспільство не мало б підстав підтримувати таку систему. Тому метою всієї системи охорони здоров'я є не просто незаподіяння шкоди, а забезпечення блага пацієнтів, а отже, всіх людей і суспільства в цілому. Завдання системи охорони здоров'я — запобігти втраті здоров'я, якщо це можливо, відновити втрачене здоров'я пацієнта, коли є розумна надія на його лікування. У деяких випадках доводиться вдовольнитися й меншим — призупинити прогресуючий розвиток хвороби або (у разі паліативної медицини) полегшити біль і страждання умираючих.

У традиціях Гіппократа принципи «твори добро» і «не нашкодь» реалізуються в руслі лікарського патерналізму. Протягом тривалого часу він був виправданий, однак, починаючи з 60-х років ХХ ст., опинився під вогнем різнобічної критики через зміни характеру стосунків між лікарем і пацієнтом. По-перше, порушилася особистісна взаємодія через ускладнювання медицини, поглиблення медичних знань і вдосконалення медичних технологій. По-друге, збільшилася кількість ятрогенних захворювань під час здійснення медичних втручань, що породило сумнів у непогрішності знань і дій лікаря. По-третє, у суспільстві виникла підозра, що багато лікарів залучаються до практики, яка порушує інтереси пацієнтів на користь інтересів медичних працівників, фармацевтичних фірм, страхових компаній і медичних програм держави.

Зміни у ставленні до лікарів у постіндустріальному суспільстві призвели до дискусій, які були спрямовані проти надмірного патерналізму традиційних кодексів медичної етики. Ба-

гато авторів пристали до моральної опозиції професійним кодексам, які підтримують патерналістські судження в медичній практиці. Наприклад, викликала сумнів етичність неправди заради блага пацієнта як практики, що порушує право хворого на автономію. Не тільки хворі, а й медичні працівники, органи влади, філософи, медичні соціологи ставлять під сумнів право лікарів приймати медичні рішення від імені пацієнтів.

У результаті виникли клятви, медичні етичні кодекси, що не ґрунтуються на традиціях Гіппократа, а такі, що іноді базуються на непрофесійних етичних системах. Найважливішим із цих документів є «Конвенція із захисту прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини: Конвенція про права людини і біомедицини» (Рада Європи, 1997).

Упровадження нових етичних підходів відбувалося в умовах, коли наприкінці 60-х років ХХ ст. новітні досягнення медико-біологічної науки і практики створили принципово нові клінічні ситуації.

У 60–70-х роках ХХ ст. об'єктом судових розглядів стала практика отримання інформованої згоди на проведення медичних втручань, а також на участь людини у проведенні медичних досліджень. Всупереч думці деяких лікарів про те, що повне розкриття всієї медичної інформації й одержання інформованої згоди несумісні з кваліфікованою клінічною практикою, юридично переважила вимога про необхідність надання пацієнтові інформації про будь-який факт, що може бути підставою для прийняття свідомого рішення.

Іншим запереченням проти принципу соціальної справедливості є твердження, що пов'язані з ним етичні критерії, на основі яких відбувається розподіл ресурсів системи охорони здоров'я, важко застосовувати в реальній клінічній практиці. Насамперед «стандарт потреби» у розподілі ресурсів передбачає, що значення «потреби» відносно постійне. Однак термін «потреби» є невизначеним, і потреби реального пацієнта визначаються конкретними обставинами.

Отже, наведені принципи допомоги і сприяння, незаподіяння шкоди, автономії пацієнтки і соціальної справедливості в сучасній біомедичній етиці визнані основними. Вирішення етичних проблем у сучасній охороні здоров'я дівчат і підлітків здійснюється з урахуванням змісту основних принципів біоетики, однак, методологічні підходи або моделі можуть бути різними.

Характеристика стосунків між лікарем і пацієнткою була б не повною без обговорення низки конфліктів інтересів, що належать до професійної діяльності лікаря. Медична традиція протягом тривалого часу визнавала найважливішою метою медицини сприяння здоров'ю пацієнта і його підтримку. Сучасне формулювання цієї мети доповнюється фразою «у рамках поваги автономії пацієнта». Традиційно визнається більш специфічна мета медицини, що включає збереження життя, звільнення від болю і страждань, відновлення фізичної та психічної функції, турботу про хвору людину і т. ін. Поряд з існуванням розбіжностей щодо того, яка специфічна мета може бути включена в стратегію сприяння і підтримки здоров'я пацієнта, є й інші мотивації та стимули, що конкурують з концентрацією уваги лікаря винятково на проблемах благополуччя пацієнта. Такі конкуруючі мотивації створюють конфлікт інтересів лікаря, що проявляється у багатьох варіантах.

Стосунки між лікарем і пацієнткою можуть мати особливості, пов'язані з їх різною культурною ідентифікацією. Лікар і хвора можуть виявитися громадянами різних країн, розмовляти різними мовами, належати до різних культур (або субкультур у межах однієї країни). Через вказані причини у лікаря і пацієнтки можуть бути розбіжності в культурному розумінні прийнятної етичної практики і дуже значні — у світогляді. Лікар і пацієнтка з різними культурними поглядами можуть мати серйозні протиріччя в етичних проблемах. Наприклад, вони можуть не погоджуватися, якщо йдеться про легітимну владу в прийнятті рішень. Предметом розбіжностей може стати проблема правдивості в медичній практиці, роль родини в ухваленні рішення про методи лікування хворого, прийнятне лікування дитини.

Значною проблемою у взаєминах лікаря і пацієнтки можуть стати расові, етнічні або національні забобони. Їх подолання є не тільки питанням біомедичної етики, а й завданням загальнолюдського масштабу.

Взаємини між представниками різних медичних професій (лікарями, медичними сестрами, адміністраторами, фармацевтами тощо) і пацієнтами створюють складну соціальну мережу, через яку реалізуються індивідуальні, групові та державні інтереси, пов'язані з питанням охорони здоров'я. Існують норми, що відіграють певну роль у етичній регуляції взаємин медичних працівників і пацієнтів. Принципи правдивості й інформо-

ваної згоди закріплено в «Декларації про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі» (Амстердам, 1994).

Принцип інформованої згоди. Дискусії про правдивість і неправду у медичній етиці часто виникають у зв'язку з обговоренням вимоги інформованої згоди. Сьогодні є загальноприйнятим, що компетентний дорослий пацієнт має моральне й юридичне право не піддаватися медичному втручанню без його інформованої та добровільної згоди. Цілком зрозуміло, що неправда або навіть приховування інформації серйозно підривають можливість проведення повноцінної дискусії та надання інформованої згоди. Щоб надати таку згоду і реалізувати своє право на самовизначення, пацієнт повинен мати доступ до необхідної інформації, а лікар, як правило, повинен її надавати.

Медичне втручання, пов'язане з ризиком для здоров'я пацієнта, допускається як виняток у разі нагальної потреби, якщо ймовірна шкода від застосування методів діагностики, профілактики або лікування менша, ніж очікувана шкода у разі відмови від втручання, а усунення небезпеки для здоров'я пацієнта іншими методами неможливе.

Ризиковані методи діагностики, профілактики або лікування визнаються припустимими, якщо вони відповідають сучасним науково обґрунтованим вимогам, спрямовані на запобігання реальній загрозі життю та здоров'ю пацієнта, застосовуються за згодою пацієнта, обізнаного про їхні можливі негативні наслідки, а лікар зобов'язується вжити всіх належних у таких випадках заходів щодо запобігання загрозі життю і здоров'ю.

Якщо відмова від медичного втручання може призвести до тяжких наслідків, лікар зобов'язаний пояснити це пацієнтові. Якщо й після цього пацієнт не змінює свого рішення, лікар має право вимагати письмового підтвердження, а за неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним актом у присутності свідків. Якщо відмову дає законний представник пацієнта і вона може мати для хворого тяжкі наслідки, лікар повинен довести це до відома органів опіки.

Обов'язковими «граничними» елементами або попередніми умовами принципу інформованої згоди є компетентність і добровільність. Компетентність пацієнта або досліджуваного є необхідною попередньою умовою процедури одержання інформованої згоди. Закон встановлює досить просте правило, що передбачає два стани — компетентність пацієнта чи досліджуваного або некомпетентність. Некомпетентними є діти, а також

дорослі, які визнані у встановленому законом порядку недієздатними. Право на надання інформованої згоди від недієздатного пацієнта передається його законним представникам. Закон у цьому сенсі виражає лише незначний загальновизнаний мінімум морального нормування, залишаючи осторонь низку спірних і неоднозначних, з етичної точки зору, ситуацій. Зокрема, недостатньо враховуються права дитини на отримання інформації про свій фізичний і психічний стан і на контроль за тим, що відбувається з її тілом у процесі лікування. Звичайно, дитина недостатньо зріла для того, щоб без допомоги дорослих приймати відповідальні рішення, які стосуються методів її лікування. Але це не означає, що дорослий може повністю її замінити в процесі ухвалення рішення. Чи можна однозначно ігнорувати особистість неповнолітньої хворої? Імовірно, більш виправданим варто вважати диференційований підхід, який, відповідно до рівня індивідуального розвитку, надавав би дитині більший або менший обсяг прав під час участі в ухваленні рішення з приводу свого лікування.

З моральної точки зору, є хибною практика примушувати дітей шляхом насильства чи обману до оперативного втручання. Труднощі отримання їхньої згоди, що дійсно має місце в деяких випадках, свідчать лише про нагальну необхідність клініко-психологічної освіти лікарів та активної діяльності професійних психологів у розв'язанні проблем спілкування малолітніх пацієнтів і медиків. Варто враховувати також можливість прийняття законними представниками рішення, яке суперечить інтересам самої пацієнтки. В останньому випадку обов'язок лікарів — виступити на захист інтересів дитини і вжити юридичних заходів, які б обмежили права законних представників у цьому питанні. Траплялися випадки, коли батьки від незнання або під впливом релігійних забобонів відмовлялися від проведення операції, яка врятувала б життя дитини. У подібних ситуаціях інтереси недієздатних пацієнтів повинні переважати права їхніх законних представників.

Компетентність пацієнтки — це її здатність до самостійного прийняття рішень. Дівчина у тяжкому стані не завжди буває компетентною, як, до речі, й під впливом значного емоційного стресу і болю. Ось чому принципово важливо визначити, чи є пацієнтка компетентною, чи ні. Комісійне визначення некомпетентності ґрунтується на втраті здатності пацієнтки приймати рішення, що сприяють її благополуччю, з урахуванням

цінностей і переваг, висловлених нею раніше. У біоетичній практиці розробляються стандарти компетентності, що є досить специфічними в різних галузях клінічної практики.

Надзвичайно важливим є питання про обсяг інформації, яку хвора дівчинка повинна отримати й зрозуміти для того, щоб її згода вважалася інформованою.

Добровільність у наданні інформованої згоди не менш важлива, ніж компетентність. Рішення вважається добровільним, якщо воно прийняте за відсутності зовнішнього тиску з боку лікарів, опікунів, родичів і друзів. Існують різні форми впливів, що можуть суттєво порушувати добровільність. Це — безпосереднє примушення до певного рішення шляхом погрози, авторитарне нав'язування рішення і маніпуляція інформацією, яка (лише на перший погляд є об'єктивною) подається таким чином, що пацієнтка приймає вигідне для когось рішення. Тому при одержанні інформованої згоди необхідно спеціально звернути увагу пацієнтки на те, що відмова не зменшує її прав і доступності альтернативних методів медичного втручання.

Будь-яка хвороба, особливо тяжка, впливає на психіку дівчинки, у багатьох випадках обмежуючи її здатність самостійно приймати рішення. Безпомічний стан робить її особливо піддатливою щодо безпосереднього авторитарного диктату лікаря-куратора. У подібних випадках, навіть якщо немає підстав сумніватися в компетентності хворої дитини, необхідно забезпечити їй можливість обговорення своєї ситуації з близькими. Варто також пам'ятати про право пацієнтки на консультацію незалежних фахівців, що надається їй чинним законодавством. Найбільші гарантії надає біоетична практика, коли заявки на проведення досліджень в обов'язковому порядку проходять незалежну експертизу етичного комітету.

Процедура одержання інформованої згоди покликана реалізувати зміст моральної ідеї визнання пацієнтки як особистості, яка має право разом з медичними працівниками приймати рішення, що стосуються питань свого лікування. У формі певних етичних норм зміст правила інформованої згоди викладено в етичних кодексах і деклараціях, прийнятих міжнародними і національними медичними асоціаціями й об'єднаннями.

Процедурні аспекти регламентуються національним законодавством, наказами й інструкціями органів охорони здоров'я, правилами внутрішнього розпорядку лікувально-профілактичних закладів і науково-дослідних установ. Традиція усного ін-

формування має ту перевагу, що є менш офіційною і більш довірливою. Але водночас воно практично виключає можливість незалежного контролю того, що реально повідомляється пацієнті, знижує відповідальність медиків.

Одержання інформованої згоди є дуже важливим для соціально-психологічної адаптації дівчат до нових умов життя, що можуть виникнути внаслідок медичного втручання. Обговорення з лікарем процесу лікування, мети та ймовірних наслідків того або іншого втручання створює в пацієнтки психологічну готовність до необхідних корективів способу життя і, як наслідок, сприяє більш ефективній адаптації. Правило інформованої згоди не тільки регулює певну процедуру, що передусе серйозному медичному втручання, але й націлює на змістовне міжособистісне спілкування лікарів і юних пацієнток упродовж усього процесу лікування.

Принцип інформованої згоди не слід розглядати лише як захід, що починається у зв'язку із загрозою заподіяння шкоди хворому з боку лікарів. Запобігання такій небезпеці є хоча й важливим, але не єдиним і не головним завданням. Принцип інформованої згоди варто розуміти як норму взаємин лікаря і пацієнтки з метою спільного обґрунтування й узгодження оптимального методу медичного втручання. Цей принцип необхідно розглядати не як самоціль, а як засіб для забезпечення партнерського діалогу зацікавлених сторін, якими є лікар і пацієнтка.

Розділ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІВЧАТАМ-ПІДЛІТКАМ В УКРАЇНІ

В Україні контроль за здоров'ям дівчат як майбутніх матерів здійснюється на всіх етапах і стадіях розвитку жіночого організму. З цією метою ще з 1957 р. функціонує та удосконалюється гінекологічна допомога дівчаткам і підліткам з урахуванням їх вікових особливостей. Згідно з наказом МОЗ України № 114 від 22.06.95 р., спеціальність лікаря акушера-гінеколога дитячого та підліткового віку включена до відповідного переліку спеціальностей. Підготовка лікарів з даного фаху проводиться відповідно до Наказу № 143 МОЗ України від 22.06.93 р., удосконалення якого регламентовано Наказом № 391 МОЗ України від 27.12.96 р. «Про удосконалення служби дитячої та підліткової гінекології».

Методична та лікувально-діагностична робота в дитячій гінекології здійснюється двома центрами в Україні, які надають пріоритетного значення репродуктивному здоров'ю дівчат з дитячого віку на державному рівні. Це Український центр дитячої та підліткової гінекології Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України та Харківський НДІ охорони здоров'я дітей та підлітків МОЗ України, про що зазначено у Національних програмах «Діти України», «Планування сім'ї» та «Репродуктивне здоров'я нації 2006–2011 рр.».

В обласних центрах функціонують кабінети дитячої та підліткової гінекології, а в деяких регіонах у кожному районному центрі працюють лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку. У багатьох із них функціонують спеціалізовані гінекологічні ліжка або відділення для дівчат-підлітків.

Система динамічного нагляду дівчат і підлітків включає триетапну організацію медичної допомоги.

Перший етап полягає у проведенні профілактичних оглядів дівчат і підлітків у дошкільних дитячих колективах, школах і професійних коледжах. З метою збереження репродуктивного здоров'я дівчаток і підлітків та підготовки їх до материнства необхідним є проведення на даному етапі санітарно-просвітницької роботи з питань статевого виховання.

Дівчатка дошкільного, раннього шкільного віку підлягають профілактичному огляду лікарем-педіатром дитячого закладу з метою виключення у них порушень статевого розвитку, гінекологічних захворювань. Дільничні педіатри спостерігають за розвитком дівчат з моменту їх народження до 15 років за загальноприйнятими методами обстеження, які передбачають клінічну антропометрію, оцінку ступеня розвитку вторинних статевих ознак. За наявності скарг і об'єктивних даних, що вказують на патологію у дівчинки, її направляють на спеціалізований прийом — у кабінеті дитячої та підліткової гінекології проводять клінічно-інструментальне, ректоабдомінальне та додаткові методи обстеження.

Важливий розділ першого етапу роботи — організація цілеспрямованих оглядів учнів шкіл і коледжів з метою виявлення гінекологічної патології або порушення статевого розвитку, які проводяться лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку. Профілактичні огляди дівчат-підлітків рекомендують здійснювати з 12 років.

Враховуючи положення про захист прав дитини в аспекті біоетики та відповідно до «Конвенції з питань біоетики та прав людини», ухваленої Парламентською Асамблеєю Ради Європи (1997), профілактичним оглядам дівчат щодо виявлення ранніх порушень репродуктивної системи має передувати роз'яснювальна робота. Школяркам слід пояснити, що даний огляд проводиться винятково з метою збереження індивідуального здоров'я кожної окремої дівчинки і лише за її згодою або згодою батьків або опікунів.

Другий етап — надання амбулаторної допомоги у спеціалізованих кабінетах дитячої та підліткової гінекології.

Третій етап — надання медичної допомоги в умовах спеціалізованого стаціонару або гінекологічного відділення.

Триступенева спеціалізована гінекологічна допомога дівчатам сприяє ефективній профілактиці порушень генеративної функції та зниженню їх захворюваності.

ДЕОНТОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ЕТИКА В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

Робота дитячого гінеколога потребує особливих професійних і душевних якостей. Оскільки юним жінкам і дівчатам притаманна надмірна вразливість, кожне слово лікаря повинно бути зважене та продумане.

Деонтологія в гінекології дитячого віку має цілу низку особливостей, зокрема, при наданні медичної допомоги лікарю доводиться втручатися в найбільш інтимні сторони життя дівчат. Це стосується вивчення анамнезу, а також гінекологічного дослідження, що часто проводиться у присутності інших лікарів. Беручи до уваги загострене відчуття сором'язливості у підлітків, особливо між 5 та 8 роками, дитячому гінекологу необхідно володіти особливим підходом і тактом при обстеженні дівчат.

При зверненні дитини до лікаря-гінеколога, останньому, передусім, слід встановити контакт з її батьками. Зазвичай батьки утримуються від гінекологічного обстеження дитини, однак, саме у дівчаток до періоду статевої зрілості може виникнути низка станів, які змусять їх звернутися по лікарську допомогу.

Професійної майстерності від дитячого гінеколога потребує опитування хворої дівчинки, яке не можна проводити в палаті у присутності інших хворих або лікарів. Для цього слід створити відповідні умови в кабінеті або оглядовій. Збираючи анамнез, краще вести бесіду з матір'ю дівчинки, ставлячи при цьому коректні питання. Особливу увагу потрібно звертати на емоційну сферу й особливості характеру дівчинки. Необхідно пам'ятати, що від правильно зібраних анамнестичних даних залежать діагноз та ефективність лікування.

Гінекологічний огляд для дівчат є емоційним випробуванням, до якого лікар повинен знайти індивідуальний підхід.

Лікар-гінеколог повинен розповісти дівчинці та її батькам про можливість гінекологічного захворювання у дівчат різного віку, наголосити на необхідності гінекологічного огляду дівчинки, повідомити про його безпечність і вагомість для встановлення правильного діагнозу і своєчасного лікування. Батькам пропонується підготувати дівчинку до гінекологічного огляду, щоб не завдати їй моральної травми.

Спеціальне гінекологічне дослідження у жодному разі не повинно викликати у дитини психічної травми, як і будь-яке інше

обстеження. Цього можна досягти, дотримуючись таких етичних правил:

— перш за все, необхідно заспокоїти матір і переконати її в тому, що дослідження не завдадуть жодної шкоди дівчинці, а її статеві органи не будуть ушкоджені, а також запевнити, що інструменти, які використовуватимуться, спеціально призначені для гінекологічного обстеження дівчат;

— дівчинці необхідно пояснити, що обстеження не спричинить їй болю, а лікар негайно припинить дослідження, якщо останнє призведе до будь-яких больових або неприємних відчуттів.

Більшість дівчат погоджуються на обстеження, якщо лікар переконає їх у необхідності проведення огляду.

Успіх обстеження значною мірою залежить від довіри матері та дівчинки до лікаря. Поведінка дитини відображає настрій та побоювання матері, тому лікар має створити спокійну, дружню атмосферу та пояснити всі свої дії.

Гінекологічний огляд проводять після психологічної підготовки дитини в окремій кімнаті, без сторонніх або за ширмою. Бажано, щоб під час огляду була присутня матір або опікун. Однак у деяких випадках, наприклад при підозрі на вагітність у підлітковому віці, обстеження краще проводити в присутності медичної сестри. Під час огляду необхідно продовжувати розмову з дівчинкою, щоб відволікти її увагу.

При дотриманні правил деонтології інколи доводиться обстежувати дитину під наркозом. Якщо лікарю не вдалося перемогти страх та опір дівчинки, недоцільно насильницьким шляхом проводити обстеження, оскільки це призведе до психічної травми у дитини. У таких випадках обстеження необхідно проводити під наркозом.

Після закінчення процедури дитина повинна отримати подяку за допомогу в проведенні обстеження й отримати інформацію про його результати.

Для уточнення діагнозу часто доводиться вдаватися до додаткових методів обстеження. Їх застосування повинно бути виправданим, не завдавати додаткових страждань. Дослідження повинно бути мінімально болючим і не травматичним. Перед взяттям мазків у разі запальних захворювань геніталій матері і дівчинці старшого віку необхідно пояснити, що взяття мазків — нешкідлива і безболісна процедура, але вона необхідна для вибору адекватної терапії.

Вагіноскопія викликає побоювання батьків дівчинки у зв'язку з можливістю ушкодження дівочої пліви. Батькам необхідно пояснити методику цієї маніпуляції, що виключає можливість заподіяння травми. У деяких випадках вагіноскопію проводять під наркозом в умовах стаціонару.

Найчастіше у дівчат трапляються запальні захворювання статевих органів. У цьому разі лікар інформує матір про можливі причини запального процесу, його хронічні форми та ускладнення, оскільки хронічний запальний процес підтримується або загострюється внаслідок повторних уражень через загальні предмети туалету або постільну білизну. Матері також корисно знати, що ефективне лікування потребує часу, а його кінцевий результат залежить від чіткого виконання всіх рекомендацій, які надав лікар.

При порушеннях менструального циклу у дівчат особливу увагу приділяють анамнезу умов життя, режиму дня і харчування дівчинки, перенесеним хронічним захворюванням. Необхідно ретельно з'ясувати, як харчується дівчинка, чи не дотримується вона дієти, аби мати «модну фігуру». Таку бесіду проводять у довірливій формі, оскільки вона стосується інтимних сторін життя дівчини (залишення батьком сім'ї, алкоголізм у сім'ї та ін.). Батькам роз'яснюють відповідальність щодо захворювання, необхідність госпіталізації, обґрунтовують методи лікування. При виборі методів лікування вказують на можливість і успішність гормональної терапії. Успіх лікування багато в чому залежить від розуміння батьками і дівчинкою задань терапії.

Надаючи допомогу дитині з травмою статевих органів, лікар, оцінивши тяжкість і характер ушкодження, повинен заспокоїти батьків, пояснивши їм, що найчастіше мимовільні травми статевих шляхів бувають легкими і не супроводжуються у подальшому порушенням дітородної функції. У бесіді з батьками лікар розповідає про характер операції, звертає увагу на те, що сучасна хірургічна техніка дозволяє повністю відновити більшість порушень, отриманих внаслідок травми.

Насильницька травма статевих органів потребує від лікаря особливої уваги як до травмованої дитини, так і до її батьків. Необхідно ретельно з'ясувати обставини того, що відбулося, констатувати і чітко описати характер тілесних ушкоджень. Батькам потрібно пояснювати важливість правильної поведінки з метою зменшення емоційного стресу у дитини. Їх інфор-

мують про характер і тяжкість ушкоджень, методи хірургічної допомоги та вказують на необхідність взяття мазків зі статевих шляхів, дослідження крові на реакцію Вассермана. Насильницькі травми, як правило, супроводжуються розголосом даної події. У цьому разі лікар повинен коректно відповісти на поставлені запитання, а інколи, щоб запобігти додатковим психічним травмам дитини, рекомендувати змінити місце проживання, школу, дитячий заклад тощо.

Пухлини статевих органів є рідкісною формою патології у дітей і, як правило, перебігають без симптомів. Дуже часто батьки не припускають думки про можливість пухлинного процесу у дівчаток. При виявленні пухлини статевих органів у дівчаток батькам вказують на необхідність госпіталізації, докладаючи максимум зусиль для того, щоб факт госпіталізації не травмував дитину. Обґрунтовуючи необхідність хірургічного втручання, батькам слід пояснити, що операція не зашкодить здоров'ю дитини і будуть використані всі можливості щодо збереження функцій ураженого органа.

Деонтологічні питання, пов'язані з вадами розвитку статевих органів у дівчат, мають свої складнощі. Перш за все, лікарю слід оцінити тяжкість і характер вади, після чого звернути увагу батьків на можливість її хірургічної та гормональної корекції.

У гінекологічному стаціонарі дітей розмішують у палати за віковими групами. Особливого значення надають лікарським обходам. У таких випадках кожна хвора дівчинка в палаті прислуховується до всього, що сказано лікарями. Тому інформація про хвору дитину повинна бути чіткою, вичерпною, але не надмірною. Окремі питання всім дівчатам варто вирішувати без сторонніх осіб. Потрібно намагатися приділити однакову увагу всім хворим. Медичному персоналу не слід допускати огляду дівчат у присутності інших дітей.

При оперативних втручаннях на статевих органах у дівчат старшого віку недоцільно інформувати їх про обсяг операції. Необхідно запевнити дівчинку в сприятливому результаті операції і дати зрозуміти, що стан її здоров'я залежить від правильного режиму дня та харчування. Дуже важливо, щоб дитина не отримала інформацію з різних джерел (батьки, персонал, лікар).

Медикам слід зберігати лікарську таємницю і жодних даних про стан хворої не надавати ні оточуючим, ні самій дівчинці.

Дотримання медичної етики й основних принципів деонтології в гінекології дитячого віку є обов'язковою умовою для успішної роботи дитячого гінеколога і має вагоме значення для ефективного лікування та профілактики гінекологічних захворювань у дівчат.

КАБІНЕТ ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Кабінет дитячої та підліткової гінекології організовується у складі обласної (міської, районної) лікарні, жіночої консультації або дитячої поліклініки і є організаційно-методичним і консультативним центром області (міста, району) в межах штатного розпису. Робота кабінету організовується і координується спільно з обласним (міським, районним) лікарем-гінекологом дитячого та підліткового віку, відділенням дитячої та підліткової гінекології.

Прийом пацієнток у кабінеті дитячої та підліткової гінекології та статевого виховання проводять без обмеження: за направленням і без нього.

Гінекологи дитячого та підліткового віку, які працюють у кабінетах, забезпечують комплексне обстеження дівчат-підлітків з гінекологічними захворюваннями з метою уточнення діагнозу, визначення характеру і тактики лікування хворих, надають медико-консультативну допомогу з проблем, що пов'язані зі статевим вихованням і підвищенням рівня статевої культури у підлітків, організовують, за необхідності, консультації обласного (міського) лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку.

У кабінеті дитячої та підліткової гінекології проводять:

- навчально-методичну роботу щодо впровадження статевого виховання підлітків;
- консультації з питань сексуальної поведінки;
- консультації з питань контрацепції, профілактики та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом;
- взяття матеріалу вагінальних виділень для бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження та визначення ступеня естрогенної насиченості;
- вагіноскопію;
- видалення сторонніх тіл з піхви;
- обробку травм зовнішніх статевих органів;

— видалення кондилом з подальшим патогістологічним дослідженням;

— роз'єднання синехій;

— санацію піхви;

— підшкірні, внутрішньом'язові ін'єкції хворим дівчатам, що не потребують госпіталізації;

— підшкірні проби з естрогенами, гестагенами;

— апробацію нових методів діагностики та лікування.

До роботи у спеціалізовані кабінети залучають досвідчених лікарів, які пройшли спеціалізацію з дитячої та підліткової гінекології. З лікарем працює медична сестра, яка володіє методами огляду й опитування дівчат, навичками проведення необхідних лікувальних процедур і маніпуляцій (спринцювання, введення лікарських свічок у піхву, інстиляції лікарських речовин та ін.).

Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку обслуговує дівчат від періоду новонародженості до 18 років, є членом медичної комісії з проведення профілактичних оглядів.

Показання для направлення дівчат-підлітків на консультативний прийом до лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку такі:

— підозра на гінекологічну патологію, що виявлена лікарем-педіатром і сімейним лікарем під час профогляду у дошкільних закладах, школах, коледжах;

— патологічний початок менструальної функції;

— порушення менструальної функції;

— відсутність вторинних статевих ознак у віці 12–13 років;

— відсутність менструації у віці після 16 років;

— передчасний статевий розвиток (ріст молочних залоз, волосся на лобку до 8 років);

— порушення розвитку зовнішніх статевих органів;

— ожиріння II–III ступеня або дефіцит маси тіла більше 10 % у період статевого дозрівання;

— патологічне оволошіння;

— порушення фізичного розвитку;

— патологічні виділення зі статевих шляхів;

— біль у черевній порожнині нез'ясованого характеру;

— екстрагенітальна патологія (захворювання серцево-судинної системи, нирок і сечовивідних шляхів, органів ендокринної системи та ін.);

— часті ГРВІ, тонзиліти;

— хірургічне втручання на органах черевної порожнини в анамнезі;

— анамнестичні дані про генетичні відхилення в родині.

Диспансеризація дівчаток і підлітків проводиться у таких випадках:

1. Хронічні захворювання в стадії компенсації, субкомпенсації, декомпенсації у поєднанні з порушенням статевого розвитку.

2. Поєднана ендокринно-гінекологічна патологія.

3. Порушення менструальної функції (аменорея, альгодисменорея, маткові кровотечі).

4. Оперативне втручання з приводу аномалій розвитку статевих органів і пухлин геніталій в анамнезі.

5. Рецидивні вульвовагініти, синехії малих соромітних губ.

6. Передчасний або запізнений статевий розвиток.

7. Уроджені порушення статевої диференціації.

8. Переривання вагітності в юному віці.

Відповідно до Наказу № 391 МОЗ України, при кабінетах дитячої та підліткової гінекології організовані денні стаціонари для обстеження і лікування дівчат-підлітків, що страждають на порушення статевого дозрівання та гінекологічні захворювання. Робота денних стаціонарів визначається в кожному конкретному випадку залежно від вимог.

Штат денного стаціонару складають відповідно до штатного розпису, який передбачено для гінекологічного відділення, а в амбулаторно-поліклінічних відділеннях — залежно від обсягу роботи в кожному конкретному випадку.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ

ЛІКАРЯ-ГІНЕКОЛОГА

ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ _____

На посаду лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку призначають акушера-гінеколога, який має спеціалізацію з гінекології дитячого та підліткового віку.

Посада лікаря-гінеколога дитячого віку вводиться за рахунок штатного розпису медичної установи (підрозділу) у встановленому порядку, з розрахунку 0,5 посади на 10 000 дівчат-підлітків, але не менше однієї штатної посади на рівні центральної районної лікарні.

Навантаження лікаря з урахуванням специфіки гінекологічного обстеження дівчаток — 5 осіб на годину, а на профі-

лактичних оглядах — 8 осіб на годину. Амбулаторний прийом лікаря-гінеколога здійснюється впродовж 5 год 30 хв відповідно до часу прийому лікаря вузької спеціальності.

Основні завдання лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку:

— діагностика та лікування порушень і захворювань репродуктивної системи у дівчат;

— проведення профілактичних оглядів щодо запобігання гінекологічній захворюваності та здійснення інформаційної роботи зі статевого виховання при підготовці дівчаток до материнства.

Відповідно до основного завдання, лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку виконує таку роботу:

1. Організовує своєчасну діагностику та проводить лікування гінекологічних захворювань у дітей і підлітків.

2. Спільно із підлітковим лікарем-терапевтом бере участь в організації та проведенні профілактичних оглядів серед підлітків (шкіл, коледжів й інших навчальних закладів).

3. Забезпечує диспансерний нагляд за дівчатами-підлітками з гінекологічними захворюваннями, проведення комплексних лікувально-оздоровчих заходів.

4. Здійснює інформаційно-просвітницьку та навчально-методичну роботу серед дівчат-підлітків з питань статевого розвитку, підготовки їх до створення сім'ї та профілактики незапланованої вагітності.

5. Проводить експертизу захворюваності дівчат-підлітків, аналіз причин і наслідків абортів у них.

6. Розробляє і впроваджує конкретні заходи, які спрямовані на оздоровлення контингенту дівчат, що почали раннє статеве життя. Для проведення профілактичної, санітарно-просвітницької та навчальної роботи виділяють 4 год на тиждень у рахунок робочих годин (із обов'язковою звітністю).

7. Працює у тісному контакті з лікарями-спеціалістами даної лікувально-профілактичної установи, терапевтами підліткового кабінету, педагогами, керівниками дитячих дошкільних закладів, шкіл, коледжів.

8. Графік роботи лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку складається з урахуванням забезпечення амбулаторного прийому, консультації у стаціонарі, проведення профілактичної санітарно-освітньої та навчальної роботи.

9. Зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію за фахом «Гінекологія дитячого та підліткового віку» (один раз на 5 років).

10. Звітує про роботу перед адміністрацією лікувально-профілактичної установи, систематично інформує головних спеціалістів органів охорони здоров'я про стан здоров'я дівчат-підлітків регіону, яких він обслуговує.

11. Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку безпосередньо підпорядковується керівникові лікувально-профілактичної установи.

ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Відділення дитячої та підліткової гінекології є структурним підрозділом обласної (міської) лікарні, кількість ліжок якого визначається з розрахунку одне ліжко на 50 тис. населення дитячого та підліткового віку, укомплектовується штатами гінекологічного відділення та забезпечується обладнанням обласної (міської) лікарні.

Завдання відділення дитячої та підліткової гінекології:

— надання висококваліфікованої гінекологічної лікувально-діагностичної допомоги дівчатам-підліткам;

— виконання хірургічних втручань при гінекологічних захворюваннях;

— надання ургентної гінекологічної допомоги дівчатам-підліткам;

— впровадження новітніх методів діагностики та лікування дівчат-підлітків із захворюваннями статевих органів.

На посаду завідувача відділення призначається лікар акушер-гінеколог вищої або першої категорії, який пройшов курси удосконалення з гінекології дитячого та підліткового віку і за професійною підготовкою спроможний організувати службу в місті або області.

Обов'язки завідувача відділення:

— систематичний контроль за підготовкою лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку;

— контроль за лікувально-профілактичною та санітарно-просвітницькою роботою;

— надання консультативної та лікувальної допомоги дівчаткам, контроль за наступністю в роботі стаціонарних та амбулаторних спеціалізованих медичних закладів;

— контроль за роботою лікарів-педіатрів поліклінік, дошкільних закладів, шкіл, лікарів підліткових кабінетів щодо виявлення гінекологічних захворювань у дівчат-підлітків і своєчасного направлення їх до гінекологів спеціалізованих кабінетів.

Лікувально-діагностичні та методичні заходи в стаціонарі включають впровадження і розробку нових методів діагностики, лікування і профілактики гінекологічних захворювань, корекцію порушень статевого розвитку. Тому в стаціонарі повинна бути передбачена можливість здійснення повного обстеження хворої дівчинки-підлітка.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ _____

Лікувально-профілактична робота в гінекології дитячого віку має три основні етапи:

1. Профілактична робота проводиться в яслах, дитячих садках, школах, дитячих поліклініках і стаціонарах.

Першим лікарем, до якого звертаються батьки і дівчата, є лікар-педіатр. Він повинен вміти проводити санітарно-просвітницьку роботу, виявляти патологічні відхилення розвитку статевих органів і при підозрі на гінекологічне захворювання направляти дівчат до спеціаліста — дитячого гінеколога.

Дітям, які знаходяться в дитячих стаціонарах, лікар-педіатр у деяких випадках надає і лікувальну гінекологічну допомогу.

2. Гінекологічні кабінети дитячого віку організують при дитячих поліклініках. Дитячий гінеколог з лікувальною метою організовує санітарно-просвітницьку роботу з виявлення та профілактики гінекологічних захворювань у дітей. Дівчата, що потребують спеціальної допомоги й обстеження статевих органів, направляються в спеціалізоване гінекологічне дитяче відділення.

3. Дитяче гінекологічне відділення входить до складу дитячого стаціонару. Гінекологічні захворювання у дівчат мають специфічні особливості, тому обстеження та лікування дівчат потребують тісної співпраці дитячих гінекологів з педіатрами.

Санітарно-просвітницьку роботу спільно організують і проводять педіатр і дитячий гінеколог.

Лекції, бесіди проводяться серед персоналу дитячих установ (ясел, дитячих садків, шкіл, лікувально-профілактичних стаціонарів), серед батьків і дівчат старшого віку, під час яких коротко і доступно ознайомлюють батьків і персонал з особливостями будови статевих органів у дівчат, звертають увагу на можливість гінекологічних захворювань. Батьки і персонал дитячих установ мають бути обізнані, що з розвитком дівчинки відбуваються зміни в усіх органах і системах. У препубертатному періоді змінюються поведінка дівчинки, її ставлення до оточення. Висвітлюються питання гігієни дівчинки у різні періоди статевого розвитку. При цьому значна увага приділяється загальним питанням: гігієні тіла, режиму навчання та відпочинку, необхідності фізичних і водних процедур, які повинні бути адаптовані до відповідного віку. Надмірні фізичні навантаження в будь-якому віці можуть призвести до патологічного формування кісткової системи, зокрема кісток таза, до порушень формування жіночого організму та гормонального статусу.

Педіатр, який читає лекції в пологовому будинку, обов'язково наголошує на гігієні статевих органів дівчаток у період новонародженості.

При огляді статевих органів новонародженої звертають увагу на їх розвиток, характер виділень зі статевих шляхів. На 3-тю–8-му добу після народження дівчинки можливі кров'янисті виділення, що пов'язані з гормональною кризою внаслідок припинення дії материнських гормонів. Виділення із піхви не повинні бути гнійними. Гнійні виділення можуть виникнути в результаті інфікування дитини під час пологів (гонорея, трихомоніаз).

З перших днів життя дівчинки слід рекомендувати регулярно обмивати її зовнішні статеві органи теплою водою з додаванням незначної кількості розчину перманганату калію та змащувати їх стерильною рослинною олією або дитячим кремом. У складках між малими та великими соромітними губами можуть скупчуватися плівки білуватого кольору, які містять, переважно, злущений епітелій. Виділення у вигляді плівок видаляють ватним тампоном, змоченим стерильною рослинною олією.

У нейтральному періоді статевого розвитку за відсутності подразнення зовнішніх статевих органів дівчатам рекомендують гігієнічний душ, своєчасну зміну білизни, яка повинна бути

вільною, бажано з бавовни. При забрудненні статевих органів калом, при появі почервоніння рекомендують підмивання відварами рослинних засобів (ромашка, череда) та змащування рослинною олією. Розчин перманганату калію та вазелінову олію застосовувати у цьому віці не рекомендується, оскільки це сприяє виникненню сухості шкіри та слизових оболонок. Підмивання виконують спереду назад, до ділянки відхідника. Дівчата, що страждають на ексудативний діатез, ожиріння, інфекційні захворювання сечовивідних шляхів, діабет, і ті, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання, потребують особливого догляду за статевими органами, тому що вульвовагініти найчастіше виникають у дівчат даної групи ризику.

У препубертатному періоді з'являються вторинні статеві ознаки, відбуваються зміни у внутрішніх і зовнішніх статевих органах. До кінця цього періоду дівчинка повинна бути підготовлена до настання менархе. Проводяться лекції та бесіди з батьками і дівчатами старшого віку про фізіологію препубертатного, пубертатного періодів, про гігієну статевих органів. У цей період можуть з'являтися виділення з піхви та можливе подразнення слизової оболонки статевих шляхів, тому зовнішні статеві органи рекомендовано обмивати слабким розчином перманганату калію.

У пубертатному періоді дівчатам необхідно пояснити правила гігієни під час менструації: обмивання зовнішніх статевих органів виконувати 2–3 рази на день, гігієнічні прокладки міняти у міру забруднення, не рідше 2–3 разів на день.

У лекціях і бесідах, що проводяться серед дівчат пубертатного віку, крім ознайомлення з правилами гігієни, слід торкатися питань запобігання або профілактики статевих стосунків дівчат. Перед проведенням лекцій або бесіди серед дівчат старшого віку педіатр повинен спільно з класним керівником обговорити тему лекції, знати склад класу, його поведінку, щоб під час бесіди або лекції доступно висвітлити питання запобігання статевих стосунків. Дівчатам старшого віку необхідно пояснити, що початок менструацій не свідчить про сформованість організму, який продовжує розвиватися і досягає повного розвитку лише після 18 років. У пубертатному періоді особливо шкідливо впливають на весь організм і статеві залози паління, наркоманія та вживання алкогольних напоїв. Статеве життя в пубертатний період може призвести до вагітності, а вагітність і пологи в цей період часто ускладнюються. Засоби запобігання вагітності порушують пра-

вильне встановлення менструальної функції, і як наслідок — нормальний розвиток статевих органів. Дівчинка ще не підготовлена до материнства, тому що не досягла відповідного психічного та соціального розвитку, що необхідний для виховання дитини. Позашлюбне статеве життя, вагітність і народження дитини призводять в подальшому до несприятливих наслідків як для матері, так і для дитини. Переривання вагітності, навіть у медичних закладах, може ускладнитися безплідністю.

Під час загальних медичних оглядів дівчаток пубертатного віку визначають характер менструальної функції, ступінь розвитку вторинних статевих ознак, ретельно пальпують живіт. При підозрі на патологічні відхилення з боку статевих органів дівчина направляється до спеціаліста.

Дівчата з гінекологічними захворюваннями повинні знаходитися під диспансерним наглядом дитячого гінеколога. Тривалість спостереження залежить від перебігу захворювання. Ті з них, що страждають на дисфункціональну маткову кровотечу, після її припинення перебувають під наглядом дитячого гінеколога протягом двох років і відвідують його один раз на 3 міс. Гіперпластичні процеси ендометрія спостерігаються у дівчинки до 16 років. Дівчата з раннім статевим розвитком, вторинною аменореєю, з вадами розвитку перебувають на диспансерному обліку в дитячого гінеколога до 16 років і відвідують лікаря один раз на 3–6 міс. Хворі, що перенесли операції з приводу пухлин придатків матки, обстежуються один раз на 3–6 міс. до 16-річного віку. Після запальних захворювань жіночих статевих органів, за відсутності загострення, дівчата знаходяться під наглядом лікаря до 2 років. На диспансерний облік беруть хворих дівчат після виписування зі стаціонару. Дівчата, що потребують диспансерного нагляду після 16 років, проходять обстеження в жіночій консультації.

Усі оздоровчі заходи, що проводяться і організуються лікарем-педіатром, сприяють гармонійному статевому розвитку дівчинки і запобігають виникненню гінекологічних захворювань у подальшому. Професійно організована роз'яснювальна і лікувальна гінекологічна допомога дівчаткам є запорукою профілактики акушерської та гінекологічної патології у жінки репродуктивного віку.

За сучасними даними літератури, частота гінекологічних захворювань серед дітей і підлітків коливається від 11 до 16,3 %. За одиницю спостереження вважають дівчаток віком від 0 до

17 років включно, яких виділяють у такі вікові групи: 0–7, 8–10, 11–14 (діти) і 15–17 (підлітки). Розподіл за віком дозволяє отримати дані відповідно до етапів розвитку і становлення репродуктивної системи дівчаток.

Показник захворюваності розраховується на 1000 дівчаток віком від 0 до 17 років (загальний показник гінекологічної захворюваності у дітей і підлітків) або на 1000 — кожної вікової групи (віковий показник захворюваності).

Частота і структура гінекологічних захворювань з'ясовуються відповідно до міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Залежно від завдань дослідження використовують узагальнені рубрики гінекологічних захворювань або детальний їх зміст. Окремі рубрики можуть бути уточнені за етіологічним чинником.

Вивчення гінекологічної захворюваності доцільно проводити в різних регіонах з однаковим рівнем показників здоров'я дітей. До початку роботи, зазвичай, уточнюють чисельність вікового складу дитячого та підліткового населення на обстежуваних територіях.

Для уточнення частоти гінекологічних захворювань використовують дані про звернення до дитячих поліклінік і спеціалізованих гінекологічних кабінетів для дітей і підлітків, результати профілактичних оглядів, поглиблених вибіркових досліджень захворюваності, а також дані госпіталізації. Захворюваність за даними стаціонарів («госпіталізована захворюваність») може вивчатися окремо.

Для збору матеріалу розробляється спеціальна програма-карта, в яку вносять інформацію щодо кожної дівчинки. Карту заповнюють шляхом вкопіювання певних даних про звернення дітей і підлітків до усіх лікувально-профілактичних закладів районів (амбулаторії, поліклініки, стаціонару тощо). Вкопіювання даних про захворювання (відвідування) проводиться протягом певного проміжку часу, але не менше ніж за календарний рік, що дає можливість відстежувати сезонні коливання хвороби протягом року.

Інтервал між одним і тим самим захворюванням (загостренням хронічного) повинен становити не менше 1 міс.; якщо інтервал дорівнює 30 днів, то його вважають одним випадком захворювання.

Різниця між рівнями захворювання визначається якістю і доступністю медичної допомоги, загальної та санітарної культури дитячого населення, соціальними чинниками тощо.

Для правильної діагностики гінекологічних захворювань дітей і підлітків необхідна послідовність у виборі методів обстеження.

Клінічне обстеження включає: збір анамнезу, загальний огляд з оцінкою ступеня фізичного і статевого розвитку, гінекологічне дослідження, спеціальні методи оцінки репродуктивної системи.

Під час профілактичного огляду в усіх підлітків 15–17 років проводиться ректальне дослідження, у дітей до 14 років його виконують за показаннями.

Вивчення гінекологічної захворюваності у дітей і підлітків дає можливість оцінити питому вагу цієї патології у загальній захворюваності дітей і підлітків, виділити групи ризику за порушеннями репродуктивної функції, своєчасно провести лікування, отже, запобігти порушенням генеративної функції.

Розділ 3

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІВЧАТ

Статевий розвиток дівчаток минає кілька періодів: внутрішньоутробний, період новонародженості, нейтральний період (від 1 до 7 років), препубертатний (від 7 років до першої менструації — менархе), коли відбувається швидкий ріст, подальший розвиток статевих органів, з'являються вторинні статеві ознаки і настає перша менструація (I фаза), пубертатний (від першої менструації до 18 років), який завершується розвитком статевих ознак, уповільненням росту, овуляторними менструальними циклами — організм готовий до дітородної функції (II фаза). Кожен період характеризується анатомо-морфологічними та фізіологічними особливостями.

ПЕРІОДИ ЖИТТЯ ДІВЧИНКИ

За класифікацією Ю. О. Крупко-Большової, виділяють кілька періодів статевого розвитку дівчинки.

Препубертатний період триває від народження дівчинки до появи вторинних статевих ознак.

Пубертатний період — від появи вторинних статевих ознак до повної біологічної зрілості (18–19 років):

— ранній пубертатний період — від появи вторинних статевих ознак до менархе (10–14 років);

— власне пубертатний період — перші 3 роки після появи менархе, упродовж яких встановлюється менструальний цикл, завершується фізичний розвиток і формування вторинних статевих ознак (14–16 років);

— пізній пубертатний період — час, протягом якого формується овуляторний цикл, гормонопродукувальна функція яєчників за своїми основними характеристиками наближається до функції жінок репродуктивного віку (16–19 років).

Препубертатний період характеризується швидким ростом, розвитком кісток таза, появою вторинних статевих ознак, подаль-

шим розвитком статевих органів, зростанням кількості шарів епітелію в піхві, появою клітин проміжного типу. Активується гормональна функція яєчників, з'являються періодичні піки естрогенів, середній рівень яких невисокий. Даний період завершується появою менархе, знижується рівень гормону росту, підвищуються рівні гонадотропінів і естрогенів, активується функція щитоподібної залози. У препубертатному періоді відбувається ациклічний викид гонадотропінів, у гіпоталамусі наявне незначне утворення РГ-ЛГ, виділення якого епізодичне; виділення естрадіолу зовсім незначне, однак механізм зворотно-го зв'язку функціонує.

Ранній пубертатний період характеризується подальшим фізичним розвитком дівчат, особливо збільшенням маси тіла, розвитком таза, збільшенням молочних залоз (телархе). У клітинах епітелію піхви починається пікноз ядер, змінюється якісно і кількісно флора піхви, з'являються лактобацили. Починається оволошіння лобка (пубархе), відбувається перша менструація (менархе), встановлюється її ритм. Рівень гормону росту знижується, щитоподібна залоза функціонує активно. Вміст естрогенів не зростає, прогестерону незначна кількість. До кінця даного періоду, впродовж другого року після менархе, кількість естрогенів зростає. У ранньому пубертатному періоді формується ритм виділення гонадотропінів.

Процес дозрівання гіпоталамічних структур підсилюється, утворюється тісний синаптичний зв'язок між клітинами, які секретують нейротрансмітери та ліберини (РГ-ЛГ, соматоліберин, кортиколіберин, тироліберин). Секреція РГ-ЛГ набуває ритмічного характеру, встановлюється циркадний (добовий) ритм виділення РГ-ЛГ, спочатку тільки під час нічного сну. Під впливом посиленого виділення РГ-ЛГ зростає синтез гонадотропінів, викиди яких також набувають ритмічного характеру. Збільшення викиду ЛГ і ФСГ стимулює синтез естрогенів в яєчниках. Зростає кількість рецепторів до статевих стероїдів у клітинах усіх органів репродуктивної системи, в тому числі гіпоталамусі та гіпофізі. Чутливість їх до естрадіолу в зв'язку з цим змінюється. Досягнення високого рівня естрадіолу в крові є сигналом до сильного викиду гонадотропінів, який завершує дозрівання фолікула та викид яйцеклітини. Перша менструація завершує ранній пубертатний період.

Власне пубертатний період характеризується завершенням розвитку молочних залоз, статевого оволошіння й аксиллярних

впадин, яке розпочинається в 13 років. Менструальний цикл набуває овуляторного характеру. У власне пубертатному періоді відбувається кількісне збільшення викиду гонадотропінів і формування циклічного ритму їх виділення. У цей період встановлюється стабільний ритм секреції РГ-ЛГ — у середньому один раз на годину. Завдяки цьому збільшується виділення ЛГ і ФСГ, що приводить до посилення синтезу естрогенів у яєчниках. Формується механізм позитивного зворотного зв'язку: досягнення певного рівня Е2 в крові є сигналом овуляторного викиду ЛГ і ФСГ на фоні постійного цирхорального ритму їх виділення (табл. 1, 2).

Таблиця 1

**Центильні величини антропометричних показників
фізичного розвитку дівчаток**

Вік, роки	Центилі						
	3	10	25	50	75	90	97
Довжина тіла, см							
6	110	113	116	121	124	126	130
7	113	114	119	123	126	130	133
8	124	126	129	132	135	138	146
9	128	129	132	134	138	142	147
10	132	136	140	144	147	151	156
11	134	138	141	146	150	156	160
12	140	146	149	154	158	164	168
13	144	148	150	156	161	165	170
14	146	155	158	162	167	170	174
15	152	157	160	164	168	171	175
16	156	158	161	165	170	174	176
17	157	159	162	166	171	175	177
Маса тіла, кг							
6	16,7	17,8	20	22	24	26,5	30,2
7	17,5	18,8	20,2	23	26	32	33,5
8	21	24	26	27,3	32	34	36
9	23,5	25	27,3	29	32	35	38
10	26	28	30	34	38,5	42,5	52
11	26,5	30	32	36	42	47	53
12	31	34	37	42	50	55	65

Закінчення табл. 1

Вік, роки	Центилі						
	3	10	25	50	75	90	97
13	52	36	40	44	50	55	66
14	36	40	44	50	56	64	67
15	40	45	48	52	58	64	70
16	41	47	50	54	59	65	72
17	44	47,5	50	56	61	67	74
Об'єм грудної залози, см							
6	51	53	55	57	59	61	65
7	52	54	56	58	60	63	69
8	55	57	59	62	64	67	70
9	56	58	62	65	67	68,5	69
10	60	61,5	63	66	69	73	77
11	60	62	64	67	70	74	78
12	61	63	66	68	73	78	80
13	62	65	68	70	73	78	81
14	63	67	70	71	75	79	81
15	64	68	71	73	76	79	83
16	66	68	71	73	76	79	84
17	67	68	72	74	77	80	86
Ширина плечей, см							
6	23	25	26	27,5	29	30	31
7	24	26	27	28	29,5	30,5	32
8	25	27	28	29	30	31	32
9	27	28	29	30	30,5	31	32
10	28	29	30	31	32	33	34
11	27	29	30	31	33	34	36
12	28	29	31	33	35	36	37
13	28	30	32	34	35	36	37
14	29	32	35	37	38	39	42
15	33	35	36	37	38	38	41
16	33	35	36	37	39	40	41
17	33	35	36	37	39	40	42

Таблиця 2

Центильні величини зовнішніх розмірів таза дівчаток

Вік, роки	Центилі						
	3	10	25	50	75	90	97
<i>Distantia spinarum</i>							
6	15	16	16,5	17,5	18	19	20
7	15	16	17	18	18,5	19	20
8	17	17,5	18	19	20	20	21
9	17,5	18	18,5	19,5	20	20,5	21,5
10	18	19	20	21	22	23	24
11	19	20	20	21	22	23	24
12	19,5	20	21	23	24	25	26,5
13	20	21	22,5	23,5	24,5	26	27
14	20,5	21,5	23	24	25	26	27
15	21	22	24	25	25,5	26	27
16	22	23	24	25	26	27	28
17	23	24	24	25	26	27	29
<i>Distantia cristarum, см</i>							
6	17	17	18	19	20	20,5	21,5
7	17	17,5	18	19,5	20	20,5	22
8	18	19,5	20	20,5	21	22	22,5
9	19	20	20,5	21	22	22,5	23
10	20	21	21,5	23	24	25	26
11	21	21,5	22	23	24	25	26
12	21	22	23	25	26	27	29
13	21,5	23	24,5	25	26,5	28	29
14	22	24	25	26	27	28	29
15	23	25	25,5	27	27,5	28	29
16	24	25	26	27	28	30	31
17	25	26	27	27	28	30	31
<i>Distantia trochanterica, см</i>							
6	18	19	19,5	20	21	22	22,5
7	18	19	19,5	20,5	21	22	23
8	19	20,5	21	21,5	22	23	23,5
9	19,5	20,5	21	22	23	23,5	25
10	21	22	23,5	24	26	27	28
11	22	23	24	24,5	26	28	29

Вік, роки	Центилі						
	3	10	25	50	75	90	97
12	22	23,5	24,5	26,5	28,5	30	32
13	24	25	27	28	29	30,5	32
14	26	27	29	30	31	32	34
15	27,5	28	30	30,5	31	32	34
16	28	29	30	31	32	33	34
17	29	29	30	31	32	33	35
<i>Conjugate externa, см</i>							
6	10	10	11	11,5	12	13	13,5
7	10	11	11,5	12	12,5	13	14
8	11,5	12	12,5	13	14	14,5	15
9	12	12	13	13,5	14,5	15	15,5
10	12	13	14	15	15,5	16,5	17
11	13	13,5	14,5	15	16	17	18
12	14	15	15	16	17	18	19
13	14	15	15,5	16	17	18	19
14	14	15	15,5	16	17	18	19
15	14	15	16	17	17,5	18,5	19,5
16	14	16	17	18	18	19	20
17	15	17	18	18	19	20	21

Виділяють ранній, середній і пізній періоди підліткового віку, які відображають індивідуальні особливості дівчат на відміну від хронологічного віку.

Для оцінки ступеня статевої зрілості широко використовується схема Таннера. При цьому ранній період відповідає I, II стадіям, середній — III, IV, пізній — V стадії дозрівання (табл. 3).

Вторинні статеві ознаки в препубертатному періоді розвиваються неодноразово: ріст і розвиток молочних залоз та оволошіння лобка, як правило, спостерігаються раніше за оволошіння під пахвами (табл. 4–6). У розвитку вторинних статевих ознак розрізняють кілька стадій формування молочної залози:

M_0 — тканина молочної залози не визначається, ареола не пігментована;

M_1 — тканина молочної залози пальпується в межах ареоли, щільна, часто болюча;

M_2 — сосок і ареола трохи підняті, молочна залоза конусо-подібної форми;

M_3 — молочна залоза у вигляді конуса, основа якого займає ділянку від III до VI ребра, але сосок не підіймається над залозою;

M_4 — молочна залоза має напівсферичну форму, ареола пігментована, сосок підіймається над ареолою, як правило, це спостерігають після 15 років.

Таблиця 3

Стадії статевого розвитку дівчаток

Стадія	Оволосіння лобка	Молочні залози
I	Препубертатний період	Препубертатний період
II	Рідке волосся, злегка пігментоване, пряме, розташовується на медіальній поверхні статевих губ	Залози і сосок підняті над поверхнею у вигляді невеличкого горбика, збільшені діаметри навколососкової зони
III	Волосся темного кольору, починає закручуватися, збільшується його кількість	Залоза й навколососкова зона збільшені, але без чітких контурів
IV	Жорстке, кучеряве волосся, але кількість його менша, ніж у дорослих	Навколососкова зона і сосок формують вторинний горбик
V	У формі фемінного трикутника за жіночим типом, поширюється на медіальну поверхню стегон	Повний розвиток молочних залоз, сосок виступає, навколососкова зона є частиною загального контура залози

Таблиця 4

Розрахунок статевої формули

Статева ознака	Стадія	Бал
<i>Розвиток молочної залози</i>		
Залози не виділяються над поверхнею грудної клітки	Ma_0	0,0
Залози здебільшого виділяються, навколососковий кружечок разом із соском утворюють єдиний конус	Ma_1	1,2
Залози значно виділяються, разом із соском та навколососковим кружечком мають форму конуса	Ma_2	2,4
Тіло залози набуває округлої форми, соски трохи піднімаються над навколососковим кружечком	Ma_3	3,6

Статева ознака	Стадія	Бал
<i>Оволосіння лобка</i>		
Відсутність волосся	P_0	0,0
Поодинокі волосся	P_1	0,3
Волосся на центральній ділянці лобка, рідкісне, довге	P_2	0,6
Волосся на всьому трикутнику лобка, довге, густе	P_3	0,9
<i>Ріст волосся у паховій ділянці</i>		
Відсутність волосся	Ax_0	0,0
Поодинокі волосся	Ax_1	0,4
Волосся не густе на центральній ділянці впадини	Ax_2	0,8
Волосся густе, в'ється по всій поверхні впадини	Ax_3	1,2
<i>Становлення менструації</i>		
Відсутність менструації	Me_0	0,0
Декілька менструацій до моменту огляду	Me_1	2,1
Нерегулярні менструації	Me_2	4,2
Регулярні менструації	Me_3	6,3

Таблиця 5

Стандарти статевого розвитку школярів

Вік, років	Розвиток молочних залоз	Розвиток лобкового оволосіння	Розвиток аксиллярного оволосіння	Менструації	Бали нормального розвитку
6–7	Ma_0	P_0	A_0	Me_0	0,0
8	Ma_0	P_0	A_0	Me_0	0,0
9	Ma_{0-1}	P_{0-1}	A_0	Me_0	0,0–1,5
10	Ma_{0-1}	P_{0-1}	A_{0-1}	Me_{0-1}	0,0–4,0
11	Ma_{1-2}	P_{0-2}	A_{0-1}	Me_{0-1}	1,2–5,5
12	Ma_{1-2}	P_{1-3}	A_{0-2}	Me_{0-1}	1,5–8,3
13	Ma_{1-3}	P_{2-3}	A_{1-3}	Me_{1-2}	4,3–9,9
14	Ma_{2-3}	P_3	A_{2-3}	Me_{2-3}	8,3–12
15	Ma_{2-3}	P_3	A_{2-3}	Me_3	10,4–12
16	Ma_{2-3}	P_3	A_3	Me_3	10,8–12
17	Ma_3	P_3	A_3	Me_3	12

Таблиця 6
Стандарти
статевого дозрівання дівчаток
(Л. Н. Уланова та ін., 1981)

Статева формула	Середній вік, роки	Вікові межі, роки
$P_0Ax_0Ma_1$	10,3	8,7–11,9
$P_0Ax_{0-1}Ma_1$	11,7	9,9–13,5
$P_2Ax_2Ma_2$	11,9	10,3–13,3
$P_3Ax_{2-3}Ma_3$	12,8	11,2–14,4
$P_2Ax_{1-2}Me+$	12,8	11,2–14,4
$P_2Ax_2Ma_{3-4}Me+$	13,8	12,2–15,4
$P_3Ax_2Ma_{3-4}Me+$	14,2	12,8–15,6
$P_3Ax_3Ma_{3-4}Me+$	15,2	13,6–16,8

Ступені оволошіння аксиллярних ділянок:

Ax_0 — оволошіння відсутнє;

Ax_1 — поодиноке пряме волосся;

Ax_2 — оволошіння в центрі під пахвами;

Ax_3 — оволошіння усєї пахової западини.

Ступені розвитку лобкового оволошіння:

P_0 — оволошіння відсутнє;

P_1 — поодиноке пряме волосся;

P_2 — оволошіння в центрі лобка;

P_3 — оволошіння всього лобка, лінія оволошіння горизонтальна.

Інкони спостерігають значне оволошіння статевих органів з переходом на стегна та промежину. Такі дівчата потребують особливого нагляду (табл. 7).

Таблиця 7

Ступінь оволошіння за шкалою Ферримана — Голвея

Ділянка тіла	Бал	Ступінь оволошіння
Верхня губа	1	Поодинокі волоски по зовнішньому краю губи
	2	Маленькі вусики по зовнішньому краю губи
	3	Вусики, що займають половину зовнішнього краю губи
	4	Вусики, що займають весь зовнішній край губи
Підборіддя	1	Поодинокі розсіяні волоски
	2	Розсіяні волоски, але ріст їх збільшений
	3	Незначно виражене суцільне оволошіння
	4	Збільшене суцільне оволошіння
Груди	1	Поодинокі волоски довкола сосків
	2	Оволошіння молочних залоз, яке наближене до середньої лінії

Ділянка тіла	Бал	Ступінь оволоосіння
	3	Дугоподібне оволоосіння 3/4 грудної клітки
	4	Суцільне оволоосіння грудної клітки
Верхня половина спини	1	Сакральний пучок волосся
	2	Розповсюджене оволоосіння на латеральну поверхню стегон
	3	Оволоосіння 3/4 нижньої половини спини
	4	Суцільне оволоосіння нижньої половини спини
Верхня половина живота	1	Окремі волоски по середній лінії
	2	Збільшене оволоосіння, але тільки по середній лінії
	3	Оволоосіння 1/2 верхньої половини живота
	4	Суцільне оволоосіння
Нижня половина живота	1	Окремі волоски по білій лінії
	2	Смужка волосся по середній лінії
	3	Широка смужка волосся по середній лінії
	4	Ріст волосся у вигляді трикутника
Плече	1	Розсіяні волоски, які покривають не більше 1/4 поверхні
	2	Більш виражене, але неповне оволоосіння
	3, 4	Суцільне покриття волоссям, рідке або густе
Стегна	1, 2, 3, 4	Значення ті ж, що й на плечі
Передпліччя	1, 2, 3, 4	Суцільне покриття волоссям дорсальної поверхні: два бали — для рідкого та два — для густого покриття
Гомілка	1, 2, 3, 4	Значення ті ж, що й на плечі

Для визначення андрогенного статусу жінки користуються такими поняттями: гірсутне число (Ферриман — Голвей); гормональне число (сума балів, що відображають ступінь оволоосіння тіла, за винятком передпліччя, гомілки); індіферентне число (сума балів, що відображає ступінь оволоосіння передпліччя та гомілки).

Показники андрогенного статусу жінки

Норма гірсутного числа	1–7 балів
Граничне овоłosіння	8–11 балів
Гірсутизм	більше 12 балів

ВНУТРІШНЬОУТРОБНИЙ ПЕРІОД РОЗВИТКУ ПЛОДА ДІВЧИНКИ _____

Генетична статева детермінованість реалізується з моменту злиття жіночої та чоловічої статевих клітин, тобто з періоду запліднення. Проте розвиток чоловічої та жіночої гонади починається однотипово, з утворення на медіальному боці первинної нирки статевих валиків майбутніх гонад.

Закладка гонад з'являється у 4-тижневого ембріона у вигляді статевих валиків — потовщень ціломічного епітелію на поверхнях обох первинних нирок (мезонефрос). Первинна гонада складається з клітин ціломічного епітелію (зовнішній кірковий шар), мезенхіми (внутрішній мозковий шар) і первинних статевих клітин — гоноцитів. За генетичною детермінантою первинні статеві клітини, які виникають у перші 4–5 тиж., диференціюються в овогонії та сперматогонії, які, в свою чергу, індукують формування чоловічої або жіночої гонади з оточуючих соматичних клітин. Елементами гонад, що розвиваються, є гоноцити, які дають початок овогоніям і сперматогоніям.

Виділяють таку періодизацію розвитку гонад:

- період індиферентних гонад (5–7 тиж.);
- початок статевого диференціювання (7–8 тиж.);
- розмноження овогоній (8–10 тиж.);
- період нероз'єднаних овоцитів (10–20 тиж.);
- період первинних фолікулів (20–38 тиж.).

Диференціація яєчка починається дещо раніше, ніж яєчника, оскільки висока гормональна активність фетального яєчка необхідна для подальшого формування статевого тракту чоловічого плода. Яєчники у період внутрішньоутробного життя гормонально малоактивні.

Наступний етап статевого формування (7–8 тиж.) — диференціація внутрішніх і зовнішніх геніталій. На ранніх стадіях ембріогенезу статева система має бісексуальні закладки внутрішніх і зовнішніх статевих органів. Внутрішні статеві органи диференціюються на 10–12-му тижні внутрішньоутробного періоду.

ду. Основою їх розвитку є індіферентні мезонефральні (вольфові) та парамезонефральні (мюллерові) протоки.

У 18 тиж. гестації утворюються примордіальні фолікули, які розташовуються в глибоких відділах кіркового шару яєчника. Первинні порожнинні фолікули спостерігаються після 28 тиж. Починаючи із 33 тиж. можна виявити великі порожнинні фолікули діаметром до 5–7 мм, частина яких знаходиться в обтураційній атрезії.

У термінах гестації 18–28 тиж. ендокринна активність яєчників переважно зумовлена голокриновим типом секреції, який пов'язаний з масовою загибеллю гормональних елементів гонад: овогоній, прегранульозних клітин і примордіальних фолікулів. На 18-му тижні вагітності в яєчнику плода виявляють примордіальні фолікули, котрі починають функціонувати, але гормональна функція яєчників плода знаходиться на низькому рівні.

За умови розвитку плода жіночої статі мезонефральні протоки регресують, парамезонефральні — диференціюються в матку, яйцеводи, склепіння піхви. Цьому сприяє автономна тенденція будь-якої статі до розвитку за жіночим, «нейтральним» типом.

Маткові труби формуються з 8–10-го тижня вагітності у вигляді парних утворень з мюллерових тяжів, які не злилися у верхній третині, тимчасом як матка і піхва утворюються внаслідок зрощення мюллерових проток. Злиття мюллерових ходів починається з каудального кінця до 9-го тижня ембріогенезу. Завершення формування матки як органа відбувається до 11-го тижня гестації. Матка поділяється на тіло і шийку до кінця 16–20-го тижня внутрішньоутробного розвитку. Шийка матки спершу має циліндричну форму, а до кінця внутрішньоутробного розвитку — конічну. До 33–34-го тижня вагітності шийка становить $\frac{3}{4}$ загальної довжини матки; до кінця вагітності довжина шийки — $\frac{2}{3}$ загальної довжини матки. Темпи росту тіла та шийки матки особливо інтенсивні на 20–24-му та 36–40-му тижнях внутрішньоутробного розвитку.

Гістогенез міометрія завершується в терміні 27–28 тиж. гестації. У процесі розвитку ендометрія виділяють три етапи:

- завершення гістогенезу до 24-го тижня гестації;
- проліферативні зміни ендометрія до 32-го тижня гестації;
- секреторні зміни ендометрія з 33-го по 40-й тиждень гестації.

Починаючи з 33-го тижня вагітності, піхвову частину шийки матки починає вкривати призматичний епітелій. Через це ектопію слизової оболонки цервікального каналу (уроджена ерозія) можна вважати фізіологічним явищем для перинатального періоду.

Формування жіночої статевої залози та статевого тракту завершується до 28–30-го тижня внутрішньоутробного періоду, причому яєчник минає певні фази розвитку і, на відміну від яєчка, не проявляє секреторної активності. В останні тижні внутрішньоутробного періоду під впливом материнських плацентарних естрогенів статеві органи дівчинки починають швидко рости.

У постнатальному періоді дівчат спостерігається зростання рівня естрогенів, яке зберігається впродовж першого року життя, проте підйом цей незначний і, вочевидь, не відіграє істотної фізіологічної ролі. З першого року до 9–10 років життя гормональна активність яєчників мінімальна. Лише з 9–10 років яєчники починають секретувати естрогени у значній кількості, чим зумовлюють пубертатні зміни організму.

Ендокринну функцію статевих залоз дівчат регулює гіпоталамо-гіпофізарна система. Центром, який активує гіпофізарно-гонадну функцію, є гіпоталамус. Саме у нейронах аркуатних ядер синтезується пептид, який стимулює синтез і секрецію гонадотропних гормонів гіпофіза, — гонадотропінрелізінг-гормон (люліберин). Секрецію люліберину контролюють численні нервові та гуморальні фактори. Змінювати швидкість синтезу та секреції люліберину здатні біогенні аміни (дофамін, норадреналін, серотонін), ендогенні опіати, гіпоталамічні пептиди, але провідну роль відіграють статеві стероїди, головним чином естрогени, значна кількість рецепторів до яких знаходиться у відділах гіпоталамуса. Статеві стероїди відповідають за статеву диференціацію гонадотропної функції гіпоталамуса.

Взаємодія окремих ланок у ланцюгу гіпоталамус — гіпофіз — гонади базується на принципах зворотних зв'язків (“feedback-regulation”), механізми яких мають особливості в кожному окремому віці.

Віковий період до двох років у дітей обох статей характеризується відносною нестабільністю показників як гонадотропних, так і статевих гормонів. Це пов'язано з незрілістю гіпоталамічних і гіпофізарних структур, їхньою нездатністю відповідати на дію статевих гормонів.

Надалі механізми негативного зворотного зв'язку формуються на основі надзвичайно високої чутливості системи гіпо-

таламус — гіпофіз до пригніченого впливу статевих стероїдів. Подібна взаємодія типова для дітей обох статей протягом усього періоду дитинства, аж до початку пубертату.

У пубертатному періоді механізми зворотного зв'язку якісно змінюються. Знижується чутливість вищих регуляторних центрів щодо гальмівного впливу статевих стероїдів. Система гіпоталамус — гіпофіз — гонади починає функціонувати в новому режимі. Початок пубертату характеризується переходом від монотонно низької секреції гонадотропінів до інтенсивного ритмічного з перевагою максимальної імпульсної активності вночі. Головним чином, це стосується ЛГ. У міру дозрівання центральних регуляторних механізмів до нічних імпульсів приєднуються денні, зростають їх амплітуда та частота, формується зрілий, так званий цирхоральний тип ЛГ з частотою імпульсів 60–90. Під впливом рівня естрогенів цирхоральний тип секреції набуває характерних для менструального циклу змін.

Окрім якісних змін секреції гонадотропінів, протягом пубертату змінюється їх кількісне співвідношення. Спочатку у дівчат переважає рівень ФСГ. Лише зрілий пубертат характеризується високим рівнем ЛГ, який перевищує значення ФСГ. Така закономірність, вочевидь, має певне фізіологічне значення. У міру формування і становлення пубертату ФСГ сприяє росту та розвитку гонад, підвищує їх чутливість до стимулювального впливу ЛГ і збільшує секрецію статевих стероїдів.

СТАТЕВИЙ РОЗВИТОК ДІВЧАТ

У статевому розвитку дівчаток виділяють три основних періоди: нейтральний, або асексуальний (перші 5–6 років життя), препубертатний (з 7 до 9–10 років) і пубертатний (з 9–10 до настання повної статевої зрілості).

У нейтральному періоді статеві гормони несуттєво впливають на ріст і розвиток дитини. Гормональна регуляція статевого розвитку знаходиться на низькому рівні, гіпоталамо-гіпофізарні структури дуже чутливі до пригнічувальної дії статевих гормонів.

Препубертатний період характеризується посиленням секреції андрогенів наднирковими залозами, його називають фізіологічним адренархе. У цей період прискорюється ріст, посилено розвивається кісткова маса.

У пубертатному періоді відбувається перебудова організму, яка зумовлена, головним чином, естрогенпродукувальною діяльністю яєчників. Під поступовим посиленням впливом гонадотропних гормонів прискорюється ріст фолікулів. Фолікули різного ступеня зрілості секретують естрогени, кількість яких збільшується. Під їхнім впливом змінюється архітектоніка тіла, розвиваються молочні залози, зовнішні та внутрішні геніталії, змінюється структура ендометрія, слизової оболонки піхви. За досягнення високого рівня естрогенів настає менархе — перша менструація. Терміни менархе досить індивідуальні, для дівчат середньої смуги — 12,5–13 років (табл. 8).

Зовнішні статеві органи формуються з 12-го по 20-й тиждень внутрішньоутробного періоду. Основою розвитку зовнішніх статевих органів плодів обох статей є статевий горбик, лабіоскротальні валики й урогенітальний синус. У плода жіночої статі диференціація зовнішніх геніталій відбувається незалежно від стану гонад.

Жіночі зовнішні статеві органи розвиваються зі спільного статевого підвищення. Статевий горбик перетворюється в клі-

Таблиця 8

**Етапи диференціації органів ендокринної та статеві систем
в антенатальному періоді
(Ю. А. Гуркин, П. А. Кротина, Н. Ю. Соломкина, 1992)**

Органи/тканини	Термін закладки, тиж.	Період пер-вісної активності, тиж.	Термін завершення гістогенезу, тиж.	Термін другого піка функціональної активності, тиж.	Функціональний стан напередодні народження плода
Гіпоталамус	8	10	13–15	20–25	Активізація
Аденогіпофіз	6–8	9–11	15–17	18–20	Часткове зниження
Щитоподібна залоза	6–8	9–11	15–17	24–26	
Надниркові залози	6	9–11	27	27–30	Зниження
Тестикули	5–6	5–6	28	32	Зниження
Яєчники	5–6	—	18–20	28–33	Активізація
Ендометрій	8	27 (проліферація)	22–24	33 (секреція)	

тор, а статеві складки — в малі соромітні губи. Великі соромітні губи розвиваються зі статевих валиків. Великі вестибулярні залози походять від сечостатевого синуса. Стать людини визначається не за зовнішніми статевими органами, а за статевими залозами.

За структурою яєчники новонародженої дівчинки схожі на яєчники дорослої жінки, але розміщені значно вище над входом у малий таз. І. І. Бондарів (1966) зазначає асиметрію яєчників у новонароджених дівчаток. У віці між двома і п'ятьма роками вони опускаються в малий таз і займають фізіологічне положення. Довжина яєчників новонародженої дівчинки, за даними М. П. Гундобіна, коливається від 0 до 3 см, до 16 років яєчники збільшуються в довжину всього на 0,6 см, але значно потовщуються.

В яєчниках дівчаток багато примордіальних фолікулів. У міру росту відбувається атрезія первинних фолікулів. У дітей ріст фолікулів має ациклічний характер за відсутності овуляції. У дівчаток 8–10 років яєчники продукують таку кількість естрогенів, що останні починають впливати на ріст статевих органів і сприяють розвитку вторинних статевих ознак.

У перші два роки після менархе цикли можуть бути ановуляторними, тобто пухирчастий фолікул піддається швидкій атрезії без овуляції й утворення жовтого тіла. Десквамація ендометрія (менструація) настає внаслідок різкого зниження рівня естрогенів у момент атрезії фолікула.

Жіночі статеві гормони. Яєчники синтезують специфічні гормони — естрогени, а також інші стероїдні сполуки (андрогени і прогестерон). Шляхом гідроксилювання й ароматизації андрогенної сполуки — андростерону — синтезується естрадіол.

У результаті біосинтезу естрогенів у організмі утворюється естрадіол, естрон, естріол. Цей синтез відбувається в зернистій мембрані або інтерстиціальних клітинах строми яєчників. Естрадіол, більш активний естроген, легко перетворюється в менш активну сполуку — естрон. Естріол вважають метаболітом естрадіолу й естерону.

Естрогени легко руйнуються в печінці і виділяються із сечею у вигляді естріолу, мають виражену біологічну дію. Крім впливу на ріст і розвиток жіночих статевих органів і вторинних статевих ознак, естрогени активують проферменти, які необхідні для побудови білків, стимулюють процеси обміну тощо.

Дівчинка народжується з чітко диференційованими за жіночим типом статевими органами. Клітор відносно великий, соромітні губи при народженні нерідко набряклі, гіперемовані, легко злипаються, малі соромітні губи лише частково вкриті великими статевими губами. Шкіра тонка, злегка пігментована і, нерідко, прикрита змазкою. Вестибулярні залози не функціонують. Дівоча пліва (*hymen*) розміщується дещо глибше в піхві, аніж у наступні роки. Піхва розташована паралельно вертикальній осі, довжина її 25–35 мм, склепіння не виражені.

Матка у новонародженої дівчинки розташована в черевній порожнині, довжина матки 30 мм, тіло сочевицеподібної форми, дно — «сідлоподібне». Співвідношення шийки та тіла матки становить 3 : 1. Положення матки — *anteversio*. Міометрій добре розвинений, ендометрій — складчастий. Внутрішнє вічко не сформоване, зовнішнє — щілиноподібної форми. Цервікальний канал заповнений густим слизом. У ендометрії найчастіше виявляють секреторні зміни, іноді спостерігається фаза десквамації. Маткові труби довгі (до 35 мм), спіралеподібні, м'язові шари стінки добре розвинені. Маткові труби прохідні по всій довжині.

Яєчники новонародженої дівчинки розташовані в черевній порожнині, циліндричної або призматичної форми. Довжина яєчників коливається від 15 до 22 мм. Фолікулярні кісти відсутні. Гістологічна будова яєчників схожа на таку, як у дорослої жінки. Проте є деякі відмінності: наявність примордіальних фолікулів, сильно вираженого процесу атрезії, відсутність овуляції, незрілість оваріальної структури, добре розвинені інтерстиціальні клітини та їх висока ендокринна активність.

У «нейтральному» періоді зовнішні геніталії розвиваються повільно: великі соромітні губи не повністю закривають малі, вестибулярні залози з'являються на 3–4-му році життя, а дозрівають до 6 років. У віці 3 років відмічається опускання внутрішніх статевих і деяких суміжних органів у малий таз. Довжина піхви не змінюється, епітеліальний шар зменшується до 4–5 шарів, реакція піхви лужна або нейтральна, флора піхви не стабільна, можуть бути виявлені диплококи, стрептококи, стафілококи. Мазок з піхви характеризується високими еозинофільним і каріопікнотичним індексами. Мікрофлора представлена коками. Вказані особливості відіграють певну роль у виникненні вульвовагінітів.

У перші роки життя дівчинки матка зменшується в розмірах. Співвідношення шийки і тіла матки мають таку динаміку: 1 рік — 2 : 1, у 4 роки — 1,7 : 1, у 7–8 років — 1,4 : 1.

До трьох років дно матки опускається до рівня входу в малий таз. Маткові труби дещо змінюються, перистальтика їх відсутня. Яєчники раніше, ніж усі внутрішні органи, починають опускатися в порожнину малого таза, але ще у 5 років спостерігають їх високе розташування. Розміри та форма яєчників не змінюються. Однак завжди є обмежена кількість зріючих й атретичних фолікулів. Дозрівання фолікулів не має циклічного характеру.

У нейтральному періоді відмічається низький рівень статевих гормонів, що вказує на відсутність швидкого розвитку статевих органів.

Особливостями статевих органів у даному періоді є їх збільшення за рахунок нагромадження жирової тканини. До цього періоду належить початок функціонування великих вестибулярних залоз. Довжина піхви — 63 мм, складчастість її виражена. Повільно зникає складчастість ендометрія, ендометріальні залози гіпертрофуються, розгалужуються. Змінюється співвідношення довжини шийки та тіла матки — 1 : 3. Яєчники помітно збільшуються (маса — 4–5 г, довжина — 3–3,5 см). Процес дозрівання фолікулів стає інтенсивнішим, проте хаотичним, інколи відбувається овуляція.

Препубертатний період дівчинки характеризується початком інтенсивного росту і дозріванням усіх відділів статевого тракту, котрі до кінця цього терміну готові до функціонування.

У пубертатному періоді статеві органи відповідають статевим органам дорослої жінки. До кінця цього терміну довжина піхви досягає 80–100 мм, складчастість виражена. Кольпоцитологічна картина відображає характерну циклічність змін у піхвовому вмісті. Матка швидко збільшується у розмірах, асиметрія яєчників і маткових труб з віком не зменшується, з'являється перистальтика труб. Зміни в яєчниках та ендометрії мають циклічний характер. Наприкінці періоду фіксують завершену інтеграцію статевої системи та її регулярну функцію. Статева зрілість зазвичай настає після 18 років.

Розділ 4

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

Обстеження дівчат з гінекологічною патологією необхідно розпочинати з визначення основних вікових показників і фізичного розвитку дівчини.

Загальне обстеження дівчаток проводять за педіатричною методикою, яка включає: скарги, анамнез життя та захворювання. Звертають увагу на вік і здоров'я батьків, перебіг вагітності та пологів у матері, дитина якої обстежується, ретельно з'ясовують перенесені дівчинкою захворювання в період новонародженості, в ранньому та пізньому препубертатному віці. Звертають увагу на загальний стан організму дівчинки (температура, сон, апетит, поведінка та ін.), на раніше перенесені захворювання, які можуть дати повне уявлення про реактивність організму. Слід уточнити умови побуту, харчування, розпорядок дня, поведінку в колективі та взаємовідносини з однолітками.

Особливу увагу слід зосередити на періоді статевого дозрівання. Детально оцінити період становлення менструальної функції дівчинки, визначити характер виділень з піхви, що не пов'язані з менструаціями.

Об'єктивне обстеження дівчинки, що страждає на гінекологічне захворювання, розпочинають з визначення основних показників її фізичного розвитку з урахуванням віку (зріст, маса, обвід грудної клітки, розміри таза), в подальшому проводять загальний системний огляд.

Фізичний розвиток дівчат оцінюють з допомогою морфограм, які будують на основі антропометричних даних: зріст (Р), обвід грудної клітки вище і нижче молочних залоз (Г), розміри таза (Т), у тому числі «ширина таза» (міжвертлюжний розмір), і сума його чотирьох розмірів. Для урахування вікових змін пропорцій тіла введена шкала календарного віку (В).

Розрізняють три типи морфограм: нормальна (фізіологічна), морфограма при конституційних відхиленнях і морфограма при гормональних порушеннях:

1. При розмірах і пропорціях тіла, що відповідають середнь-віковій нормі, морфограма має вигляд горизонтальної прямої лінії, рівень якої визначається віком.

2. Морфограма дівчаток, що розвинені пропорційно, але мають конституційні відхилення від середніх розмірів тіла, має вигляд практично прямої лінії, ступінь нахилу якої до горизонталі визначається конституційним відхиленням від розмірів і середньої вікової норми.

3. Якщо є зміни пропорції тіла, характерні при гормональних порушеннях, морфограма у будь-якому віці має вигляд ламаної лінії та зберігає конфігурацію, типову для кожного виду гормональних порушень.

ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ АНАМНЕЗУ У ДІВЧАТОК І ДІВЧАТ

Збір анамнезу у дівчат повинен бути індивідуальним. Залежно від того чи іншого захворювання, схема збору анамнезу може змінюватися.

Перед збором анамнезу рекомендується отримати дані, що стосуються умов життя дитини, режиму дня, фізичного навантаження та інших позитивних або негативних чинників, які могли б вплинути на розвиток дівчинки. Необхідно уточнити місце проживання дитини та ступінь екологічного благополуччя.

Генеалогічний анамнез обов'язковий для оцінки розвитку дівчинки. Необхідними є відомості про стан здоров'я батьків дівчинки: наявність аномалій соматичного розвитку у батьків і близьких родичів, порушень статевого розвитку у родичів дівчинки, що обстежується, терміни появи менархе у матері та темпи статевого дозрівання батька. Важливо встановити, чи не проживали батьки дівчинки в районах ендемічних захворювань.

Слід звернути увагу на перебіг антенатального періоду (тривалість дії шкідливого чинника і термін вагітності), перебіг пологів, масу тіла при народженні, динаміку психомоторного розвитку та характер вигодовування. Необхідно отримати дані про перенесені інфекційні захворювання, глистні інвазії, а також контакт дитини з інфекційними хворими (туберкульоз, гоно-

рея), оскільки останні можуть призвести до виникнення відповідного гінекологічного захворювання у дитини.

Основою етики збору анамнезу у дівчинки є делікатне формулювання питань дитячим гінекологом. Потрібно враховувати характер взаємовідносин між батьками і дівчинкою, ступінь компетентності матері. До 15 років лікар дає повну інформацію матері щодо гінекологічних проблем дівчинки, а після 15 років — бере до уваги думку пацієнтки.

При опитуванні дівчинки слід з'ясувати, як почалося захворювання, в якій послідовності з'явилися симптоми, характер болю (гострий, тупий, тривалий або короткочасний), його локалізацію та іррадіацію, наявність виділень зі статевих шляхів та їх характер (гнійні, слизові, серозні), колір, запах, кількість. За умови кров'янистих виділень уточнюють їх характер — постійні або періодичні.

Оцінюється загальний стан (температура, сон, апетит, настрій), функції органів, суміжних зі статевими органами малого таза, — сечового міхура і кишечнику.

Якщо дівчинка менструє, уточнюють дату першої менструації, терміни встановлення регулярного менструального циклу і його тип, болісність менструації, коли відбулися і як перебігали останні місячні.

Узагальнення й аналіз отриманих анамнестичних даних ще до об'єктивного обстеження дозволяють у деяких випадках встановити попередній діагноз.

Типова схема обстеження дівчинки

1. Збір анамнезу (окремо у матері і дівчинки).
2. Огляд, оцінка ступеня вираженості вторинних статевих ознак.
3. Огляд, пальпація, перкусія та (в деяких випадках) аускультация живота.
4. Огляд зовнішніх статевих органів, дівочої пливи, зовнішнього отвору уретри та ділянки відхідника.
5. Ректально-абдомінальне дослідження.
6. Вагіноскопія.
7. Інструментальні методи дослідження (зондування піхви, взяття мазків, біопсія).
8. Використання апаратних методів: УЗД, ЯМР і т. ін.

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ДІВЧАТ І ПІДЛІТКІВ

Загальне обстеження дівчаток доцільно проводити за методикою, що прийнята педіатрами, оскільки низка соматичних захворювань є безпосередньою причиною тих або інших уражень ставових органів.

При обстеженні за системами органів особливу увагу приділяють серцево-судинній системі, тому що у віці 11–15 років часто спостерігається невідповідність розмірів і конфігурації серця розмірам тіла дівчинки. Необхідно пам'ятати про три варіанти таких змін: мале серце, мітральна конфігурація серця та його гіпертрофія.

При вимірюванні артеріального тиску необхідно пам'ятати, що деякі захворювання щитоподібної залози, гіпофіза і надниркових залоз у підлітків супроводжуються його підвищенням. У цьому віці може спостерігатися незначна артеріальна гіпертензія (АТ 135/85 мм рт. ст.), що потребує диференційної діагностики з вегетосудинною дистонією.

Для оцінки ступеня фізичного та статевого дозрівання дітей першою умовою є правильне визначення віку обстежуваної. Вік дитини вираховують з точністю до одного дня на момент обстеження (табл. 9).

Таблиця 9

Визначення віку дівчаток

Місяць народження	Місяць обстеження											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Січень	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11
Лютий	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
Березень	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9
Квітень	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8
Травень	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
Червень	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
Липень	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Серпень	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Вересень	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Жовтень	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Листопад	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1
Грудень	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	

Після зіставлення місяця народження (по горизонталі) з місяцем обстеження (по вертикалі) отримуємо число місяців, яке необхідно додати (+) або відняти (–) від повного числа років.

Для оцінки основних антропометричних параметрів доцільно використовувати центильні таблиці довжини та маси тіла, обводу грудної клітки та розмірів таза у дівчат різних вікових груп.

Звертають увагу на особливості будови тіла, розвиток живої тканини й особливості її розповсюдження, стан шкірних покривів (підвищена сальність, сухість, вологість, наявність стрій, акне, фолікулів та ін.).

Особливу увагу приділяють характеру оволосіння, часу його появи (до чи після менархе), інтенсивності. Оцінку вираженості підвищеного оволосіння проводять за шкалою D. Ferriman і J. Galwey.

Для оцінки статевого розвитку застосовують визначення морфотипів. Морфограма будується за показниками росту, обводу грудної клітки, суми зовнішніх розмірів таза, віку. За нормального розвитку дівчинки морфограма має вигляд прямої лінії з вірогідними відхиленнями у 1,5 сигми. При затримці статевого розвитку формується інфантильний або інтерсексуальний морфотип; при передчасному статевому дозріванні — сексуальний або рівномірно випереджаючий.

ОСОБЛИВОСТІ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ДІВЧАТОК І ДІВЧАТ

Гінекологічне обстеження дівчаток суттєво відрізняється від обстеження дорослих жінок і має низку особливостей.

1. Умови обстеження повинні бути спокійними та довірливими, тому що під дією страху діти часто чинять опір, що утруднює отримання даних. Неприпустимо, щоб у приміщенні, де проводиться обстеження, знаходилися сторонні люди або проводилося одночасне обстеження інших пацієнток.

2. Внутрішні статеві органи дівчаток тяжкодоступні для ручного й інструментального обстеження. Це змушує лікаря уникати прийомів, які можуть спричинити дівчинці біль, навіть за умов отримання цінної інформації про стан дитини.

3. Тазове дно у дівчаток щільне, просторові відношення різко обмежені, статеві органи малі та без чітких контурів.

4. У дівчаток відсутнє стійке положення, форма та розміри внутрішніх статевих органів, які характерні для дорослих жінок.

Отже, слід наголосити, що обстеження дівчаток повинні проводити лише ті лікарі, які мають спеціальну підготовку з гінекології дітей і підлітків.

Огляд потрібно проводити при випороженому сечовому міхурі та кишечнику.

Положення пацієнтки при огляді може бути «на спині», «навприсядки», «колінно-ліктьове». Небажане надмірне розведення стегон. Захопивши великі соромітні губи у вигляді щипка, великим і вказівними пальцями обох рук розкривають статеvu щілину, оглядають зовнішні статеві органи, оцінюють ступінь їх розвитку і стан присінка піхви. При огляді дівочої пліви оцінюють її цілісність, вид (кільцеподібний, напівмісяцевий, губоподібний, з одним або багатьма отворами, у вигляді перегородки без отвору та ін.), а також товщину, еластичність, розтяжність.

У разі дефлорації додатково виявляють рубцеву деформацію ділянок дівочої пліви, її надмірну розтяжність, гіперпігментацію покривів поблизу входу у піхву, наявність ознак запалення, характер виділень.

У подальшому беруть мазки для бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження із присінка піхви, уретри, парауретральних ходів, вивідних проток великих вестибулярних залоз і прямої кишки. За необхідності проводять взяття виділень із піхви для цитологічного дослідження.

Для взяття мазків користуються різними інструментами: спеціальними дитячими скляними катетерами, піпетками, капілярними трубочками, жолобкуватими зондами, ложечками різноманітної форми або дерев'яними паличками з ватою. Методика взяття мазка варіює від дотику до слизової оболонки до легкого зішкрябання. Допускається взяття виділень за допомогою шприца Брауна. Отриманий матеріал розміщують на предметному склі, висушують, фіксують, забарвлюють і досліджують під мікроскопом. Предметне скло відповідно маркується.

Внутрішні статеві органи у дівчаток досліджують дворучним методом через пряму кишку.

Прямокишкове дослідження дівчаток віком до 6 років проводять мізинцем!

Як виняток допускається комбіноване прямокишково-піхво-ве дослідження (при підозрі на пухлину піхви, шийки матки), обо-

в'язково з дозволу батьків або опікунів і в присутності третьої особи.

Спеціальне обстеження дівчинки проводять у такій послідовності:

- огляд та оцінка ступеня розвитку вторинних статевих ознак;
- огляд, пальпація та перкусія живота;
- огляд зовнішніх статевих органів, дівочої пліви з урахуванням вікових змін і огляд промежини й ануса;
- ректоабдомінальне дослідження;
- вагіноскопія (при підозрі на наявність у дівчинки стороннього тіла у піхві).

Перед обстеженням у дівчинки мають бути вивільнені нижні відділи кишечника (очисна клізма) та сечовий міхур.

Огляд дівчаток молодшого віку (до 3 років) проводять на пеленальному столику, дівчат старшого віку — на дитячому гінекологічному кріслі, яке відрізняється від крісла для дорослих наявністю спеціального пристрою, за допомогою якого можна змінювати його глибину; а також є підставка, за допомогою якої дівчинка самостійно лягає на крісло.

Ступінь статевого розвитку визначають за формулою Ма, Ах, Р, Ме, де Ма — молочні залози, Ах — оволосіння, Р — лобкове оволосіння, Ме — вік менархе.

При обстеженні дівчаток, а також при первинному огляді необхідна присутність матері або опікуна.

При огляді ЗСО оцінюють характер оволосіння (за жіночим типом — горизонтальна лінія оволосіння, за чоловічим — у вигляді трикутника з переходом на білу лінію живота та внутрішню поверхню стегон), анатомічну будову клітора, великих і малих статевих губ, дівочу пліву, колір слизової оболонки входу в піхву, характер виділень зі статевих шляхів.

Ректоабдомінальне обстеження проводять усім дівчаткам з гінекологічними захворюваннями, при цьому уточнюють стан піхви: наявність стороннього тіла, пухлини, скупчення крові; визначають стан матки, придатків, навколоматкової клітковини та суміжних органів. При пальпації матки визначають положення, рухомість, болісність, співвідношення між розмірами шийки та тіла матки, звертають увагу на величину кута між тілом і шийкою матки.

Залежно від характеру захворювання дівчинки використовують додаткові методи дослідження в дитячій гінекології.

Вагіноскопія — метод обстеження стінок піхви та шийки матки за допомогою оптичного пристрою. Вагіноскопія проводиться дівчаткам будь-якого віку та дозволяє визначити: стан слизової оболонки піхви, форму шийки матки, її величину, форму зовнішнього вічка, наявність симптому «зіниці», патологічні зміни в ділянці шийки матки та піхви, наявність стороннього тіла, вади розвитку піхви та шийки матки.

Ендоскопічні методи дослідження включають лапароскопію та гістероскопію. Лапароскопія проводиться для виключення вад розвитку внутрішніх статевих органів, пухлин, пухлиноподібних утворень органів малого таза, склерокістозних яєчників (рис. 1).

Показання та протипоказання для лапароскопії загальноприйняті. У процесі лапароскопічного дослідження, за необхідності, можна проводити біопсію гонад, електрокоагуляцію ендометріюїдних гетеротопій, розрізання спайок (рис. 2).

Гістероскопія є високоінформативним методом для виявлення внутрішньоматкової патології: гіперплазії та поліпозу ендометрія, аденоміозу, аномалій розвитку матки (рис. 3, 4).

Ультразвукове дослідження (УЗД) широко використовують у дитячій гінекологічній практиці в зв'язку з його безпеч-

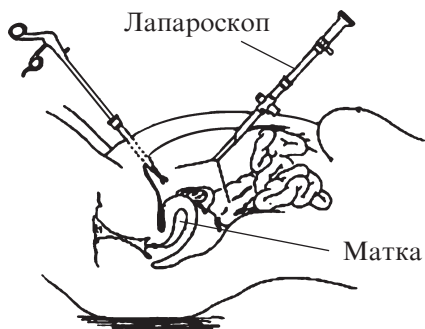
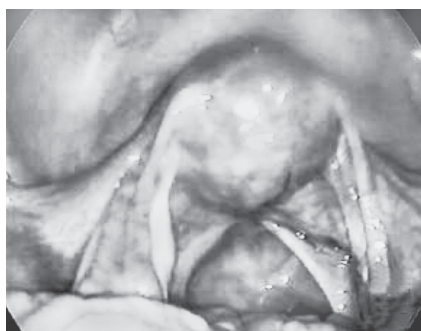
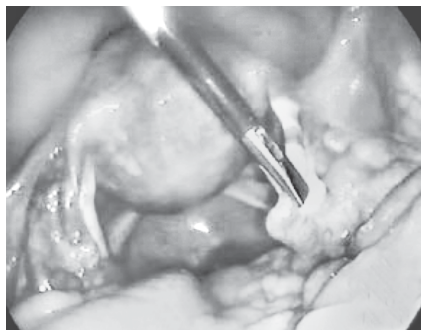


Рис. 1. Схема проведення лапароскопії



а



б

Рис. 2. Діагностична лапароскопічна картина внутрішніх статевих органів дівчини С. 17 років. Діагноз: вторинна аменорея (а, б)

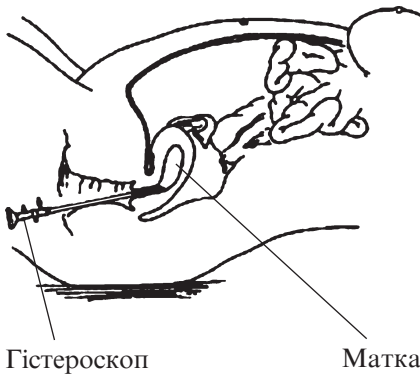


Рис. 3. Схема проведення гістероскопії

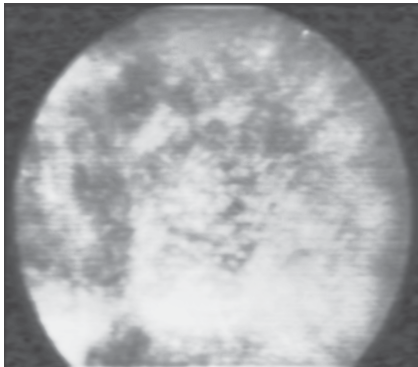


Рис. 4. Гістероскопічна картина ендометрія порожнини матки. Мікрофотографія. $\times 20$

У звичайних умовах органи малого таза недоступні для обстеження у зв'язку з вираженим відбиванням ультразвукових хвиль від петель кишечника, який містить газ. Тому УЗ-сканування проводять при достатньо наповненому сечовому міхурі (за 1–1,5 год слід випити 1 л рідини). При адекватному наповненні сечовий міхур витісняє з малого таза петлі кишечника і перетворюється на акустичне вікно, оскільки рідина є найкращим середовищем для розповсюдження ультразвукових хвиль. Крім того, зображення сечового міхура приймають за зразок зображення кістозного утворення, яке необхідне для порівняння щільних і рідинних структур.

ністю та неінвазивністю, можливістю динамічного спостереження та високою інформативністю методу. В дитячій гінекології УЗД дозволяє діагностувати вади розвитку геніталій, пухлини яєчників та інші гінекологічні захворювання.

Ультразвукова хвиля наділена здатністю розповсюджуватися в певному напрямку й одночасно переносити енергію. Вплив ультразвукової хвилі на частину середовища приводить до її збудження і коливання суміжних частин. При цьому виникає ультразвукова хвиля, яка розповсюджується з певною швидкістю, що залежить від фізичних властивостей середовища.

У дитячому віці внутрішні статеві органи (матка, яєчники) мають незначні розміри, що утруднює проведення УЗД. Необхідна ретельна підготовка дівчинки: за 1–2 дні призначають дієту без продуктів, що спричинюють утворення газів, а напередодні ввечері проводять очисну клізму.

Поряд з трансабдомінальним скануванням у дорослій гінекології та у дівчат, що живуть статевим життям, широко використовують трансвагінальне сканування. Цей метод не потребує спеціальної підготовки (дієти, очисної клізми, наповнення сечового міхура). Однак він не може застосовуватися для обстеження дівчаток і дівчат, які не живуть статевим життям.

Ехографія дає можливість оцінити ріст внутрішніх статевих органів у період статевого спокою, а також спостерігати в динаміці за ростом матки та яєчників при фізіологічному і патологічному статевому розвитку. При цьому визначається чітка кореляційна залежність між розвитком вторинних статевих ознак, антропометричними даними, ехографічними розмірами матки і яєчників та ступенем їх зрілості у певному віці.

Матка легко візуалізується при проведенні УЗД. За фізіологічного розвитку вона визначається у вигляді щільного утворення з великою кількістю лінійних і точкових ехоструктур, розміщується в центрі малого таза, позаду сечового міхура.

Росте матка повільно і поступово. У віці від 1 до 5 років матка визначається у вигляді трубки, довжина якої змінюється від 2,8 см у віці 1 року до 3,2 см у віці 5 років. При тому ширина матки та її передньозадній розмір практично не змінюються. Починаючи з 5 років і до появи менструацій, відбувається подальше збільшення матки як у довжину, так і в ширину. Протягом періоду від 1 року до віку менархе приріст матки в довжину становить 3 см, а в ширину — 2,3 см. Основне збільшення матки починається у віці 8–9 років, що є свідченням гормональної активності яєчників.

Особливо інтенсивний ріст внутрішніх статевих органів, у тому числі й матки, спостерігається з настанням менархе. У цей період відбувається ріст матки в довжину, ширину і товщину, з'являється кут між тілом матки та її шийкою. Крім того, з початком менструальної функції змінюється форма матки, вона стає грушоподібною, відмічається зміна розмірів матки в процесі менструального циклу: у 2-й фазі циклу розміри матки більші, ніж у 1-й. У віці 17 років розміри матки наближаються до таких у дорослих жінок, однак, як правило, не досягають їх.

Ендометрій. Динамічне спостереження, що проводиться протягом менструального циклу, допомагає вивченню особливостей зміни стану ендометрія (М-ехо) у дівчаток. У більшості здорових дівчат на початку циклу М-ехо не визначається або

візуалізується у вигляді вузької ехопозитивної смужки завтовшки 1–2 мм, яка розміщена по центру. У подальшому спостерігається збільшення товщини ендометрія, який до кінця менструального циклу сягає 8–10 мм. У старших дівчат з двофазним менструальним циклом товщина ендометрія у 2-й фазі циклу може сягати 10–15 мм. У 1-й фазі структура ендометрія однорідна. Починаючи з середини менструального циклу, на межі ендометрія та міометрія виникає зона відторгнення у вигляді ехонегативного обводу, прояви якого збільшуються у міру наближення місячних. Наприкінці 2-ї фази весь ендометрій стає гіпоехогенним. Чіткіше серединне внутрішньоматкове М-ехо визначається під час менструації.

Шийка матки починає диференціюватися після 4 років, але, як правило, вона візуалізується з 8–9 років, коли становить 2/3 тіла матки і дещо ширша за тіло матки. У віці 10–11 років шийка матки чітко диференціюється, намічається утворення кута між тілом і шийкою матки, відношення довжини тіла матки до шийки — приблизно 1 : 1. Кут між тілом і шийкою матки чітко визначається з настанням менархе. У віці 17 років закінчується статеве дозрівання, на ехограмі з'являються такі зміни: кут між тілом і шийкою матки добре виражений, відношення довжини тіла матки до довжини шийки матки — 2 : 1 (зменшення цього співвідношення у старшому віці частіше свідчить про статевий інфантилізм і рідше є індивідуальною особливістю будови матки). Шийковий канал, як правило, не візуалізується, однак при УЗ-обстеженні під час місячних у каналі шийки матки можуть визначатися залишки ендометрія, який відшаровується.

Піхва представлена на ехограмі двома паралельними лініями, які під кутом з'єднуються з маткою і розміщуються доту до від сечового міхура.

Яєчники є найбільш складним об'єктом для ехографічного дослідження, особливо у маленьких дітей. Вони визначаються як утворення еліпсоподібної форми з ніжною структурою, порівняно зі структурою стінки матки. У дитинстві яєчники розміщуються високо в порожнині малого таза або на межі входу в малий таз, біля його стінок. На ехограмі при поперечному скануванні вони визначаються біля нижнього краю поперечного зрізу довгого м'яза таза. У віці 2–7 років середні розміри яєчників дорівнюють 1,7×1,3×1,6 см. У віці 8–9 років, з початком статевого дозрівання, першими починають збільшуватися яєч-

ники, їх розміри становлять 1,9×1,4×1,8 см. Розміщуються яєчники високо біля стінок малого таза. У віці 10–11 років вони дещо опускаються у порожнину малого таза і розміщуються на 2–4 см вище кутів матки. Розміри яєчників становлять 2,1×1,5×2,0 см. До терміну менархе відбувається подальший ріст яєчників до 3,0×2,12×3,0 см. Розташовуються вони поблизу кутів матки, що в поєднанні з вираженим кутом між тілом і шийкою матки, співвідношенням довжини тіла і шийки матки 2 : 1 є ознакою зрілості внутрішніх статевих органів. У віці 17 років, коли у дівчат завершується статеве дозрівання, яєчники розташовуються поруч з маткою і прилягають до її стінок, у статевих залозах визначаються фолікули.

Овуляторні цикли у дівчат з'являються через 10 міс. після початку менструальної функції, і з цього часу можна простежити за розвитком домінантних фолікулів за допомогою УЗ-сканування. Не відмічається суттєвої різниці між розмірами правого та лівого яєчників у 1-й та 2-й фазах циклу, що свідчить про рівноцінну участь обох яєчників у нормальному менструальному циклі у період статевого дозрівання. Як правило, у здорових дівчат на 10-й день овуляторного менструального циклу в одному з яєчників з'являється фолікул діаметром 8–10 мм, у подальшому фолікул збільшується на 2 мм за добу і на 15-й день він сягає 18–20 мм, максимально — 25 мм. У дівчат відмічається більш повільний ріст фолікулів і овуляція може проходити у фолікулах меншого діаметра, ніж у жінок репродуктивного періоду. Безпосередньо перед овуляцією фолікул нагадує кістозне утворення одного з яєчників. У наступні дні фолікул не визначається, що вказує на овуляцію, яку підтверджують і тести функціональної діагностики.

Найбільшу інформативність УЗД має при аменореї, гіпоменструальному синдромі, ювенільних маткових кровотечах (ЮМК), аномаліях розвитку внутрішніх статевих органів у дівчат, пухлинах яєчників і матки, а також при запальних захворюваннях внутрішніх статевих органів. За умов гіпоменструального синдрому, аменореї з допомогою УЗД виявляють відставання розмірів матки від вікової норми, яєчники переважно солідної структури, з поодинокими дрібними ехонегативними включеннями (фолікулами), серединна маткова структура (М-ехо) стоншена. Метод УЗД дозволяє діагностувати пубертатні маткові кровотечі, правильно вибрати метод лікування і відстежувати його ефективність у динаміці (рис. 5).

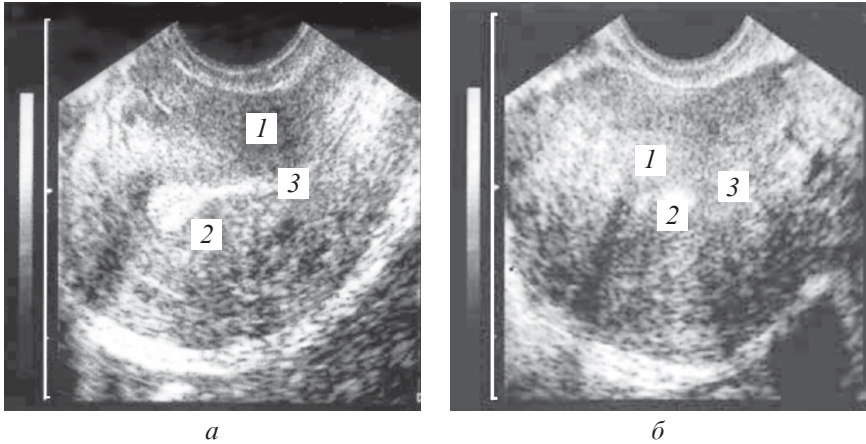


Рис. 5. Ультразвукова картина жіночих статевих органів у пацієнтки Т. 15 років: 1 — матка; 2 — ендометрій; 3 — синехії; *а* — у поздовжньому трансвагінальному скануванні; *б* — у поперечному трансвагінальному скануванні

Ультразвукове дослідження дозволяє диференціювати ретенційні кісти яєчників зі справжніми пухлинами, які потребують оперативного лікування, а також контролювати ефективність проведеної терапії. На особливу увагу заслуговують аномалії розвитку внутрішніх статевих органів у дівчат, особливо їх діагностика й ультразвукова діагностика, яка становить певні труднощі.

Подвоєння матки часто не має клінічних проявів і в деяких випадках виявляється як знахідка при УЗД. Найскладнішими для діагностики УЗД є гемі-генітатрезії, які найчастіше проявляються після менархе, коли, за умов нормальної менструації, відбувається скупчення менструальної крові у другій замкнутій піхві. За такої патології нерідко проводять помилкове оперативне втручання, приймаючи гематокольпос за кісту яєчника. Диференціально-діагностичними ознаками у даному разі є розташування ехонегативного утворення нижче однієї з подвоєних маток, наявність у черевній порожнині яєчників з обох боків та аплазія нирки на боці ураження, що трапляється в 100 % випадків (табл. 10).

При УЗ-діагностиці запальних процесів внутрішніх статевих органів виявляють ознаки зміщення матки, наявність рідини в малому тазі.

Вікові зміни розмірів матки та яєчників у дівчат-підлітків

Вік, роки	Довжина тіла матки (шийки матки), см	Ширина матки	Передньо-задній розмір матки, см	Об'єм яєчника, см ³
2–7	3,19±0,06	1,50±0,05	0,9±0,7	1,70±0,25
8–9	3,50±0,06	1,70±0,07	1,10±0,04	2,5±0,3
10–11	4,9±0,2	2,0±0,1	1,5±0,1	3,3±0,2
14–16	4,25±0,10 (2,57±0,03)	3,8±0,8	2,82±0,10	6,9±0,3
17–19	4,80±0,11 (2,6±0,1)	4,1±0,1	3,30±0,04	8,8±0,4

Зондування піхви та порожнини матки проводять для діагностики вад розвитку, за наявності стороннього тіла, при дозрі на гемато- або піометру.

Аспіраційну біопсію виконують дівчаткам з матковими кровотечами в ювенільному періоді з метою уточнення причини кровотечі (новоутворення, гіперпластичний процес ендометрія).

Вишкрібання слизової оболонки тіла матки (з попередньою та подальшою гістероскопією) є показанням для припинення маткової кровотечі з діагностичною метою при тривалих незначних кров'яних виділеннях у дівчат з тривалістю захворювання більше двох років і за відсутності ефекту від симптоматичної та гормональної терапії.

Рентгенографічні та рентгеноконтрастні методи обстеження (пневмопельвіографія, гістеросальпінгографія, вагінографія) дозволяють виявити аномалії розвитку статевих органів, пухлиноподібні утворення малого таза, склерокістозно змінені яєчники.

Рентгенологічні методи у практиці дитячого гінеколога посідають особливе місце. Для діагностики нейроендокринних захворювань, затримки або відсутності статевого розвитку використовують рентгенологічні дослідження форми, розмірів і контурів турецького сідла — кісткового ложа гіпофіза. На прицільному боковому знімку вимірюють його сагітальний і вертикальний розміри, співвідношення висоти і довжини турецького сідла (індекс сідла), який змінюється з віком.

Індекс сідла в дитинстві більший або дорівнює 1, у пубертатному віці — менше 1. Пухлина гіпофіза може викликати остеопороз стінок сідла, стоншення і нерівності контурів кісток сідла й інші зміни.

У дитячій гінекології рентгенологічний метод застосовується для визначення кісткового віку, що характеризує біологічну зрілість організму. Він тісно корелює з віком менархе, а при затримці статевого розвитку краще корелює з початком появи вторинних статевих ознак, аніж із хронологічним віком. Основними показниками вікової диференціації кісток скелета є ядра окостеніння та утворення синостозів. Для визначення кісткового віку дитини отримані рентгенограми порівнюють з нормативами кісткового дозрівання за спеціальними рентгенологічними таблицями.

Дівчатка за значеннями кісткового віку випереджають хлопчиків на 12–18 міс. У пубертатному періоді статевий розвиток за цим показником досягає 18–24 міс.

При порушенні статевого розвитку динаміка осифікації знає змін, що враховують у діагностиці та при визначенні стадії статевого розвитку.

За спеціально розробленими таблицями, в яких вказані терміни та послідовність визначення окостеніння, та синостозами між метафізами і епіфізами довгих трубчастих кісток, залежно від віку, визначають терміни окостеніння скелета і кінцівок у дітей (табл. 11).

Надзвичайно важливим методом дослідження у дівчат є *рентгенографія черепа та турецького сідла*, яка дає уявлення про будову кісток склепіння черепа, а також про форму та величину турецького сідла як ознаку величини гіпофіза.

З-поміж інших рентгенологічних методів обстеження використовують *рентгенографію надниркових залоз (при підозрі на пухлину)*.

Гістеросальпінгографія (ГСГ) проводиться за чіткими показаннями: підозра на туберкульоз геніталій, аденоміоз, аномалія розвитку внутрішніх статевих органів у дівчат після 14–15 років.

Крім вищезазначених методів, для діагностики цілої низки гінекологічних захворювань широко використовують *цитогенетичне дослідження* (визначення статевого хроматину, за показаннями — каріотипу), що особливо важливо при порушеннях соматостатевого розвитку (статевого диференціювання, затримці статевого розвитку та ін.).

Терміни окостеніння скелета кисті та дистального відділу передпліччя у дітей і підлітків (М. А. Жуковський та ін., 1980)

Ділянка окостеніння і синостози	Найбільш ранній термін		Найбільш пізній термін		Середній термін
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата	
Головчаста і гачкувата кістки	1 міс.	1 міс.	10 міс.	8 міс.	3–4 міс. 2–3 міс.
Дистальний епіфіз променевої кістки	6 «	4 «	2 роки	1 S роки	10–12 « 8–10 «
Епіфізи основних фаланг і п'ясткових кісток	10 «	8 «	3 «	2 S роки	15–18 « 10–12 «
Епіфізи середніх і кінцевих фаланг	1 рік	10 «	3 «	3 «	20–24 « 12–15 «
Тригранна кістка	1 S роки	1 рік	5 років	4 «	3–3 S роки 2–2 S роки
Півмісяцева кістка	2 «	2 роки	6 «	4 S «	3 S–4 « 2 S–3 «
Багатокутова і човноподібна кістки	4 «	3 S «	8 «	6 «	5 S–6 років 4–4 S «
Дистальний епіфіз ліктьової кістки	6 років	5 років	10 «	8 «	7–7 S « 6–6 S «
Шилоподібний відросток ліктьової кістки	7 «	6 «	12 «	10 «	9 S–10 « 7 S–8 «
Горохоподібна кістка	10 «	7 «	13 «	11 «	11–12 « 8 S–9 «
Сесамоподібні кістки в I п'ясно-фаланговому суглобі	11 «	9 «	15 «	13 «	13 S–14 « 11–11 S «
Синостоз у I п'ястковій кістці	14 «	12 «	17 «	15 «	15 S–16 « 12 S–13 «
Синостози у кінцевих фалангах	14 «	12 «	18 «	16 «	16–16 S « 13 S–14 «
Синостози в основних фалангах	14 «	12 «	19 «	17 «	16 S–17 « 14–15 «
Синостози у середніх фалангах	14 «	12 «	19 «	17 «	16 S–17 « 15 S–16 «
Синостози у II–V п'ясткових кістках	14 «	12 «	19 «	17 «	16 S–17 « 15 S–16 «
Синостоз дистального епіфіза ліктьової кістки	16 «	13 «	19 «	17 «	17–18 « 15 S–16 «
Синостоз дистального епіфіза променевої кістки	16 «	14 «	20 «	18 «	18–19 « 16 S–17 S «

ЛАБОРАТОРНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

Бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів проводиться після огляду статевих органів. Дослідження виділень з піхви проводять у всіх дівчат, що обстежуються, виділень із суміжних органів (уретри, прямої кишки) — залежно від характеру захворювання (гонорея, трихомоніаз). Матеріал беруть жолобкуватим зондом, ложкою Фолькмана або гумовим катетером. Перед уведенням інструмента ватною кулькою, змоченою теплим фізіологічним розчином, протирають вхід у піхву, зовнішній отвір уретри та ділянку відхідника. Інструменти для взяття матеріалу вводять в уретру на глибину 0,5 см, у пряму кишку — на 2–3 см, а у піхву, по можливості, — до заднього склепіння. Результати дослідження слід оцінювати з урахуванням віку дівчинки.

Для виявлення збудника, крім бактеріоскопічного дослідження виділень з піхви, уретри, прямої кишки, матеріал засівають на середовища, що дозволяє виділити культуру збудника та визначити чутливість його до антибіотиків.

Тести функціональної діагностики використовують у дівчат з ювенільними кровотечами, при патології періоду статевого дозрівання та підозрі на гормонально-активні пухлини яєчників. До цитологічних методів діагностики належать: цитологічне дослідження виділень з піхви з підрахунком вагінальної формули та каріопікнотичного індексу, симптом «зіниці», «симптом папороті», вимірювання ректальної температури, визначення рівня гормонів у крові.

Термографія не втратила діагностичної цінності для визначення запальних процесів внутрішніх статевих органів, вона дозволяє з достатньо високою точністю підтвердити наявність запального процесу геніталій.

Обстеження дівчат з гінекологічними захворюваннями відрізняється від обстеження дорослих спеціальною методикою обстеження статевих органів і підходом до хворої дитини, проведенням загальних методів обстеження.

Оскільки більшість дітей, особливо тих, що вперше звертаються до лікаря-гінеколога, відчувають тривогу, незручність, страх у зв'язку з обстеженням, забезпечити повноцінне обстеження дитячий гінеколог повинен ще до початку обстеження: встановити контакт, заспокоїти, викликати довіру дівчинки. По-

передню бесіду з матір'ю краще проводити за відсутності дитини. Доцільно дати матері можливість розповісти про розвиток захворювання своєї дочки, після чого поставити необхідні додаткові запитання.

ПОКАЗНИКИ СТУПЕНЯ ЧИСТОТИ ПІХОВОГО ВМІСТУ У ДІВЧАТОК

У здорової дівчинки мікроекологія піхви — це гормонально залежна система, стан якої взаємопов'язаний з імунними особливостями організму і визначається функціональним станом яєчників, концентрацією лактофлори, рН піхового вмісту і станом місцевого імунітету.

Тести функціональної діагностики

Для оцінки ендокринної функції яєчників у дівчаток, особливо у пубертатному віці, найчастіше використовують вимірювання ректальної температури і кольпоцитологічне дослідження.

Вимірювання базальної температури протягом декількох місяців дозволяє судити про становлення менструальної функції, тривалість окремих фаз циклу, наявність або відсутність овуляції. Вимірювання проводять у тих же умовах, що й у дорослих жінок. Температурна крива набуває двофазного характеру після 15–16-літнього віку. Необхідно пам'ятати, що при гарячці та субфебрилітеті діагностична цінність методу втрачається.

Кольпоцитологічне дослідження. Ідеальна ділянка для взяття матеріалу — бокове склепіння піхви. Мазок беруть без форсування за допомогою дитячого зонда, ложки Фолькмана або піпетки. Якщо немає можливості взяти мазок із піхви (атрезія дівочої пліви, малий її отвір), його можна приготувати з центрифугату ранкової сечі, мазків зі слизової оболонки носа, внутрішньої поверхні щоки. Дослідження бажано провести кілька разів протягом менструального циклу, якщо останній сформований, але не частіше ніж 1 раз на 3 дні.

Вікова динаміка кольпоцитологічної картини. На першому тижні життя дівчинки переважають проміжні клітини, а поверхневі клітини становлять 10 %. Надалі з 7-го дня до 7–8 років спостерігаються лише базальні та парабазальні клітини, що свідчить про низьку проліферативну активність піхового епітелію. Це зумовлено низькою насиченістю естрогенами. У препубер-

татному віці (з 8–9 років) з'являються проміжні клітини, а кількість поверхневих клітин сягає 50 %.

У пубертатному періоді поступово зростає питома вага високодиференційованих клітин стінки піхви; відповідно до фаз менструального циклу можна в динаміці виявити ознаки зростаючого естрогенового впливу, який змінюється на прогестероновий. У цей період можна підрахувати каріопікнотичний індекс і його динаміку.

При порушенні менструальної функції та процесів статевого дозрівання кольпоцитологічний метод має високу діагностичну цінність.

Цитогенетичне дослідження

У дитячій гінекології результати генетичного обстеження часто мають вирішальне значення для діагностики, прогнозу та вибору методу лікування.

Визначення статевого хроматину. Зазвичай досліджують клітини слизової оболонки внутрішньої поверхні щоки (букальний епітелій). Визначення тілець Барра не менше ніж у 10–12 % досліджуваних клітин свідчить про наявність позитивного хроматину. Відповідно негативний статевий хроматин встановлюють у осіб з тільцями Барра менше ніж у 5 % клітин. При виявленні статевого хроматину в 6–9 % клітин рекомендують повторити дослідження, а при отриманні аналогічного результату необхідне каріотипування.

Цитогенетична оцінка за точністю поступається каріотипуванню, однак простота та швидкість методу мають свої переваги.

Статевий хроматин досліджується при діагностиці аномалій будови зовнішніх геніталій і статевого розвитку, при первинній аменореї, особливо в поєднанні з низьким ростом (у дівчаток), при євнухoidному високому рості в поєднанні з гіпогонадизмом (у хлопчиків). Не рекомендують визначати статевий хроматин у першу добу після народження, під час прийому гормональних препаратів, антибіотиків і деяких інших сильнодіючих лікарських засобів.

Каріотип визначає морфогенетичну характеристику ядер клітин на стадії їх поділу (в метафазі) і дає уявлення про хромосомний набір клітин організму. Для визначення хромосомного набору клітин використовують венозну кров і вирощують культуру лімфоцитів.

Показаннями для дослідження каріотипу є: інтерсексуальна будова геніталій, відсутність або низький відсоток (менше 10 %) статевого хроматину в осіб жіночої статі; позитивний хроматин в осіб чоловічої статі; гінекомастія в поєднанні з гіпогонадізмом та/або з евнохайдними пропорціями тіла в осіб чоловічої статі. Слід пам'ятати, що при одному і тому ж каріотипі бувають абсолютно різні зовнішні прояви. Наприклад: 46 XX — при справжньому гермафродитизмі (в 60 %); 46 XX — при жіночому псевдогермафродитизмі (вроджена дисфункція кори надниркових залоз).

ВИЗНАЧЕННЯ ГОРМОНІВ ТА ЇХ МЕТАБОЛІТІВ У БІОЛОГІЧНИХ РІДИНАХ

Дослідження ендокринологічної статевої системи дівчат полягає у визначенні концентрації гормонів у крові або сечі, які мають відношення до формування репродуктивної функції.

Для визначення тропних гормонів гіпофіза, гормонів статевих залоз та їх метаболітів застосовують високоспецифічний радіоімунний метод, який базується на конкурентному зв'язуванні. Метод високочутливий, не має побічних ефектів, що дає можливість багатократних повторних досліджень.

Про функціональну активність гонад як у дорослих, так і у дітей можна судити за екскрецією рівня 17-кетостероїдів (17-КС) у сечі (табл. 12).

Таблиця 12

Гормони та їх метаболіти, що визначаються у сечі та сироватці крові

Сеча	Сироватка крові
Загальні естрогени	17-бета-естрадіол
Естрадіол-глюкуронід	17-бета-естрадіол
Прегнадіол	Прогестерон
Прегнантріол	17-ОН-прогестерон
17-ОН-кортикостероїди	Кортизол
17-Кетостероїди	Дегідроепіандростерон-сульфат (основний стероїд)
17-Кетогенні стероїди	Відповідні показники відсутні, найкраща кореляція при одночасному визначенні кортизолу та 17-ОН-прогестерону

При збиранні добової сечі у дітей необхідно пам'ятати, що брати порцію сечі під час першого сечовипускання не можна. Усі наступні порції 24-годинного циклу об'єднують в одній посудині з низькою температурою.

Для оцінки результатів необхідно враховувати вік і загальну поверхню тіла пацієнтки. У високих і повних дівчат рівень екскреції 17-КС вищий, ніж у середньому в популяції.

У дівчаток препубертатного віку екскреція 17-КС дуже низька (2,5 мг на добу). У період статевого дозрівання вона швидко зростає до рівня дорослих. Екскреція 17-КС залежить також від харчування, активності статевих залоз і статі. Майже всі стани, які супроводжуються гірсутизмом і вірилізацією, причиною яких може бути дисфункція надниркових залоз, характеризуються підвищенням екскреції 17-КС. Загальний вміст 17-КС у сечі, що перевищує 20 мг за 24 год, може вказувати на патологію надниркових залоз.

Рівень 17-кетогенних стероїдів (17-КГ) у сечі відображає вміст метаболітів глюкокортикоїдів: 17-КГ стероїди включають кортизол, кортизон та їх відновлені похідні, майже всі вони надниркового походження. Оскільки до 17-КГ стероїдів належить і прегнантріол, рівень цих сполук при вродженій гіперплазії надниркових залоз зростає.

За умови клінічних станів, при яких порушується кон'югація стероїдів у печінці або зростає їх екскреція, з діагностичною метою проводять визначення вільних кортикостероїдів. При синдромі Іценка — Кушинга визначення вільного кортизолу в сечі дозволяє отримати діагностичну інформацію.

ДІАГНОСТИЧНІ ГОРМОНАЛЬНІ ПРОБИ В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ

Пробу з гонадотропін-релізінг-гормонами (ЛГ-РГ) застосовують для оцінки функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарної осі при порушеннях статевого розвитку у дітей. Суть проби полягає у визначенні здатності гонадотрофів гіпофіза реагувати на стимуляцію ЛГ-РГ підвищеним рівнем ЛГ і ФСГ у крові (або екскреція їх із сечею).

Методика: внутрішньовенно вводять 2,5 мкг/кг препарату (люліберину, релефакту, кріптокуру) і визначають ЛГ і ФСГ у крові відразу і через 30, 60, 90, 120 хв.

Підвищення рівня обох гормонів у відповідь на стимуляцію корелює з кістковим віком. Від початку статевого дозрівання чутливість гіпофіза до стимулювальної дії ЛГ-РГ змінюється: максимальне підвищення відмічають у 11–15 років; мінімальне — у дітей молодшого віку та дорослих. Підвищення рівня ЛГ у загальному вигляді вище, аніж підвищення ФСГ.

Тест зручний для диференційної діагностики вторинного гіпогонадізму і конституальної затримки пубертату, повних і неповних форм передчасного статевого розвитку (ПСР) у дівчаток, справжнього ПСР і симптоматичних форм ПСР.

При справжньому ПСР у дівчаток визначається надзвичайно висока чутливість гонадотрофів гіпофіза до стимулювальної дії люліберину. Підвищення рівня ЛГ перевищує пубертатні значення, а рівень ФСГ значно нижчий.

Оцінка секреції гормону росту (ГР) необхідна у дітей з низькорослістю, ідіопатичним гіпопітуїтаризмом, акромегалією, карликовістю та пухлинами.

Перед проведенням проби необхідно оцінити тиреоїдний статус дитини!

Скринінг-тести на дефіцит ГР: визначення гормону в пробах крові, які отримані через 60–120 хв після засинання або після фізичного навантаження у дітей, надійно характеризує секрецію ГР. Якщо не відбувається значного підвищення його рівня у результаті скринінг-тестів, необхідно проводити подальше дослідження секреції цього гормону за допомогою синтетичного рилізінг-гормону ГР.

ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ДІВЧАТОК

У дівчаток установлення діагнозу базується на сукупності діагностичних прийомів, а не на будь-якому одному методі. Відповідний анамнез, включаючи епіданамнез, скарги на абдоміналію, альгодисменорею, слабкість, астенизацію, субфебрилітет є підставою для цілеспрямованого обстеження дівчинки.

При пальпації живота може бути позитивним *синдром Брауде* — наявність м'язового захисту над ділянкою уражених маткових труб.

На відміну від дорослих, при ректоабдомінальному дослідженні збільшення та ущільнення придатків виявляється рідко. Пухлинне утворення придатків, якщо воно є, малоболісне.

Для нього характерна незначна динаміка, незважаючи на проведення неспецифічного протизапального лікування, що допомагає в диференційній діагностиці. Іноді можна констатувати позитивну ознаку *Гегара* — пальпування в прямокишково-матковій заглибині вузликів величиною з сочевицю або більше.

Гістеросальпінгографія при добрій розтяжності отвору дівочої пліви дозволяє побачити порушення топографії маткових труб через перитубарні спайки, розширення маткових труб або порушення їх прохідності, зрідка — їх облітерацію.

Цитологічне дослідження аспірату із порожнини матки (наявність елементів туберкульозної гранульоми) має діагностичну цінність. Вишкрібання порожнини матки з цією метою не проводиться. Гістологічне дослідження у зрізах біопсійного матеріалу втричі збільшує виявлення туберкульозу.

Провокаційна туберкулінова проба (ПТБ): підшкірне введення 20 або 50 ТО туберкуліну оцінюється за загальною та вогнищевою реакцією. Позитивна проба Манту (папула більше 10 мм у діаметрі) та позитивна загальна реакція (підвищення температури на 0,7 °С) вказують на загальне інфікування організму туберкульозом, тимчасом як позитивна вогнищева реакція допомагає встановити топічний діагноз. Рекомендується проводити протейнограму до- і після ПТП, оскільки зниження альбуміно-глобулінового коефіцієнта відмічається у 45 % осіб з туберкульозним процесом.

РЕГУЛЯЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ДІВЧАТ _____

Регуляція репродуктивної функції дівчат здійснюється єдиною функціональною нейроендокринною системою, яка включає центральну (інтегруючу) ланку та периферичні (ефекторні) органи з різною кількістю проміжних ланок.

У системі регуляції репродуктивної функції дівчат окремі ланки взаємодіють між собою за допомогою прямого та зворотного взаємозв'язку, які визначаються характером сигналів, що надходять з периферії (рис. 6).

Вищий (перший) рівень регуляції репродуктивної системи дівчат — це структури, які становлять акцептор результату дії: нервова система, мигдалеподібний комплекс, гіпокамп та інші гіпоталамічні структури. Вони впливають на функцію гіпотала-

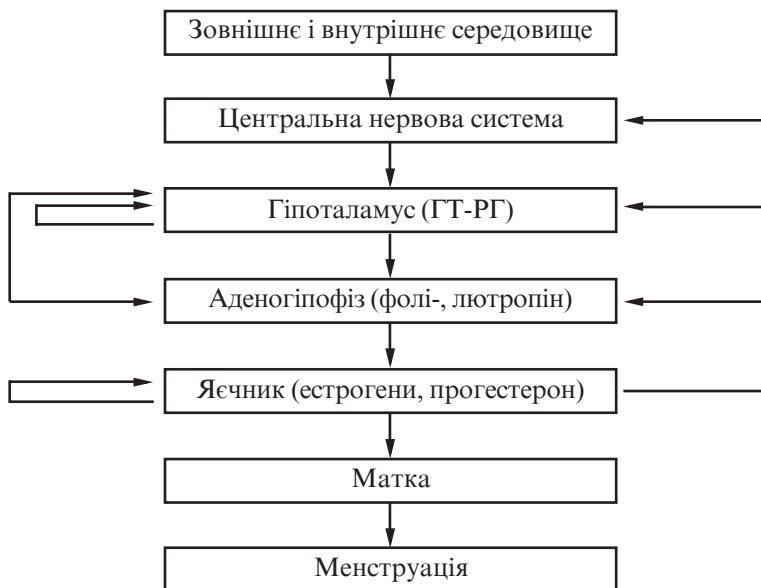


Рис. 6. Механізми прямих і зворотних нейрогуморальних зв'язків протягом менструального циклу

муса та гіпофіза. Даний вплив може бути як стимулювальним, так і пригнічувальним.

Фізіологічні ефекти структур вищого рівня регуляції здійснюються через нервові та гуморальні зв'язки. Провідне місце у взаємозв'язках належить мозковим нейротрансмітерам (катехоламіни, серотонін, ацетилхолін, ГОМК, глутамінова кислота, енкефаліни), які ідентифіковані в екстрапірамідних утвореннях. Церебральні нейротрансмітери регулюють гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковий рівні репродуктивної функції. Вони визначають циркадні та цирхоральні ритми, які є провідними у функціонуванні всієї репродуктивної системи.

Ендогенні опіоїдні пептиди (ЕОП) поділяються на три групи: енкефаліни, ендорфіни та динорфіни. Вони містяться в різних структурах мозку, вегетативної нервової системи, інших тканинах та органах, а також у біологічних рідинах організму (плазмі, амніотичній і фолікулярній рідині, спермі та ін.), впливають на дозрівання фолікула, жовтого тіла, овуляцію, синтез і викид гормонів гіпоталамусом і гіпофізом. Це свідчить про їх багатогранний вплив на регуляцію репродуктивної системи

й участь у формуванні різних її патологічних станів. За допомогою інгібіторів опіоїдних рецепторів налоксону та налтрексону усуваються пригнічувальні ефекти ЕОП на функцію гіпофіза, овуляцію та інші генеративні процеси.

Найважливішим нейроендокринним посередником регуляції менструального циклу є епіфіз. Метиліндоли та пептиди, що містяться в епіфізі, за місцем їхнього біосинтезу та фізіологічною роллю поділяються на три групи: нейрогіпофізарні (аргінін — вазопресин, аргінін — вазотонін, окситоцин, нейрофізин), що сприймають інформацію від мозку; аденогіпофізарні (MSG, ЛГ, ФСГ, СТГ, ПРЛ), які передають інформацію про регуляторні можливості ендокринної системи; власний гормон епіфіза — мелатонін, який інгібує рівень ЛГ та ПРЛ. Вивільняється мелатонін ритмічно, залежно від часу доби (більше вночі) та пори року (більше взимку). Епіфіз впливає на регуляцію статевого дозрівання, функціональний стан гіпоталамуса, гіпофіза та яєчників, вагітності, лактації, а також на розвиток низки гінекологічних захворювань.

Другий рівень регуляції репродуктивної функції — гіпоталамус, його гіпофізотропна зона, що складається з нейронів вентро- та дорсомедіальних аркуатних ядер. Ці структури мають нейросекреторну активність ліберинів і статинів. Особлива роль у регуляції належить люліберину, фоліберину та пролактостатину — пролактинінгібууючому фактору (ПІФ). Стимулюється синтез ПРЛ тиреоліберином, а головним чином, — дофамінергічними структурами. Дофамін гальмує вивільнення пролактину з лактотрофів гіпофіза, а його антагоністи (метилдофа, резерпін, аміназин) посилюють його вивільнення (рис. 7).

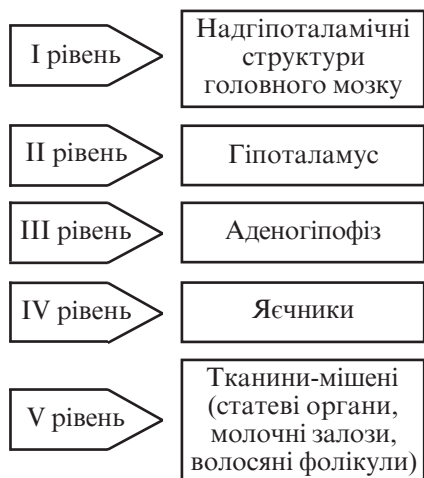


Рис. 7. Рівні регуляції репродуктивної системи

Цирхоральна нейросекреторна функція гіпоталамуса, яка модулюється імпульсами з екстрагіпоталамічних структур і кори головного мозку, формується в пубертатному віці та свідчить про зрілість нейросек-

реторних структур гіпоталамуса. Регулюючи гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему, вона запускає генеративну функцію. На виділення нейротрансмітерів і гормонів гіпоталамусом впливає рівень естрадіолу в крові.

Третій рівень регуляції репродуктивної функції — це гіпофіз. У ньому виробляються тропні гормони периферичних ендокринних залоз (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, АКТГ) та ін. Гонадотропіни, взаємодіючи між собою, впливають на функцію яєчників; ФСГ стимулює ріст і дозрівання фолікулів, секрецію ними естрогенів. Утворення та діяльність жовтого тіла контролюється ЛГ і ПРЛ; останній також контролює ріст молочних залоз і процес лактації. Водночас естрогени пригнічують синтез і викид ФСГ, а прогестерон — ЛГ та ПРЛ. Отже, залежно від концентрації та співвідношення статевих стероїдних гормонів пригнічується чи активується продукція відповідних тропних гормонів гіпофіза.

Периферичні ендокринні органи (яєчники, щитоподібна залоза, надниркові залози) утворюють *четвертий рівень регуляції*. Основна роль належить яєчникам. В яєчниках відбуваються процеси біосинтезу стероїдів і розвитку фолікулів. Перед менструацією у фолікулярній рідині різко зростає рівень гормонів, особливо естрадіолу та ФСГ, внаслідок чого відмічається пік зростання ЛГ і трапляється овуляція — розрив базальної мембрани домінантного фолікула та кровотеча з капілярів тека-клітин. Процес овуляції відбувається за участі простагландинів (F_2 та E_2), протеолітичних ферментів, окситоцину та релаксину. На нього впливають також зовнішні чинники (харчування, стресові ситуації, світловий і температурний режим), проте головна роль належить статевим гормонам.

Підвищується рівень люліберину, на фоні збільшеної секреції естрадіолу та наступного піка ЛГ при підвищеній чутливості гіпофіза до люліберину і відбувається овуляція. Напередодні реєструється зниження рівня ПРЛ. За цим починається наступна фаза циклу — лутеїнова, або фаза жовтого тіла. Підвищується рівень прогестерону, відбувається секреторна трансформація ендометрія, а також інші зміни в різних органах і системах організму.

Розвиток фолікулів з дозріванням яйцеклітини, у подальшому — жовтого тіла перебігає одночасно з інтенсивним процесом біосинтезу стероїдних статевих гормонів — естрогенів, прогестерону та андрогенів. Здебільшого андрогени синтезуються

в корі надниркових залоз із дегідроепіандростерону та дегідро-епіандростерону сульфату. Тестостерон шляхом ароматизації за допомогою ензимів перетворюється в більш активний андроген, кількість якого в жіночому організмі сягає 50–75 мкг на добу. Андрогени синтезуються в тека-клітинах, а естрогени — в клітинах гранульози (табл. 13).

У гранульозних клітинах фолікулів також синтезується інгібін, який гальмує виділення ФСГ гіпофізом, пептидні речовини місцевої дії — окситоцин і релаксин, простагландини. Оксито-

Таблиця 13

**Концентрація стероїдних і пептидних гормонів
у крові здорових дівчаток у процесі дозрівання
репродуктивної системи від 1 до 17 років
(В. Ф. Коколина, 1997)**

Вік, роки	Мено- цикл	ЛГ, МО/л	ФСГ, мМО/л	ПРЛ, нмоль/л	Естра- діол, мМО/л	Проге- стерон, пмоль/л	Тесто- стерон, нмоль/л	Кор- тизол, нмоль/л
0,6–1,6	—	1,0–2,9	0,7–2,6	24–1308	6,2–140	0,3–2,9	0,2–0,6	174–1092
1,6–2,5	—	1,3–2,3	1,0–1,6	160–230	—	0,8–2,4	0,6–9,9	284–530
2,6–3,5	—	0,7–6,5	0,6–3,1	127–209	8,8–147	0,5–1,7	0,1–2,2	149–753
3,6–4,5	—	1,3–4,9	0,9–2,7	129–320	18,6–181	0,7–2,26	0,1–0,2	293–869
4,6–5,5	—	1,3–3,4	1,1–1,3	120–228	34,6–79,5	0,8–1,6	0,3–0,6	326–1418
5,6–6,5	—	1,1–1,7	0,9–1,8	195–308	67,7–108	0,9–1,4	0,4–0,6	212–386
6,6–7,5	—	1,3–1,9	1,1–1,8	154–345	48–80	0,9–1,6	0,4–0,8	309–596
7,6–8,5	—	1,4–1,7	1,1–1,4	186–319	53–96	1,1–1,6	0,5–0,8	395–549
8,6–9,5	—	1,5–2,9	1,1–2,0	149–285	87–131	0,8–1,5	0,7–1,1	221–516
9,6–10,5	—	1,3–3,0	1,1–1,9	168–968	68–148	0,9–1,9	0,8–1,4	295–706
10,6–11,5	—	1,9–4,1	1,3–2,6	180–343	72–242	1,3–2,1	0,8–1,8	262–450
11,6–12,5	—	2,8–4,4	1,7–2,7	197–301	101–151	0,7–1,2	1,1–1,4	281–385
12,6–13,5	—	2,1–4,2	2,2–3,3	157–265	79–147	1,2–1,8	0,9–1,4	235–406
13,6–14,5	I	5,5–9,4	5,1–9,8	388–60	261–394	2,9–4,4	1,4–1,8	182–342
	II	3,9–12	2,8–7,0	532–76	338–578	13,3–27,9	1,3–1,9	174–361
14,6–15,5	I	4,0–6,2	2,5–3,6	221–31	154–291	1,9–3,8	1,2–1,8	245–331
	II	2,9–7,5	1,7–2,8	246–47	294–474	15,6–24,8	1,4–1,8	233–391
15,6–16,5	I	2,4–5,4	1,9–3,7	161–25	143–246	1,6–3,2	0,6–2,3	240–557
	II	2,5–8,3	1,6–3,8	164–32	166–603	14–28,3	1,3–2,2	36–464
16,6–17,5	I	3,1–5,7	2,7–4,8	226–50	188–335	1,9–2,9	1,2–1,9	304–447
	II	6–25,2	2,5–7,1	167–46	453–644	10,5–232	1,2–2,5	226–480

цин характеризується лютеолітичною дією на жовте тіло, а релаксин — токолітичною на міометрій.

Максимальна гормональна активність структур усіх чотирьох рівнів фіксується в періовуляторний період. При дефіциті периферичних гормонів клітини гіпофіза стають високочутливими та на аналогічну концентрацію рилізінг-гормону відповідають викидом більшої кількості гонадотропінів. Функціональний стан усіх рівнів регуляції слід розглядати лише у тісному взаємозв'язку (табл. 14).

Вплив надниркових залоз на регуляцію репродуктивної функції здійснюється через гормони кори та мозкової речовини. Кора надниркових залоз має морфологічну схожість з корою яєчників, що і визначає схожість їх гормонів за хімічною будовою, а також за циклічністю біосинтезу. Відомо, що різноманітні порушення біосинтезу та метаболізму кортикостероїдів призводять до патології гормональної функції яєчників і зумовлюють низку гінекологічних захворювань, і, навпаки, порушення генеративної функції призводять до патофізіологічних змін кори надниркових залоз. Установлено також зв'язок у регуляції функції яєчників і надниркових залоз між гіпоталамусом, гіпофізом і нейротрансмітерними механізмами.

Роль щитоподібної залози в регуляції репродуктивної функції спостерігається як у нормі, так і при патології, особливо — її функціональних порушеннях за типом гіпер- та гіпотиреозу. Надлишок T_3 і T_4 призводить до збільшення ЛГ, пригнічення овуляторного піка гормонів, недостатності лютеїнової фази, пору-

Таблиця 14

Норми екскреції з сечею 17-кетостероїдів та 17-оксикортикостероїдів у дівчаток (М. А. Жуковський і співавт., 1989)

Вік, роки	Сумарні 17-КС		Сумарні 17-ОКС	
	мг/добу	мкмоль	мг/добу	мкмоль
1–3	1,80±0,09	4,1±0,3	0,93±0,05	3,2±0,2
3–5	1,31±0,03	4,5±0,1	1,35±0,07	4,7±0,2
5–7	2,12±0,02	7,4±0,1	0,64±0,14	2,2±0,5
7–10	2,70±0,25	9,4±0,8	2,30±0,16	8,0±0,5
11–13	5,30±0,76	18,4±2,6	3,10±0,26	10,8±0,8
14–16	7,20±0,11	25,0±0,4	3,10±0,09	10,8±0,3

шення менструального циклу та неплідності. Дефіцит тиреоїдних гормонів спричинює зниження синтезу ФСГ і ЛГ, пригнічення функції яєчників з подальшими проявами їх недостатності.

Патологія гіпофізарно-тиреоїдної системи особливо відображується на перебігу вагітності, розвитку плода. Якщо виражені клінічні форми захворювань щитоподібної залози викликають різні порушення менструального циклу та неплідність, то при субклінічних формах спостерігається невиношування й інші ускладнення при перебігу вагітності та розвитку плода.

П'ятим рівнем репродуктивної системи є статеві органи та молочні залози жінки, а також шкіра, кістки та жирова тканина. В них реалізують свою дію статеві стероїдні гормони, у зв'язку з чим ці органи є органами-мішенями. Клітини цих тканин та органів мають рецептори статевих гормонів, виділяють цитоплазмові (цитозол-рецептори) та ядерні рецептори. Цитоплазмові рецептори суворо специфічні до естрогенів, прогестерону та тестостерону, а ядерні можуть бути акцепторами амінопептидів, інсуліну та глюкагону. Для прогестерону за рецепторним зв'язком антагоністами вважаються глюкокортикоїди.

Рецептори до статевих гормонів виявлені в усіх структурах репродуктивної системи та в ЦНС. Вміст стероїдних рецепторів та їх активність у статевих органах, особливо в ендометрії, змінюються одночасно із фазою циклу, тобто залежать від рівня гормонів у крові. Рецептори у клітинах яєчників (до гонадотропінів), гіпофіза (до рилізінг-гормонів) і гіпоталамуса (до нейротрансмітерів) локалізуються на клітинній мембрані.

Гормон-рецепторні комплекси взаємодіють з різними структурами клітини-мішені. За допомогою метаболічних реакцій проявляються кінцеві гормональні ефекти. Завдяки їм відбуваються численні зміни в статевих органах і в усіх структурах репродуктивної системи, які характерні для періодів життя жінки при різних фізіологічних і патологічних станах.

Функціонування клітинних рецепторних систем генетично детерміновано, що і визначає час статевого дозрівання, тривалість періодів життя жінки та діяльність її репродуктивної системи.

Розділ 5

ПОРУШЕННЯ

СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТ

Дослідження нейросекреції гіпоталамуса, механізмів регуляції репродуктивної функції та удосконалення методів діагностики гормонального гомеостазу є основою поглибленого вивчення патології статевого розвитку дівчат (табл. 15).

Частота аномалій статевого розвитку становить близько 2,5 %. Хромосомна та генна патологія є причиною 30 % випадків пе-

Таблиця 15

Класифікація порушень статевого розвитку у дівчат

Характер порушення статевого розвитку	Локалізація патологічного процесу	Характер патологічного процесу
Передчасний статевий розвиток	Центральна нервова система	Органічні та функціональні порушення
	Яєчники	Гормонально-активна пухлина Фолікулярна кіста
	Кірковий шар надниркових залоз	Уроджена дисфункція (уроджений адреногенітальний синдром)
Порушення статевого розвитку в пубертатному віці (тип стертої вірилізації)	Центральна нервова система	Функціональні дієнцефальні порушення
	Яєчники	Дисфункція яєчників (гіперандрогенія)
	Надниркові залози	Дисфункція надниркових залоз (пубертатний адреногенітальний синдром)
Затримка статевого розвитку	Центральна нервова система	Органічна та функціональна недостатність
	Яєчники	Анатомічна та функціональна недостатність

редчасного статевого розвитку (ПСР). Певну роль у виникненні ПСР відіграє спадкова схильність, яка визначається дією ушкоджуючих чинників зовнішнього середовища. Фізіологічний процес статевого розвитку перебігає в певній генетичній послідовності — з 10 років життя до 16–17. Порушення статевого розвитку може бути наслідком органічних і функціональних порушень нервової системи, якісної та структурної аномалії статевих хромосом, анатомічної та функціональної патології ендокринних залоз.

Класифікація порушень статевого розвитку (за В. П. Сметнік, Л. Г. Тумілович)

1. Аномалії статевого розвитку без порушення статевого диференціювання: ПСР, затримка статевого розвитку (ЗСР).

2. Аномалії статевого розвитку, що супроводжуються порушенням статевого диференціювання: уроджений адреногенітальний синдром (АГС), дисгенезія гонад, вади розвитку матки та піхви.

Поява вторинних статевих ознак у дівчаток до 8 років розглядається як *ПСР*.

Передчасний статевий розвиток може проявлятися за *ізосексуальним* або *гетеросексуальним* типом. Ізосексуальний передчасний статевий розвиток супроводжується передчасною появою сексуальних ознак відповідно до генетичної та гонадної статі дитини. Гетеросексуальний передчасний статевий розвиток виявляють за умови, що генетична стать дитини неадекватна її сексуальним характеристикам, а саме: при фемінізуючих синдромах у хлопчиків і вірилізуючих — у дівчаток.

Залежно від ступеня вираженості вторинних статевих ознак і наявності менструації виділяють *повні* та *неповні* форми передчасного статевого розвитку центрального генезу.

Для повної форми характерний розвиток усіх вторинних статевих ознак і наявність менструацій як наслідок активації всієї гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи. При цьому послідовність проявів вторинних статевих ознак не порушена. У дівчаток спостерігають прискорені темпи фізичного розвитку, що проявляються випередженням календарного і «кісткового віку». Через раннє закриття зон росту кісток формуються диспластичні ознаки статури. У подальшому це жінки низького зросту з короткими кінцівками, довгим тулубом, широким тазом.

У сучасних класифікаціях закладено патогенетичний підхід, що пов'язує розвиток захворювання з ранньою активацією тієї або іншої ланки в системі гіпоталамус — гіпофіз — гонади — надниркові залози.

Справжня, або центральна, форма ПСР формується внаслідок передчасної активації процесів у гіпоталамо-гіпофізарно-гонадній осі в результаті органічних або функціональних порушень стану ЦНС. Підвищення секреції статевих стероїдів гонадами в даному випадку є наслідком гонадотропної стимуляції.

Хибна форма передчасного статевого розвитку зумовлена гіперсекрецією статевих гормонів гормоносекретуючими пухлинами гонад або надниркових залоз і не залежить від секреції гонадотропнів.

У класифікації передчасного статевого розвитку окремо виділяють так звані гонадотропіннезалежні форми — синдром Мак-Клюра — Олбрайта — Брайцева і сімейну форму ПСР у хлопчиків (тестотоксикоз), при яких відбувається самостійна активація гонадної функції, без участі гонадотропної стимуляції, що не пов'язана з пухлинним переродженням гонад. При всіх формах захворювання статеве дозрівання має характеристики прогресуючого пубертату: крім розвитку вторинних статевих ознак, збільшується об'єм гонад, прискорюється швидкість росту та кісткового дозрівання, що відображає системний вплив статевих стероїдів на організм дитини і характеризується як повна форма передчасного статевого розвитку. Крім цього, визначають так звані неповні (парціальні) форми ПСР, що характеризуються ізольованим розвитком вторинного овоłosіння (передчасним пубархе) й ізольованим збільшенням молочних залоз (передчасне телархе). Існують також варіанти ПСР, що не відповідають жодній із перерахованих форм захворювання: ПСР на фоні декомпенсованого первинного гіпотиреозу, ПСР на фоні пізнього лікування вродженої дисфункції кори надниркових залоз.

***Клініко-патогенетична класифікація
передчасного статевого розвитку
(за Kless Fetzer – Greengill):***

1. Оваріальна форма.
2. Надниркова форма (супраренальна).
3. Церебральна.
4. Конституційна.

**Класифікація різних форм передчасного телархе
(О. А. Предтеченская, 2000)**

1. Передчасне телархе — початок розвитку ПСР.
2. Передчасне телархе — при фолікулярних кістах яєчників.
3. Передчасне телархе — при гіпофункції щитоподібної залози.
4. Передчасне телархе — ізольоване.

**Міжнародна класифікація хвороб
(Х перегляд, Женева, 2001 р.):**

E30.1. Передчасне статеве дозрівання, що пов'язане з:
— гіперфункцією передньої частки гіпофіза (E22.8);
— пухлиною шишкоподібної залози (E34.8).

E25. Жіноча гетеросексуальна передчасна несправжня статевая зрілість, що пов'язана з:

- гіперфункцією надниркових залоз (E25.8);
- природженою гіперплазією надниркових залоз (E25.0);
- гіперандрогенізмом яєчникового генезу (E28.1);
- доброякісним новоутворенням надниркової залози (D35.0);
- злоякісним новоутворенням надниркової залози (C74.9).

E28.0. Гіперестрогенізм:

- доброякісне новоутворення яєчника (D27);
- фолікулярна кіста яєчника (N83.0).

Q78.1. Синдром Мак-Клюра — Олбрайта

Q87.1. Синдром Рассела — Сільвера

E03.9. Гіпотиреоз (набутий)

E02. Субклінічний гіпотиреоз

E30.8. Інші порушення статевого дозрівання — передчасне телархе

E30.9. Неуточнене порушення статевого дозрівання

Причини передчасного статевого розвитку у дівчат (*pubertas praecox*) систематизовані та детально вивчені акушерами-гінекологами Одеського національного медичного університету. Відповідно до класифікації О. О. Зелінського (2000), розрізняють (рис. 8):

I. Справжній передчасний статевий розвиток.

1. Конституційний (ідіопатичний) — передчасний статевий розвиток спостерігається за жіночою лінією даної дівчинки (бабусі, матері, тітки, сестри). Спадковий варіант — норма для даної родини, яка не потребує медикаментозного втручання. Крім сімейної форми, ідіопатичний справжній передчасний статевий розвиток інколи може бути спорадичним.
2. Центрального генезу — захворювання ЦНС, які призводять до підвищеної секреції гонадоліберину чи гонадотропних гормонів або до порушень регуляції у гіпоталамо-гіпофізарній системі:
 - а) зумовлені пухлинами:
 - гамартома гіпоталамуса;
 - астроцитома;

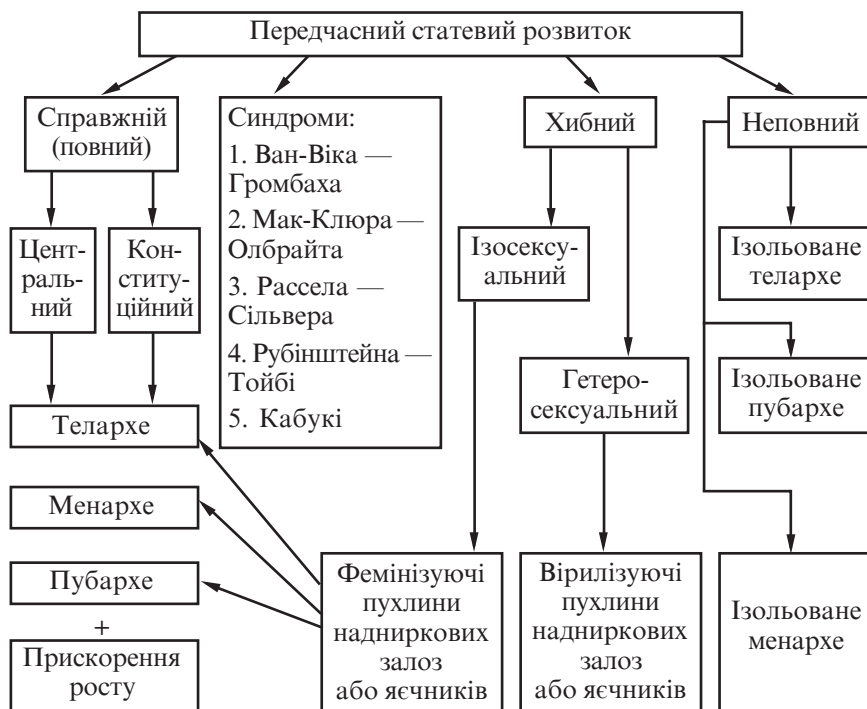


Рис. 8. Схема передчасного статевого розвитку
(за О. О. Зелінським, 2000)

- гліома (при нейрофіброматозі та ін.);
 - пінеалома (в т. ч. ектопічна);
 - арахноїдальна кіста;
 - аденома гіпофіза;
 - краніофарингіома;
 - пухлини, зумовлені туберозним склерозом;
- б) зумовлені ураженням головного мозку:
- променева або хіміотерапія;
 - хірургічні втручання;
 - черепно-мозкова травма;
 - енцефаліт, менінгіт або менінгоенцефаліт;
- в) вади розвитку ЦНС;
- г) гідроцефалія;
- д) запізніле лікування уродженої гіперплазії кори надниркових залоз, яке призводить до підвищеної секреції гонадотропін-релізінг гормону і гонадотропінів.

II. Хибний передчасний статевий розвиток

1. Ізосексуальний:

- пухлини та кісти яєчників, що зумовлені фемінізуючою дією — продукція естрогенів (гранульозоклітинна лютеома);
- естрогенпродукуючі пухлини надниркових залоз (дуже рідко);
- ятрогенне ураження (прийом статевих гормонів, гонадотропних гормонів або циметидину — блокатора H_2 -рецепторів);
- харчові варіанти (вживання фітоестрогенів — сої, бобових, «стероїдного м'яса» — «ніжки Буша»).

2. Гетеросексуальний:

- уроджена гіперплазія кори надниркових залоз (УГКНЗ);
- пухлини яєчників із маскулінізуючою дією — секреція андрогенів (адренобластома, дисгермінома, тератома, хоріонкарцинома);
- пухлини надниркових залоз із секрецією андрогенів (андростерома, аденома, рак).

III. Захворювання із синдромом передчасного статевого розвитку:

- синдром Ван-Віка — Громбаха — первинний гіпотиреоз (зайва секреція ТТГ разом із ПРЛ і гонадотропними гормонами);
- синдром Мак-Клюра — Олбрайта — Брайцева (гонадотропіннезалежна гіперфункція яєчників);
- синдром Рассела — Сільвера (гіперсекреція гонадотропних гормонів);
- синдром Кабукі (описано 86 випадків даного синдрому, який трапляється в Японії та супроводжується дефектами очного яблука й ізольованим телархе);
- синдром Рубінштейна — Тойбі (генетичне захворювання, при якому нерідкою знахідкою є передчасне телархе);
- кісти яєчників (трапляються при нормальному статевому розвитку, справжньому передчасному статевому дозріванні та передчасному телархе).

IV. Неповні форми передчасного статевого розвитку:

- ізольоване передчасне телархе;
- ізольоване передчасне адренархе;
- ізольоване передчасне менархе.

Для дівчат з органічним ураженням мозку в клінічній картині передчасного статевого розвитку характерні затримка інтелектуального розвитку й емоційна нестійкість (агресивність, різка зміна настрою).

При церебральній патології переважають функціонального характеру типові обмінно-вегетативні порушення: гіпергідроз, акроціаноз, субфебрилітет, помірне ожиріння.

Ознаки передчасного статевого дозрівання при органічних ураженнях з'являються пізніше неврологічної симптоматики, а при функціональних порушеннях центральної нервової системи, як правило, передують їй, а інколи бувають єдиними симптомами порушення функції гіпоталамічних структур. При церебральній формі передчасного статевого розвитку зріст, маса тіла, кістковий вік, продукція гонадотропінів, естрогенів, 17-КС перевищують вікову норму (див. табл. 14).

Передчасний статевий розвиток при гормонально-активних пухлинах яєчників (гранульозоклітинна, тека-клітинна) пов'я-

заний з екскрецією значної кількості естрогенів. У клінічній картині характерна поява нерегулярних кров'яних виділень із піхви на тлі незначного розвитку вторинних статевих ознак. Зовнішні та внутрішні статеві органи мають риси естрогенного впливу (ціаноз вульви, розвинута складчастість піхви, симптом «зіниці», збільшення розмірів матки). Продукція естрогенів відповідає такій у дорослих жінок, виділення гонадотропінів — незначне. Кістковий вік відповідає календарному, прискороного соматичного розвитку немає.

За конституційної форми передчасного статевого дозрівання не виявляють патології гіпофізарної ділянки та яєчників. Послідовність і темпи статевого розвитку не порушені. Пубертатний період у таких дівчат немовби зміщений на більш ранній вік.

Передчасний статевий розвиток за гетеросексуальним типом (уроджений адреногенітальний синдром, вірилізуюча пухлина надниркових залоз) пов'язаний із гіперпродукцією андрогенів і характеризується посиленням росту кісток, м'язової тканини, прискореним і надмірним оволосінням. У дівчат від 2 до 5 та від 10 до 12 років спостерігають прискорення темпів росту. Оволосіння на лобку виникає на 3–5-му році життя, під пахвами — в 6–7 років.

Пізніше з'являється оволосіння на обличчі, тулубі та кінцівках. Виявляється гіпертрофія клітора. Молочні залози не розвиваються. Менструації відсутні. Підвищена екскреція 17-КС.

Проблема лікування вказаних порушень має два аспекти: перший — лікування патології, яка викликала прискорення розвитку, другий — гальмування процесу передчасного розвитку.

При ПСР, спричиненому пухлиною головного мозку, рекомендовано оперативне лікування в нейрохірургії. Для сповільнення процесу статевого розвитку використовують препарати, які гальмують гонадотропну функцію гіпофіза: гідроксипрогестерон-ацетат і ципротерон-ацетат (андрокур), даназол. Добова доза ципротерону, антиандрогенного препарату з вираженими прогестагенними властивостями, — 50–75 мг. Даназол при тривалому використанні (17 міс. по 9–17 мг на 1 кг маси тіла) викликає зменшення молочних залоз, припинення менструальної функції, при цьому скостеніння не прискорюється, тому що препарат не впливає на закриття зон росту.

Агоністи гонадотропін-релізінг гормону (а-ГнРГ) застосовують для ліквідації впливів статевих стероїдів, при лікуванні гіперандрогенії та синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) з ендометріозом геніталій та міомою матки. Дані препарати використовують з метою діагностики резервних можливостей гіпофіза у хворих із гіпогонадотропною формою аменореї та у програмі допоміжних репродуктивних технологій у пацієнок із безплідністю.

Препарат «Бусерелін» у вигляді суворо дозованого інтраназального спрею є високоякісним а-ГнРГ, лікування яким починають з 1–2-го дня менструального циклу. Відомо, що відповідно до двофазного механізму дії а-ГнРГ, за пролонгованою схемою, ефект гіперстимуляції гіпофізарної та яєчничкової систем через 1–2 тиж. змінюється на десенситизацію гіпофіза й експоненціальне падіння рівня статевих стероїдів, що зумовлює появу менструальноподібної кровотечі (МПК). Використання бусереліну в добовій дозі 900 мкг на добу інтраназально (по 150 мкг тричі на день у кожний носовий хід) є ефективним для блокади стероїдогенезу.

Лікування АГС проводиться гормональними препаратами з метою компенсації надниркової недостатності та гальмування надмірної секреції андрогенів пожиттєво. За показаннями виконують пластику зовнішніх статевих органів — ампутацію гіпертрофованого клітора, розсічення урогенітального синуса. Застосовуються підтримуючі дози глюкокортикоїдів (преднізолону): до 5 років — 5 мг; 6–12 років — 5–7,5 мг; 13–18 років — 10–15 мг. На фоні лікування глюкокортикоїдами прискорюється статеве дозрівання за жіночим типом. У дівчат, лікування яким розпочато в першому десятиріччі життя, відмічається ранній розвиток молочних залоз і поява менструальної функції. Швидку фемінізацію пояснюють функціональною активністю власних яєчників. Якщо відбувається втрата солі, крім замісної гормональної терапії, рекомендовано уведення солі та 11-дезоксикортикостерону.

Затримка статевого розвитку — недорозвинення або відсутність вторинних статевих ознак і менархе у віці, що перевищує середній вік на дві сигми стандартного відхилення. Клінічно проявляється відсутністю формування молочних залоз у 13-річних і старших дівчат і менструації після 15 років.

*Класифікація причин затримки статевого розвитку
(за L. St. L. O'Dea, S. F. Siegel, P. A. Lee
в модифікації Ю. А. Гуркіна, 2000)*

I. Відсутність статевого розвитку

1. Гіпергонадотропний гіпогонадизм:

- автоімунний оофорит;
- галактоземія;
- агенезія чи дисгенезія гонад;
- резистентні яєчники;
- вторинна деструкція яєчників;
- хіміотерапія;
- інфекційний процес;
- променева терапія;
- хірургічна гонадектомія;
- двобічний перекрут придатків матки;
- травма яєчників;
- порушення стероїдогенезу внаслідок ензимопатій.

2. Гіпогонадотропний гіпогонадизм (ураження на рівні гіпоталамо-гіпофізарної системи):

- автоімунні захворювання;
- краніофарингеома;
- пухлина гіпоталамуса чи гіпофіза;
- лімфогранулематоз;
- ідіопатичний гіпопітуїтаризм;
- жіночий варіант синдрому Калмена;
- вторинне ураження гіпоталамо-гіпофізарного зв'язку пухлиною, травмою чи внаслідок хірургічного втручання;
- септооптична дисплазія;
- синдром Лоуренса — Муна — Бідля;
- синдром Прадера — Віллі.

3. Незрілий, несправжній гіпогонадизм:

- нервова анорексія;
- ендоінтоксикація;
- хронічні захворювання (ентероколіт, ревматоїдний артрит, кістофіброз та ін.);
- конституційна затримка пубертату;
- патологія ендокринної системи (синдром Іценка — Кушинга, цукровий діабет, дефіцит гормону росту, гіпотиреоз, гіперпролактинемія).

Нозологічні форми дисгенезії гонад:

1. Типова форма дисгенезії гонад (синдром Шерешевського — Тернера).
2. «Чиста» форма дисгенезії гонад (синдром Рокитанського — Майєра, оваріальна агенезія).
3. Змішана форма дисгенезії гонад чи дисгенезія сім'яників (тестикулярна, асиметрична дисгенезія).
4. «Стерті» форми дисгенезії гонад.

II. Часткова затримка статевого розвитку (первинна аменорея при розвинутих молочних залозах):

1. Стан гіпергонадотропізму:
 - неповна резистентність яєчників;
 - синдром рефрактерного ендометрія;
 - синдром нечутливості до андрогенів.
2. Нормальний або низький вміст гонадотропінів:
 - 1) анатомічні причини: гіменальна атрезія:
 - атрезія піхви;
 - синдром Рокитанського — Майєра — Кюстера — Хаузера;
 - 2) гіпофізарні причини: гіперпролактинемія:
 - гіпотиреоз;
 - хвороба Іценка — Кушинга.

III. Затримка статевого розвитку з вірилізацією:

- дефіцит 5 α -редуктази;
- уроджений адреногенітальний синдром;
- вірилізуючі пухлини яєчників і надниркових залоз;
- змішана гонадна дисгенезія;
- дефект 17-КЛ-редуктази.

***Форми затримки статевого розвитку
(В. П. Юровская, 2004)***

I. Церебральні (центральні) форми ЗСР:

A. За етіологічними чинниками:

1. Затримка статевого розвитку при органічних ураженнях ЦНС (травми, інфекції (енцефаліти), епілепсія, пухлини гіпоталамічної ділянки).
2. Затримка статевого розвитку при стресах (підліткові неврози).

3. Затримка статевого розвитку при зниженні маси тіла (нервова анорексія).
 4. Затримка статевого розвитку при екстрагенітальній патології:
 - ендокринопатії (цукровий діабет, гіпотиреоз, ожиріння);
 - захворювання серцево-судинної системи (вегетосудинна дистонія, кардіопатія, артеріальна гіпертензія);
 - патології шлунково-кишкового тракту (хронічні гастродуоденіти, ентероколіти);
 - хронічні захворювання сечовидільної системи;
 - часті інфекційно-токсичні захворювання (РВІ, хронічний тонзиліт, грип, пневмонія, ревматизм, дитячі інфекції).
 5. Конституційна форма ЗСР (спадкова неповноцінність гіпоталамо-гіпофізарної функції).
- Б. Центральні форми затримки статевого розвитку відповідно до рівня ураження:
1. Гіпоталамічний, гіпогонадотропний гіпогонадизм:
 - гіпогонадотропний евнухїдизм (синдром Калмена, ольфактогенітальний синдром);
 - синдром Лоренса — Муна — Бардета — Бідлія;
 - хвороба Хенда — Шюллера — Крисчена.
 2. Гіпофізарний гіпогонадотропний гіпогонадизм (синдром порожнього турецького сідла, пангіпопітуїтаризм).

II. Гонадна (яєчникова) форма ЗСР (резистентні до гонадотропної стимуляції яєчники).

В основі гормональних розладів при затримці статевого розвитку лежить зниження гонадотропної функції гіпофіза, що призводить до недостатності естрогенної функції яєчників. Менструація у таких дівчат відсутня (інколи незначні менструації 1–2 рази на рік). Відмічається високий зріст за рахунок збільшення довжини рук, ніг, незначне збільшення поперечних розмірів таза. Кістковий вік таза відповідає календарному. Вторинні статеві ознаки не виражені. При гінекологічному дослідженні виявляється гіпоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів. Гіпоплазія матки виражена більше, ніж гіпоплазія яєчників. Мікро-

скопічно у піхвовому мазку переважають парабазальні клітини.

Затримка статевого дозрівання яєчникового генезу у дівчат може бути наслідком функціональної недостатності яєчників (після корової краснухи, епідемічного паротиту) і дисгенезії гонад.

При функціональній недостатності яєчників спостерігається різке зниження їх гормональної активності на тлі гіпергонадо-тропної активності гіпофіза. У цитологічній картині піхвового мазка ступінь гіпоестрогенії більш виражений, ніж при затримці статевого дозрівання центрального генезу. Стимуляція яєчників не ефективна. Клітинний склад піхвового мазка після введення хоріонічного гонадотропіну (ХГ) майже не змінюється. Клінічно відмічається відсутність менструацій, кістковий вік, як правило, відстає від календарного, вторинні статеві ознаки не виражені, виявляється гіпоплазія матки і яєчників.

При дисгенезії гонад спостерігаються значні порушення статевого розвитку. Дисгенезія гонад — генетично зумовлене захворювання, яке пов'язане з аномальним набором хромосом. Прикладом дисгенезії гонад є синдром Шерешевського — Тернера, при якому діапазон хромосомних аномалій значний: $45X0$, $X0/XY$, $X0/XXX$. Такі пацієнтки характеризуються кремезною будовою тіла, короткою шиєю з крилоподібними шкірними складками, так званою шиєю сфінкса, мікрогнатією, епікантусом, птозом, косоокістю, лінією росту волосся, синдактилією. Вторинні статеві ознаки та молочні залози відсутні, лобкове оволосіння у пахвовій ділянці недостатнє. Слизова оболонка піхви тонка, блискуча. Картина піхвових мазків свідчить про наявність атрофічних процесів. Одним з основних симптомів дисгенезії гонад є аменорея, але може спостерігатися і дисфункція яєчників за типом гіпоменструального синдрому. Статевий хроматин відсутній. Лабораторні обстеження вказують на підвищення рівня гонадотропінів у сечі за рахунок ФСГ. Екскреція ФСГ вища за норму в 13–15 разів. При лапароскопії виявляють різні варіанти: у генетично чоловічої особи знаходять сформовану матку і труби, на місці яєчників — рудиментарні чоловічі гонади, при синдромі з «маскулінізацією» — чоловічі гонади та рудиментарну матку.

«Чиста» форма дисгенезії гонад представлена каріотипом $46XX$, $46XY$, статевий хроматин може бути зниженим або у нормі. Характерним клінічним проявом цієї форми є різко ви-

ражений статевий інфантилізм за відсутності соматичних аномалій розвитку. Зазвичай такі пацієнтки нормального або високого зросту з жіночим фенотипом. Тілобудова диспластична, молочні залози відсутні або недорозвинуті, оволосіння слабо виражене, зовнішні та внутрішні статеві органи гіпопластичні, піхвові мазки атрофічного характеру. Екскреція 17-КС у межах норми.

«Змішана» форма дисгенезії гонад, або «асиметрична», належить до особливої форми інтерсексуалізму. Патогенетично вона зумовлена патологією статевих хромосом з порушенням диференціювання ячок. Розвивається функціональна недостатність, яка проявляється в період ембріогенезу, зберігаються мюллерові протоки з характерним жіночим фенотипом, відсутністю статевого хроматину, інтерсексуальною будовою статевих органів з переважанням жіночого типу, наявністю матки та піхви. На місці яєчників сполучнотканинний рудимент. Молочні залози відсутні. Виражене лобкове оволосіння, нерідко гіпертрихоз і гіпертрофія клітора. Соматичні аномалії відсутні. Для даної форми захворювання характерна підвищена схильність до виникнення пухлинних процесів.

Лікування різноманітних порушень статевого розвитку залежить від їх форм: оперативне лікування, нормалізація функції дієнцефальної ділянки, замісна терапія естрогенами і гестагенами, корекція соматичних порушень.

Корекція затримки статевого розвитку центрального генезу залежить від причини; у разі пухлини гіпофіза — лікування оперативне. При інших формах захворювання рекомендована загальнозміцнювальна терапія, циклічна вітамінотерапія, а також терапія, що спрямована на нормалізацію функції дієнцефальних структур. Рекомендовано консультацію невропатолога та психотерапевта. При вираженій формі ЗСР із різкою недорозвиненістю або відсутністю вторинних статевих ознак призначається гормонотерапія. Для лікування гіпоталамічних форм ЗСР застосовують гонадоліберин в імпульсному режимі (кожні 90 хв підшкірно по 2 мг препарату протягом 6 тиж.).

Діагностика гонадних форм ЗСР базується на клінічному перебігу, визначенні рівня гормонів, результатах УЗД та лапароскопії.

Лікування гонадних форм ЗСР. При дисгенезії гонад виникає питання щодо необхідності гонадектомії, оскільки у деяких пацієнток знаходять потенційну бластоматозну активність дис-

генетичних гонад. Гонадектомія рекомендується в усіх випадках, коли є підозра на розвиток пухлини гонади з каріотипом 45X0, 46XX або їх варіантами, і обов'язкова за наявності в каріотипі Y-хромосоми.

Запропонована екзогенна компенсація статевих гормонів препаратами, що містять так звані натуральні естрогени — естрадіолу валерат або 17-бета-естрадіол. Препаратами вибору є Дивігель, Дівіна, Дівітрен. Дивігель — це гель на спиртовій основі, який містить 1 або 0,5 мг естрадіолу гемігідрату для трансдермального застосування. Щоденне одноразове нанесення препарату на шкіру здухвинних ділянок живота, верхньої частини стегна або сідниць на ділянку, що дорівнює площі 1–2 долонь, забезпечує активну абсорбацію препарату в перші 30 хв і підтримує стабільну концентрацію в плазмі до наступної дози. Головною перевагою трансдермальної терапії є максимально низька й ефективна доза естрадіолу, яка надходить безпосередньо у системний кровотік через шкіру, оминаючи ферментні та метаболічні ефекти первинного пасажу через печінку. Трансдермальне введення естрогенів забезпечує біологічну активність естрадіолу в плазмі крові, тому що дозволяє уникнути первинного метаболізму в гепатоцитах. Більше того, трансдермальне введення естрогенів виключає вплив на слизову оболонку шлунка та дванадцятипалої кишки. Препарат Дивігель-0,5 вибраний для застосування як моновпливи естрадіолом у дівчат 10–12 років, які не менструють і страждають на дисгенезію гонад. Препарат Дивігель-1 — з метою прискореної ліквідації естрогенного дефіциту у дівчат після 16 років. Для прогестагенного доповнення до постійного безперервного застосування Дивігелю використовують спосіб перорального прийому 10–20 мг медроксипрогестерону ацетату (Провера) або 10 мг дидрогестерону (Дюфастон) на добу впродовж 10–12 днів протягом кожного циклу. Проведення замісної гормональної терапії має на меті досягнення не тільки пропорційного соматичного розвитку, але й лікування статевого інфантилізму.

Розділ 6

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ. АМЕНОРЕЯ. ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ

Умовою функціонування нормальної менструальної функції є наявність п'яти ланок нейрорегуляції: кора головного мозку, гіпоталамус, гіпофіз, яєчники та периферичні органи субстрати-тканини. Ядра гіпоталамуса виконують специфічну секреторну функцію — синтезують нейросекрети (рилізинг-фактори — РФ). Відомі три гіпоталамічних фактори: ФСГ-РФ — фактор, який вивільняє фолікулоstimулювальний гормон, ЛГ-РФ — фактор, який вивільняє лютеїнізуючий гормон, та ЛТГ-РФ — фактор, що гальмує секрецію лютеотропного гормону (пролактину).

З регуляцією менструального циклу більшою мірою пов'язана передня частка гіпофіза, в якій синтезується фолікулоstimулювальний (ФСГ), лютеїнізуючий (ЛГ), лактогенний (ЛТГ), або пролактин, а також адренкортикотропний (АКТГ), соматотропний (СТГ) і тиреотропний (ТТГ) гормони.

Під впливом ФСГ в яєчнику відбувається дозрівання фолікула та яйцеклітини, під дією ФСГ і ЛГ — овуляція, під дією ЛГ і ЛТГ — утворення та розвиток жовтого тіла. Під час яєчничкового циклу відбуваються ріст і дозрівання фолікула, овуляція та утворення жовтого тіла.

Естрогени виділяються яєчником (переважно гранульозними клітинами фолікула і тека-клітинами) впродовж усього менструального циклу. Особливо підвищений їх вміст у організмі на 6, 14, 26-й дні менструального циклу та на 3-й день менструації. У період функціонування жовтого тіла дія прогестерону перевищує таку в естрогенів. Крім естрогенів і прогестерону, в яєчниках постійно у невеликій кількості виділяються андрогени.

Статеві гормони (естрогени, прогестерон й андрогени) секретуються не лише яєчниками, але й наднирковими залозами. Гонадотропний гормон екскретується гіпофізом і хоріальною оболонкою плаценти (хоріальний гонадотропін). Гонадотроп-

ний гормон гіпофіза містить переважно фолікулостимулювальний фактор, хоріальний гонадотропін — лютеїнізуючий.

Під дією гормонів яєчника у матці відбуваються циклічні зміни ендометрія (матковий менструальний цикл), який проходить дві фази: проліферації та секреції. Фаза проліферації зумовлена дією естрогенів, секреції — дією прогестерону. Наприкінці циклу виділення прогестерону й естрогенів знижується, що зумовлює десквамацію епітелію (менструацію). Одночасно з відторгненням ендометрія починається і його регенерація (рис. 9).

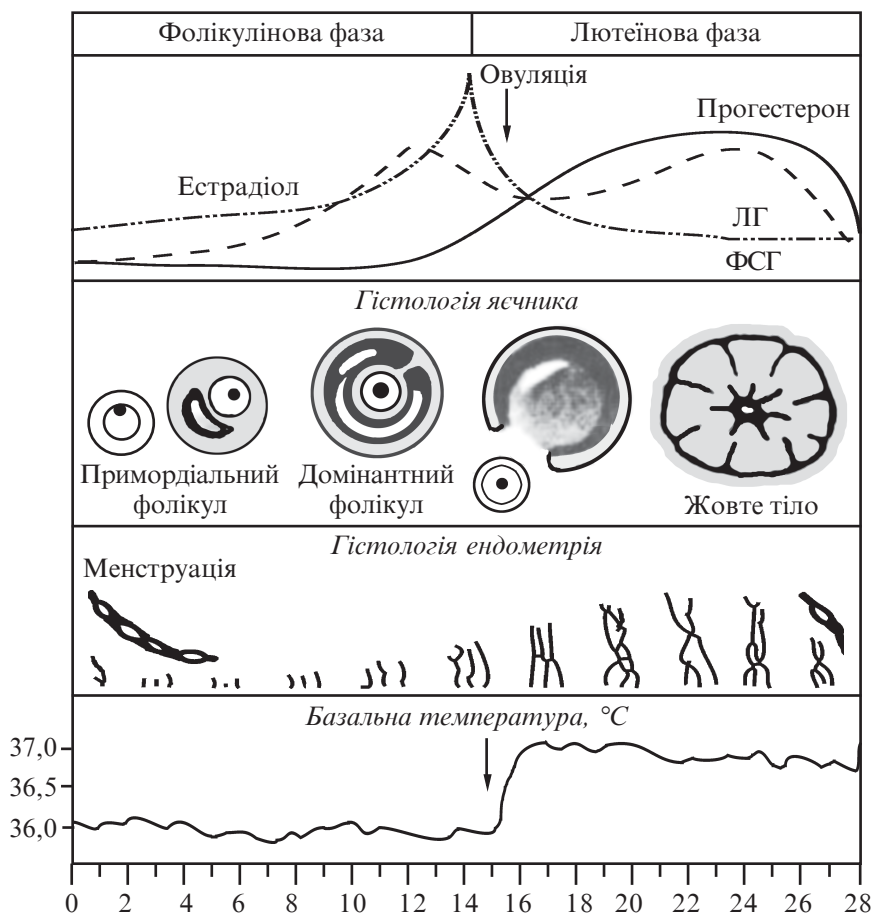


Рис. 9. Динаміка секреції гормонів, базальна температура та зміни в яєчниках і матці протягом менструального циклу

У клінічній практиці для визначення гормональної функції яєчників застосовують такі тести функціональної діагностики: 1) ректальна температура; 2) феномен «зіниці»; 3) симптом арборизації (кристалізації) виділень цервікального каналу; 4) цитологічна картина вмісту піхвового мазка; 5) гістологічне дослідження ендометрія, який отримують при зішкрібанні; 6) кількісне визначення вмісту гормонів у сечі та крові; 7) метод радіоімунологічного визначення в крові ФСГ, ЛГ, естрогенів і прогестерону. Активність надниркових залоз визначають за вмістом 17-КС у сечі.

Порушення будь-якої ланки в регуляції нейроендокринної системи призводить до змін менструального циклу, які можуть проявитися у вигляді гіпоменструального синдрому та дисфункціональних маткових кровотеч.

Гіпоменструальний синдром є наслідком різноманітних порушень у системі регуляції менструального циклу, характеризується помірними (гіпоменорея), короткими (олігоменорея), нечастими (опсоменорея) менструаціями. Крайнім ступенем вираженого гіпоменструального синдрому є аменорея (відсутність менструацій упродовж 6 міс. і більше).

Передменструальний синдром (ПМС) — симптомокомплекс, що виникає у дні перед менструаціями і проявляється нервово-психічними, вегетосудинними й обмінно-ендокринними розладами.

Частота ПМС залежить від кількох факторів: віку, емоційного фону, супровідних захворювань тощо — і коливається у широких межах — від 25 до 90 %. У 5–10 % жінок ПМС є дуже вираженим. У структурі підліткової гінекологічної захворюваності болісний синдром у другу фазу менструального циклу посідає одне із чільних місць: так, в учнів професійних коледжів і студенток частота захворюваності сягає 17–22 %, а за деякими даними — 75 %.

Серйозність ПМС полягає в тому, що приблизно у кожній третій дівчини менструації набувають рис дуже тяжкої недуги. Привертає увагу той факт, що саме у підлітковому віці інтенсивний болісний напад поєднується у 84 % випадків з блюванням, у 79,5 % — з діареєю, у 22,7 % — із запамороченням, у 13,6 % — з головним болем, а у 15,9 % — із судомами та непритомністю. Щомісячне очікування подібної ситуації позначається на загальному стані, емоційній і психічній діяльності підлітка, ПМС стає причиною значної кількості прогулів, помилок у роботі.

Аменорея буває патологічною та фізіологічною у період статевого дозрівання дівчинки. Розрізняють первинну (не було взагалі менструації) та вторинну аменорею.

Аменорея ендокринного походження характеризується різним ступенем гіпоестрогенії та гіперандрогенемії. Такий дисбаланс статевих гормонів визначає появу рис чоловічого організму (вірилізм) і гірсутизму, тобто оволосіння за чоловічим типом.

Патологічна аменорея зумовлена ураженням будь-якої ланки регуляції менструального циклу. Розрізняють аменорею центрального походження, гіпоталамо-гіпофізарну, яєчникову та маткову її форми, а також аменорею, що зумовлена ураженням надниркових і щитоподібної залоз.

Такий розподіл на рівні ураження умовний, тому що система регуляції менструального циклу є єдиним цілим, і порушення будь-якої її ланки неодмінно позначиться на інших. Визначення провідної ланки має значення для вибору лікувальної тактики.

Причини ураження на кожному рівні регуляції менструального циклу можуть мати характер функціональної (запальні захворювання), органічної (пухлини) або уродженої патології.

Центральна аменорея найчастіше буває функціонального та, значно рідше, органічного характеру. Вона може бути наслідком психічних стресів, перенесеного менінгіту, енцефаліту, травм голови, психічних захворювань (шизофренія, маніакально-депресивний синдром та ін.), пухлин мозку. Поряд з аменореєю спостерігаються дратівливість, плаксивість, головний біль, порушення пам'яті, працездатності, розлади сну.

Гіпоталамо-гіпофізарна аменорея функціонального походження пов'язана з інтоксикацією при різноманітних інфекційних захворюваннях (ангіна, туберкульоз, ревматизм, бруцельоз, нейроінфекції та ін.). Органічне ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки може бути зумовлене пухлиною, тромбозом судин гіпофіза. Патологія гіпоталамо-гіпофізарної системи може мати також уроджений характер.

До загальноклінічних її проявів належать порушення обміну речовин, зокрема жирового (надмірна маса), вуглеводного, водного, нерідко спостерігається гірсутизм внаслідок вторинної гіпофункції яєчників. Відмічаються вегетосудинні та периферичні розлади: гіпо- та гіпертонія, бради- і тахікардія, асиметрія артеріального тиску, гіподинамія, поліурія, лихоманка, па-

рестезії кінцівок, поява червоних і білих смуг розтягування на шкірі стегон, живота, грудей, місяцеподібне обличчя. Одночасно з появою вказаних симптомів або пізніше припиняються менструації.

При пухлинах гіпофіза поряд з наведеними загальноклінічними ознаками з'являється симптоматика, що залежить від типу клітин гіпофіза, з яких розвивається пухлина. При ацидофільній аденомі внаслідок збільшення продукції гормону росту спостерігається гігантизм, акромегалія. Із ростом пухлини з'являється головний біль, порушується зір, настає сліпота. При цьому виникає аменорея внаслідок пригнічення гонадотропної активності гіпофіза.

При базофільній аденомі аменорея поєднується з хворобою Іценка — Кушинга (гіперпродукція АКТГ базофільними клітинами).

Прикладом уродженої патології гіпоталамо-гіпофізарної ділянки може бути так звана адипозогенітальна дистрофія. При даній патології поряд з аменореєю відмічають ожиріння, місяцеподібне обличчя, гіпоплазію статевих органів, дефекти розвитку скелета (плоскостопість, клишоногість, надмірна рухливість у суглобах кісток рук і т. ін.), гіпертрихоз.

Аменорея, що зумовлена ураженням надниркових залоз. Клінічна картина характеризується вірільним синдромом різного ступеня вираженості. Вірільний синдром надниркового походження прийнято називати адреногенітальним синдромом (АГС). Він може бути як уродженим, так і набутим. У свою чергу, набутий АГС іноді є результатом функціональної та органічної патології надниркових залоз.

Уроджений АГС пов'язаний з ензимними порушеннями в корі надниркових залоз: дефіцит кортизону призводить до збільшення продукції АКТГ, що сприяє гіперпродукції андрогенів. Клінічно спостерігається жіночий псевдогермафродитизм, тобто порушення статевого диференціювання зовнішніх статевих органів (але є матка, яєчники, труби), яким властиві гіпертрофія клітора і наявність уrogenітального синуса (зовнішні отвори уретри і піхви зливаються в єдине утворення). У пре- і пубертатному періодах з'являється гірсутизм, порушується формування скелета. До 10 років відмічаються швидкий ріст і передчасне окостеніння епіфізів. Характерне також збільшення розмірів грудної клітки, широкий плечовий пояс, вузький таз. Під час статевого дозрівання спостерігається первинна аменорея.

Набутий АГС функціонального характеру пов'язаний з гіперплазією кори надниркових залоз, а органічна патологія зумовлена їхньою пухлиною (аренобластома). Клінічно при гіперплазії кори надниркових залоз домінують гірсутизм і аменорея, а при аренобластомах спостерігається виражений АГС аж до розвинутого інтерсексуального типу маскулінізації (хлоп'яча поведінка).

Яєчникової форми аменореї трапляється найчастіше і становить 40–50 % усіх аменорей. Ця форма залежить від недостатньої функції яєчників або їх відсутності, яка може бути первинною, генетично зумовленою (дисгенезія гонад), і вторинною, при видаленні яєчників (кастрації) в дитячому та юнацькому віці.

Гіпофункція яєчників може бути наслідком ураження гіпоталамо-гіпофізарної ділянки, а також виникнути внаслідок запальних процесів у яєчниках, тяжких інфекційних захворювань у пре- і пубертатному періодах.

При цьому зміни мають різнонаправлений характер. При незначній недостатності фолікули ростуть, але, не досягаючи стадії графового пухирця, регресують. При глибокій недостатності визначаються лише примордіальні фолікули без тенденції до їх росту. Залежно від ступеня змін яєчничової тканини спостерігається гормональна недостатність різного ступеня, що є основним чинником у розвитку статевого та соматичного інфантилізму.

Аменорея яєчничового генезу можлива при органічному ураженні пухлиною (аренобластома) або при склерокістозних змінах у яєчниках. Склерокістозні яєчники, або синдром Штейна — Левенталя, характеризуються порушенням стероїдогенезу в яєчниках внаслідок неповноцінності ензимних систем, що призводить до надходження в організм значної кількості андрогенів. У склерокістозних яєчниках відбувається потужний розвиток сполучної тканини в кірковому і мозковому шарах, а також склероз стінок судин і гіперплазія елементів тека-тканини поряд зі збільшенням кістозно-атрезуючих фолікулів, що спричинює потовщення білкової оболонки у 8–10 разів. Ці зміни зумовлюють ановуляцію.

Аменорея яєчничового походження пов'язана з уродженою патологією, зокрема з дисгенезією гонад (синдром Шерешевського — Тернера). Це первинний дефіцит розвитку яєчничової тканини, який зумовлений уродженою вадою розвитку та непов-

ним набором хромосом — 45X0. При цьому 80 % осіб жіночої статі мають негативний статевий хроматин. Причиною розвитку дисгенезії гонад можуть бути також інфекція або інтоксикація в період статевого диференціювання ембріональних гонад.

Синдром Шерешевського — Тернера характеризується первинною аменореєю, відсутністю вторинних статевих ознак, недорозвиненими молочними залозами і недостатнім оволошінням геніталій, короткою шиєю, наявністю шкірної складки, низьким зростом, вираженим гіпогеніталізмом, численними вадами розвитку, розумовою відсталістю, остеопорозом, короткими кистями і ступнями, аномалією рисунка шкіри кистей і ступень.

Гіпофункція яєчників проявляється по-різному: від різко виражених форм оваріальної недостатності, близьких до повної відсутності функції яєчників, до майже нормальної їх функції. Відповідно розлади менструальної функції також різні: від гіпоменструального синдрому до аменореї.

Клінічно для яєчкової аменореї характерні:

1) пізній та недостатній розвиток первинних і вторинних статевих ознак у поєднанні з соматичною недостатністю в період статевого дозрівання;

2) гіпотрофія розвинених вторинних і первинних статевих ознак за умов виникнення яєчкової недостатності після статевого дозрівання. При вираженій яєчкової недостатності з'являється симптоматика, подібна до клімактеричного синдрому (дратівливість, зниження пам'яті, головний біль, пітливість та ін.), нерідко виникає ожиріння внаслідок зниження окиснювальних процесів при гіпофункції яєчників.

Склерокістоз яєчників клінічно проявляється гіпоменструальним синдромом або аменореєю, гірсутизмом і двобічним збільшенням яєчників за наявності правильної жіночої будови тіла і добре розвинутих статевих ознак.

Маткова форма аменореї буває первинною (уроджені аномалії розвитку матки, туберкульозний ендометрит у дитинстві, дифтерія) та вторинною. Вторинне ураження ендометрія може спостерігатися при запальних процесах, травмах базального шару ендометрія під час внутрішньоматкових втручань. У період статевого дозрівання маткова форма аменореї трапляється дуже рідко і частіше є результатом туберкульозного ендометриту (на стадії кінцевого рубцювання).

«Несправжня» маткова аменорея виникає за умов, що у функціональному шарі ендометрія відбуваються нормальні цикліч-

ні зміни (проліферація, секреція), але менструальна кров не виділяється внаслідок уродженої перешкоди (облітерація травмованого шийкового каналу, відсутність отвору в дівочій пліві).

Діагноз і диференційний діагноз рівня та характеру ураження при аменореї має особливе значення, тому що лікування аменореї залежить від характеру та рівня ураження. Слід врахувати особливості анамнезу, клінічної картини захворювання, даних загального, спеціального та гормонального обстеження хворої.

Важливо з'ясувати характер розвитку дівчинки, час появи вторинних статевих ознак, наявність або відсутність у дитинстві гострих або тривалих інфекційних захворювань (скарлатина, туберкульоз, хронічний тонзиліт та ін.). Під час загального огляду хворої необхідно звернути увагу на тип будови тіла, розвиток підшкірної жирової клітковини, скелета, ступінь розвитку вторинних статевих ознак та їх відповідність віковому періоду дівчинки. Оцінки анамнезу, загального та спеціального обстеження визначають спрямованість подальших спеціальних досліджень.

При підозрі на гіпоталамо-гіпофізарний характер аменореї необхідно виключити наявність пухлини в даній ділянці. З цією метою проводяться рентгенографія черепа і турецького сідла, офтальмологічне дослідження з обов'язковим визначенням полів зору і стану очного дна.

При пухлині гіпофіза на рентгенограмі діагностують деформацію та зміни розмірів турецького сідла в поєднанні з «пальцевими втискуваннями» і посиленням судинного рисунка в ділянці кісток склепіння черепа внаслідок стискування пухлиною III шлуночка мозку і підвищення внутрішньочерепного тиску.

При офтальмологічному дослідженні в результаті тиску пухлини на ділянку очного перехрестя виявляють бітемпоральну геміанопсію, застійні соски очних нервів.

Ураження гіпоталамічних і гіпофізарних відділів характеризуються порушенням обмінних процесів, особливо зниженням основного обміну. Порушення вуглеводного обміну можуть проявлятися у вигляді гіпо- та гіперглікемії (цукрова крива з навантаженням) аж до латентної форми цукрового діабету. На електроенцефалограмі простежується дезорганізація біоелектричного ритму, що йде з глибинних структур, і зміщення серединних структур мозку.

Характерним для гіпоталамо-гіпофізарної аменореї, з точки зору функціональних розладів, є виражене зниження секреції

гонадотропінів. Визначити зниження рівня ФСГ та ЛГ можна за допомогою радіоімунологічного методу в крові та сечі, а також гормональних проб.

Яєчниковий генез аменореї виявляють за тестами функціональної діагностики. Залежно від ступеня гіпоестрогенемії, показники їх різні. При незначній гіпоестрогенемії може спостерігатися симптом «зіниці» + або ++, помірне зниження каріопікнотичного індексу (КІ), базальна температура монофазна, у слизовій оболонці матки під час менструації виявляється проліферація. При суттєвій яєчниковій недостатності симптом «зіниці» завжди негативний, КІ різко знижений, у мазках переважають базальні та парабазальні клітини, слизова оболонка матки атрофічна, інколи з явищами ранньої проліферації. Екскреція естрогенів і прегнандіолу знижена, тимчасом як гонадотропіни виявляються у значній кількості.

Для уточнення діагнозу склерокістозних яєчників проводиться рентгенопельвіографія (збільшені контури яєчників на рентгенограмі). Але особливо достовірні дані отримують при лапароскопії з біопсією яєчничової тканини. Тести функціональної діагностики при склерокістозних яєчниках свідчать про їх гіпофункцію. Рівень 17-КС у сечі може бути дещо підвищеним.

Уроджений генез яєчничової аменореї діагностується на основі характерного вигляду хворої (синдром Шерешевського — Тернера) і підтверджується цитогенетичними дослідженнями каріотипу (хромосомного набору), наявністю статевого хроматину в мазках слизової оболонки порожнини рота. При синдромі 45X0 статевий хроматин відсутній.

Хворим з вірільним синдромом, гірсутизмом необхідне ретельне дослідження функції надниркових залоз. При клінічно вираженому АГС необхідно виключити пухлину або гіперплазію кори надниркових залоз. Для цього проводиться рентгенографія надниркових залоз в умовах ретропневмоперитонеума.

З метою диференційної діагностики рівня ураження при аменореї, а також вірільних проявів надниркових залоз, яєчничового або гіпоталамо-гіпофізарного генезу (пухлина, гіперплазія кори) широко використовують функціональні проби, які базуються на стимуляції або пригніченні функції органів-«мішеней» при введенні відповідних гормональних препаратів.

Застосовуються такі функціональні проби:

1. Проба з кортизоном (преднізолон 10–20 мг) або гідрокортизоном 50–100 мг протягом 5 днів. Уведення вказаних препаратів блокує адренкортикотропну активність гіпофіза, і кіль-

кість 17-КС при гіперплазії кори надниркових залоз знижується, а при пухлинах — залишається незмінною. При яєчникового генезу андрогенної дії кількість 17-КС також незмінна.

2. Проба з АКТГ: уведення препарату (по 40 ОД внутрішньом'язово протягом 2 днів) збільшує кількість 17-КС при ураженні гіпофіза і не змінює — при пухлинах яєчників.

3. Для диференційної діагностики вірильних проявів яєникового або наднирковозалозного генезу можна використовувати інфекундин — преднізолонуву пробу. Інфекундин блокує дію гіпофіза на яєчник. Протягом 10 днів дівчина отримує по 2 таблетки інфекундину, а з 6-го дня, крім того, — 20 мг преднізолону. При цьому можливі три варіанти відповіді: а) вміст 17-КС зменшується після прийому інфекундину більш ніж на 50 % — яєниковий генез андрогенії; б) якщо вміст 17-КС зменшений на 50 % тільки після преднізолону — наднирковозалозний генез; в) при незначному зменшенні вмісту 17-КС після першої та другої половини проби можна говорити про змішаний генез аменореї.

4. Проба з хоріогоніном базується на стимуляції функції яєчників цим препаратом (ХГ діє аналогічно ЛГ) і вказує, що аменорея є первинною або залежить від порушень функції гіпофіза. Якщо після уведення ХГ (по 1500 МО протягом 5 днів) з'являються кров'янисті виділення зі статевих шляхів, то причини аменореї пов'язані з порушенням функції гіпофіза, якщо ні, то вона, як правило, яєникового походження.

Припущення про маткову форму аменореї може виникнути при збереженні нормальних показників тестів функціональної діагностики, що свідчить про відсутність змін гіпоталамо-гіпофізарно-яєникової регуляції менструального циклу. Для уточнення діагнозу слід провести огляд гімена у дівчаток (відсутність отвору) і зондування каналу шийки матки (його зрощення) для виключення «несправжньої» маткової аменореї. Діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки дозволяє визначити характер і ступінь ураження ендометрія (рубцеві зміни, туберкульозний ендометрит). Доцільно також при матковій аменореї проводити гістероскопію та гістерографію (визначають синехії, спайки, атрофію ендометрія).

Лікування аменореї проводять залежно від діагностованого характеру та рівня ураження. При органічних ураженнях, тобто пухлинах мозку і надниркових залоз, — оперативне лікування, при пухлині гіпофіза — рентгенотерапія.

Якщо аменорея зумовлена функціональною або вродженою патологією, то лікування проводять гормональними препаратами. Основними моментами гормонального лікування є: естрогенна підготовка; циклічна (замісна) терапія; терапія, що розрахована на ефект «відміни».

Естрогенна підготовка полягає в систематичному введенні лише естрогенних гормонів, частіше пролонгованої дії: естрадіол-дипропіонат 0,1 % — по 1 мл внутрішньом'язово 1–2 рази на тиждень протягом 4–6, 10–12 міс. з перервами, упродовж кількох років. Естрогенна підготовка розрахована на стимуляцію розвитку статевих органів і вторинних статевих ознак і появу менструальноподібних кров'янистих виділень.

В основі циклічної (замісної) гормонотерапії лежить імітація нормального менструального циклу. Схема для створення 28-денного циклу така: на 4–6–8–10–12-й дні призначають по 10 000 ОД синестролу (0,1 % — 1,0 г) або фолікуліну, на 14–16–18-й дні — по 10 000 ОД естрогенів, 10 мг прогестерону (або по 1500 МО ХГ), а з 20-го по 25-й день щодня по 5–10 мг прогестерону, далі — перерва 8–10 днів. Зазвичай проводять 2–3 цикли. Після 1–4-місячної перерви знову повторюють 1–2 цикли лікування, інколи тривалістю до 2 років. Така терапія нормалізує систему «гіпоталамус — гіпофіз — яєчники — матка», сприяє відновленню в ній циклічних процесів і активує функцію яєчників.

З цією ж метою застосовується лікування синтетичними прогестинами (інфекундин, бісекурин, овулен, мегестранол та ін.): по 1 таблетці з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3–4 міс. Синтетичні прогестини блокують гонадотропну активність гіпофіза, і після відміни препарату відмічається посилення функціональної активності гіпоталамо-гіпофізарної системи (ефект «відміни»), зростання продукції гонадотропнів, що сприяє активації функції яєчників.

Зважаючи на те, що аменорея пов'язана з неврологічними розладами, рекомендується седативна терапія: белоспон, беллід, бром-валеріанова мікстура, а при виражених емоційно-психічних розладах призначаються протягом 1–3 тиж. транквілізатори — седуксен, еленіум.

При гіпоталамо-гіпофізарних аменореях функціонального характеру доцільне застосування гормональних препаратів, лікарського електрофорезу, фізіотерапії. Ефективне призначення циклічної гормонотерапії та трансназального гальваноелектрофорезу 2 % розчином вітаміну В1, 2 % розчином кальцію

хлориду, 0,25 % розчином димедролу, іоногальванізації за методом Щербака, вітамінів групи С, Е.

При адипозогенітальній дистрофії застосовують малокалорійну дієту з обмеженням жирів, вуглеводів, ЛФК. Із гормональних засобів — тиреоїдин (по 0,002–0,1 г на добу), рекомендується призначення естрогенів пролонгованої дії. Гормональне лікування в поєднанні з дієтою та фізкультурою спрямоване на ліквідацію ожиріння та гіпогеніталізму.

Лікування яєчникової форми аменореї полягає в плановому введенні статевих гормонів. У разі вираженої гіпоплазії (гіпофункції) яєчників лікування складається з двох етапів: I — стимуляція розвитку первинних і вторинних статевих ознак, ліквідація нервово-вегетативних процесів і трофічних порушень; II — поява циклічних процесів на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчниковому матковому рівні.

На I етапі проводиться естрогенна підготовка, а при появі кров'янистих виділень переходять на циклічну гормональну терапію.

Якщо гіпофункція яєчників незначна, необхідно використовувати лише циклічну гормонотерапію або лікування синтетичними прогестинами. Одночасно з гормонотерапією доцільно призначати діатермію на крижову ділянку для покращання кровопостачання органів малого таза.

Лікування склерокістозних яєчників хірургічне і полягає в їх двобічній клиноподібній резекції, бажано малоінвазивними методами.

Лікування хворих з дисгенезією гонад (синдром Шерешевського — Тернера) доцільно розпочинати з 10–12 років, до періоду статевого дозрівання. Лікування тиреоїдином і анаболічними стероїдами спрямоване на усунення соматичних диспропорцій. Після 16 років можна застосовувати естрогени з метою зменшення статевого інфантилізму. Якщо естрогени призначати до 10–12 років, це призведе до передчасного скостеніння епіфізів.

Лікування маткової форми аменореї проводять з урахуванням її етіології. При несправжній аменореї необхідно провести розтин гімена або бужування каналу шийки матки. При запальній етіології призначають протизапальну терапію, лікування естрогенами та циклічну гормонотерапію. Одночасно проводиться діатермія крижової ділянки з метою посилення гіперемії матки, її придатків і підвищення їх чутливості до гормональної дії.

Пубертатні маткові кровотечі (ПМК) у структурі інших порушень менструальної функції у підлітковому періоді становлять 22–35 % (від загальної кількості хворих, що страждають на порушення менструальної функції), у структурі гінекологічної патології у дівчат-підлітків — 11–15 % (від загальної кількості гінекологічної патології).

Функціональний стан вищої нервової діяльності, що контролює регуляторні механізми менструальної функції, у період статевого дозрівання нестійкий; створення диференціації у корі головного мозку і, особливо, в гіпоталамічних центрах недостатнє. Електрична активність кори великих півкуль мозку дівчат віком 11–15 років не досягає рівня дорослих жінок. Матка у дівчат ще остаточно не розвинена, її рецептори неповноцінні, потенціал сприйняття маткою подразнень і проведення їх до центральної нервової системи виражений слабо. При цьому гіпофіз отримує спотворені імпульси і в ньому не координується синтез усіх гонадотропних гормонів, а переважає продукція ФСГ і не продукуються в достатній кількості ЛГ і ЛТГ.

Гормональна функція яєчників виражена на цьому фоні недостатньо, а їх рецепторний апарат недосконалий.

Зовнішні та внутрішні подразники можуть легко порушувати регуляторний механізм менструальної функції, перешкоджають встановленню її стереотипу і викликають ювенільні маткові кровотечі.

До чинників, що сприяють кровотечам, належать стреси, фізичні травми, перевтома, несприятливі побутові умови, гострі або хронічні інфекції, інтоксикації, гіпо- й авітамінози, порушення функції щитоподібної залози і кори надниркових залоз.

Важливу роль у виникненні ПМК відіграють хронічні та гострі інфекційні захворювання, неповноцінне харчування (гіповітамінози), психічні травми, психоемоційні навантаження. В анамнезі дівчат із ПМК відмічають наявність гострих інфекційних і вірусних інфекцій (вітряна віспа, краснуха, кір, скарлатина, епідемічний паротит) тощо.

Суттєве значення у виникненні ПМК має екстрагенітальна патологія: захворювання шлунково-кишкового тракту, особливо часто — гепатобіліарної системи, вегетосудинна дистонія, епілепсія, гіпофункція щитоподібної залози, захворювання органів дихання, алергічні реакції, захворювання крові та ін. (рис. 10).



Рис. 10. Патогенез виникнення пубертатних маткових кровотеч

В основі функціональних маткових кровотеч лежить тривала персистенція фолікула або атрезія декількох фолікулів. І в тому, і в іншому випадках цикл буває однофазним. Ендометрій знаходиться під впливом абсолютної великої кількості естрогенів, або під тривалою дією естрогенів без урівноваження їх прогестероном. При цьому ендометрій надмірно проліферує та секреторно не трансформується.

Зазвичай при персистенції фолікула кровотеча рясніша через велику кількість естрогенів у організмі та значнішу проліферацію ендометрія, ніж при атрезії фолікула.

Пубертатні маткові кровотечі бувають циклічними (своєчасна менструація переходить у кровотечу) і ациклічними (відбувається затримка менструації з подальшою рясною кровотечею). Тривалість кровотечі коливається від кількох днів до кількох місяців. Кровотечі бувають зрідка, але за характером тривалі та рясні.

Ювенільні маткові кровотечі, як правило, супроводжуються анемією, яка інколи сягає значного ступеня. Це пояснюється недостатньою скорочувальною здатністю матки, гормональним дисбалансом у період статевого дозрівання, а також вторинним порушенням згортальної та протизгортальної систем крові, що посилює крововтрату.

Провідним симптомом дисфункціональних маткових порушень є кровотеча зі статевих шляхів. Дівчата скаржаться на загальну слабкість, запаморочення, головний біль, прискорене серцебит-

тя, поганий сон і апетит, знижену працездатність, дратівливість, плаксивість.

При огляді привертають увагу блідість шкірних покривів і видимих слизових оболонок, тахікардія, низький артеріальний тиск. Прояви названих симптомів залежать від ступеня анемії, тривалості кровотечі та порушень гемодинаміки. Стан дівчинки необхідно оцінити за даними фізичного розвитку та соматичного статусу, звернути особливу увагу на серцево-судинну систему і функцію печінки.

При скаргах на кровотечу потрібно з'ясувати, з якого віку менархе, його характер, регулярність, а також характер наступних менструацій (тривалість, рясність, болісність).

При гінекологічному дослідженні оцінюються ступінь і порядок розвитку вторинних статевих ознак.

При огляді геніталій звертають увагу на розвиток зовнішніх статевих органів, стан слизової оболонки вульви та дівочої пліви. При ректально-абдомінальному дослідженні визначають положення, розмір, рухливість матки, співвідношення між тілом і шийкою матки, стан придатків матки.

При дисфункціональних маткових кровотечах для уточнення їх причин рекомендується обстеження за тестами функціональної діагностики. При цьому відмічається монофазна базальна температура, КІ (20–40 %), дані при дослідженнях ФСГ, ЛГ і естрогенів варіабельні.

Для диференційної діагностики слід виключити захворювання крові (носові та інші кровотечі; проводять дослідження кількості тромбоцитів, коагулограми, тромбоеластограми), серцево-судинної системи, печінки, порушення функції щитоподібної залози.

Диференційний діагноз проводять з гінекологічними захворюваннями: гормонопродукуючою пухлиною яєчника, туберкульозом геніталій, раком шийки матки, саркомою піхви, травмами статевих органів, порушеною матковою та позаматковою вагітністю.

Вибір методу лікування залежить від інтенсивності кровотечі, ступеня анемії, особливостей фізичного і статевого розвитку, початку менструації та календарного віку.

Перш за все, слід зупинити кровотечу, тобто провести гемостаз, а згодом — лікування, спрямоване на усунення порушень гормональної рівноваги та регуляцію функції яєчників.

Для проведення *гемостазу* призначають лікувальну суміш, яка вводиться внутрішньовенно: 5 % розчин глюкози — 500,0 мл, 4 ОД інсуліну, 5 ОД окситоцину, 5 % розчин аскорбінової кислоти — від 1,0 до 5,0 мл. Крапельниці готують *ex tempore*, суміш вводять повільно (25–30 крапель за 1 хв). Не виймаючи голки з вени, шприцом повільно вводять 10,0 мл 10 % розчину хлористого кальцію. Така терапія спрямована на посилення контрактильної здатності матки (Ю. О. Крупко-Большова). Її проводять щодня протягом 5–7 днів. Одночасно призначають гемостатичну терапію.

Для підвищення стійкості капілярів, нормалізації їх проникності, поліпшення мікроциркуляції та з метою гемостазу слід призначати дицинон (етамзилат натрію) по 0,25 г усередину або по 0,25 г парентерально кожні 6 год до припинення кровотечі. Для поліпшення коагуляційних властивостей крові призначають 1,0 мл вікасолу 1 % розчин внутрішньом'язово упродовж 3 днів, або 0,015 г тричі на день усередину впродовж 3–4 днів.

Хлористий кальцій або глюконат кальцію 10 % розчин призначають усередину або внутрішньовенно по 7,0–10,0 мл.

При підвищенні фібринолітичної активності крові застосовують інгібітори фібринолізу — ϵ -амінокапронову кислоту із розрахунку 1,0 г на 10 кг маси тіла на добу, розділивши дозу на 4–6 прийомів, або внутрішньовенно — 50,0–100,0 мл 5 % розчину зі швидкістю 40–60 крапель за 1 хв, памбу (амбен) дозою 50–100 мг (5–10,0 мл 1 % розчину) — внутрішньовенно.

При лікуванні ПМК широко використовують лікарські рослини: кропиву, гірчак перцевий, деревій, чистець буквицвітний, грицики, гірчак почечуйний, калину та ін., що призначаються у вигляді настоїв або відварів.

Позитивний гемостатичний ефект симптоматичних засобів пов'язаний із комплексним впливом на більшість патогенетичних ланок патологічного процесу.

Важливо зазначити, що клінічна картина пубертатних маткових кровотеч значною мірою визначається характером крововтрати (інтенсивністю, тривалістю), а отже — ступенем анемії.

Підвищена крововтрата у дівчат з ПМК призводить до виникнення вторинної анемії, основною загальною лабораторною ознакою якої є зниження кількості еритроцитів і гемоглобіну (Hb) в одиниці об'єму крові внаслідок її підвищеної втрати. У результаті кількість втраченого організмом заліза перевищує ту, яку дівчина отримує з їжею. Крім того, має значення недостат-

ній вихідний рівень заліза в організмі, який спостерігається в період статевого дозрівання. Таким чином, виникає одна з найбільш розповсюджених форм анемії — залізодефіцитна анемія (ЗДА).

У хворих із ПМК анемія легкого ступеня (Hb нижче 70 г/л) трапляється у 10 % осіб. Анемізація проявляється загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю, млявістю, зниженням апетиту, головним болем, блідістю шкірних покривів і видимих слизових оболонок, тахікардією, у деяких хворих — нудотою, блюванням.

У третини дівчат відмічають прояви вегетосудинної дистонії, психоемоційного напруження, що зумовлено як віковими особливостями підлітків, так і матковими кровотечами із вторинною анемією.

При лікуванні анемії у дівчат із ПМК, згідно з рекомендаціями гематологів, віддають перевагу прийому залізовмісних препаратів усередину, а не їх внутрішньовенному або внутрішньом'язовому застосуванню. Препарати для парентерального введення призначають лише за спеціальними показаннями з обов'язковим визначенням сироваткового заліза для підтвердження дефіциту заліза і при тяжких ентеритах та інших тяжких патологіях шлунково-кишкового тракту.

Кращому засвоєнню заліза сприяє наявність двовалентної солі заліза. Заслугує на увагу препарат тотема завдяки своїм фармакокінетичним, фармакодинамічним властивостям, вираженій протианемічній активності, оптимальній терапевтичній дозі заліза. Тотема, крім двовалентного заліза, містить мікроелементи мідь і марганець.

Комбінація міді та заліза при лікуванні залізодефіцитної анемії є дуже раціональною, оскільки мідь покращує всмоктування заліза та його утримання еритробластиами, а марганець, у свою чергу, проявляє каталітичний ефект на синтез гемоглобіну. Застосовують препарат тотема з розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла двічі на добу (2–4 ампули щодня) з урахуванням показників гемоглобіну та кількості сироваткового заліза в крові протягом лікування. Встановлено, що тотема має високу терапевтичну ефективність, добру переносимість, відсутність побічних дій.

Оскільки ефект від лікування препаратами заліза настає поступово, то, незважаючи на поліпшення загального стану дівчат, необхідно продовжувати лікування цими лікарськими за-

собами впродовж 2–3 міс. під контролем загального аналізу крові.

Гемотрансфузії при лікуванні анемії у дівчат повинні проводитися тільки за життєвими показаннями, оскільки існує небезпека розвитку сироваткового гепатиту, сенсibiliзації організму, інших посттрансфузійних ускладнень.

Встановлено роль серотоніну у процесах формування статевого розвитку та порушеннях менструальної функції. Враховуючи, що серотонін безпосередньо впливає на функцію гіпоталамо-гіпофізарної системи, з метою корекції розладів центральних механізмів регуляції менструальної функції рекомендують негормональний препарат антисеротонінової дії — перитол. До уваги береться ще одна його властивість — здатність нормалізувати масу тіла при її дефіциті, який дуже часто мають дівчата із порушеннями менструальної функції. Препарат застосовується по 4 мг тричі на добу — до припинення кровотечі. Подальші три менструальні цикли перитол призначають за 7–10 днів до початку і під час менструації.

Мефенамінова кислота безпосередньо впливає на процеси ПОЛ, інгібує ферменти циклооксигенази (ЦОГ-1 і ЦОГ-2), що відповідають за синтез простагландинів, порівняно з рештою нестероїдних протизапальних препаратів характеризується найменшою ульцерогенною дією, високою мембраностабілізуювальною активністю, запобігаючи тим самим гіпоксичному гемолізу еритроцитів. Призначають її всередину після їди по 0,5 г 4 рази на добу аж до повного гемостазу. З метою профілактики рецидивів ПМК прийом препарату призначають протягом наступних трьох менструальних циклів за 7–10 днів до початку і під час менструації.

При ПМК застосовують фізіотерапевтичні методи: ендоназальний електрофорез 2 % розчину хлориду кальцію, особливо якщо порушення менструальної функції виникли внаслідок гострого респіраторного вірусного захворювання; гальванізація ділянки верхніх шийних симпатичних гангліїв. Кількість процедур — 10–15 на курс.

При лікуванні ПМК симптоматична терапія не завжди виявляється ефективною, що потребує призначення гормональної терапії. Тому за наявності анемії, при якій показники гемоглобіну нижче 80 г/л та гематокриту — 25 %, слід проводити гормональний гемостаз, який діє досить швидко й ефективно. При-

пинення кровотечі, як правило, відбувається протягом однієї доби.

При застосуванні у дівчат стероїдних гормонів з метою нормалізації менструальної функції необхідно дотримуватися таких принципів:

- цілеспрямовано впливати на оптимізацію процесу статевого дозрівання;

- намагатися нормалізувати фолікулогенез і стероїдогенез в яєчниках;

- сприяти секреторній трансформації ендометрія та рівномірному його відторгненню;

- гормонотерапія не повинна чинити прямої чи потенційної онкогенної дії на органи-мішені та загострювати хронічні соматичні захворювання;

- гормонотерапія повинна нормалізувати вегетативну та вищу нервову діяльність.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, все ширше використовують гестагенні препарати для лікування менструальних розладів, особливо у період становлення менструальної функції.

Гестагени сприяють нормалізації гонадоліберину, що, у свою чергу, нормалізує функцію яєчників у дівчат з ПМК, а також трансформації слизової оболонки матки з фази проліферації, яка відбувається під монотонною дією естрогенів, у фазу секреції. Ця здатність препаратів використовується при лікуванні ПМК, зумовлених порушенням центральних регуляторних механізмів репродуктивної системи підлітків і недостатністю гормону жовтого тіла.

Найбільш поширеними гестагенними препаратами, які застосовують у лікуванні дівчат, є примолют-нор, норколут і дуфастон. Примолют-нор і норколут, які містять норетистерону ацетат (похідний 19-нортестостерону), призначають по 5 мг один раз або двічі на день з 5-го до 26-го дня передбачуваного менструального циклу (всього 21 день) при значних маткових кровотечах або з 19-го до 26-го дня циклу (всього 7 днів).

Дуфастон є аналогом натурального прогестерону (дидрогестерон), який застосовується перорально, йому притаманні висока біодоступність і стабільні фармакокінетичні показники. Дуфастон не чинить андрогенної, анаболічної та тромбогенної дії на організм, а найважливіше — він не пригнічує овуляцію. Дуфастон застосовують з метою гемостазу по 1 таблетці (10 мг) двічі на день. Тривалість призначення дуфастону така ж, як у

вищезгаданих гестагенів (примолют-нор, норколут), і залежить від інтенсивності кровотечі.

Ефективність терапії гестагенами залежить від правильного визначення передбачуваної фази циклу. Припинення кровотечі (гемостаз) досягається протягом 1–2 днів, рідше —3–5 днів.

Така терапія є профілактикою гіперестрогенного стану ендометрія матки, молочних залоз у дівчат. При цьому гіперплазія ендометрія не розвивається, а менструальні реакції помірні.

З метою гемостазу у дівчат з-поміж комбінованих естроген-гестагенних препаратів — комбінованих оральних контрацептивів (КОК) — використовують тільки монофазні засоби, які містять від 30 до 50 мкг етинілестрадіолу. Препарати, що містять дозу етинілестрадіолу нижчу ніж 30 мкг, не завжди забезпечують надійний гемостаз.

Комбіновані монофазні естроген-гестагенні препарати призначають від 1 до 3 (не більше) таблеток на добу, залежно від інтенсивності кровотечі. Як правило, припинення кровотечі відбувається протягом першої доби. Не слід збільшувати дозу препарату (3 таблетки на добу), навіть за наявності кров'янистих виділень, які тривають ще кілька днів.

Після припинення кровотечі доза препарату поступово знижується до 1 таблетки на добу. Тривалість прийому визначається тривалістю кровотечі та вираженістю анемії і продовжується 15–21 день.

Механізм лікувального ефекту КОК полягає у такому:

— прогестини, що містяться в КОК, викликають секреторну трансформацію ендометрія;

— власний механізм менструального циклу пригнічений, але протягом 7 діб перерви настає «кровотеча відміни», яка спричинена зниженням рівня естрогенних гормонів у крові;

— після відміни КОК нормалізується циклічний викид гонадотропінів, відновлюється стероїдогенез в яєчниках (“rebound”-ефект).

Гормональний гемостаз естрогенами у підлітковому віці небажаний через «кровотечі відміни», що призводять до вторинної анемії, також естрогени пригнічують центральні механізми регуляції менструальної функції, що вважається небажаним ефектом у період становлення менструальної функції.

При профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю дівчинки, вираженій вторинній анемії (Hb 70 г/л та нижче, гематокрит нижче 20 %) проводять лікувально-діагностичне вишкрібання матки з подальшим патогістологічним дослідженням

зскрібка. Це втручання проводять під загальним знеболюванням зі збереженням цілості дівочої пліви, що досягається правильним уведенням відповідних інструментів у піхву пацієнтки.

Пубертатні маткові кровотечі (ювенільні маткові кровотечі) — це дисфункціональні маткові кровотечі у період статевого дозрівання (з менархе до 18-річного віку).

Причиною виникнення пубертатних кровотеч є порушення гормонального гомеостазу дівчини за відсутності органічних порушень статевої сфери (пухлини, аномалії розвитку, порушення згортання крові, тромбоцитопенія тощо).

Основні симптоми ПМК:

— тривалі (більше ніж 7–8 діб) кров'янисті виділення зі статевих шляхів;

— кровотечі, інтервал між якими менше 21 дня;

— крововтрата, яка перевищує 100–120 мл на добу.

Тяжкість захворювання визначається:

— характером крововтрати (інтенсивність, тривалість);

— ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легкий, середній, тяжкий).

Розрізняють три ступені тяжкості анемії:

— легкий — рівень Hb 90–119 г/л;

— середній — рівень Hb 70–89 г/л;

— тяжкий — рівень Hb 69 г/л і нижче.

Чинники, які сприяють виникненню ПМК:

— несприятливий перебіг антенатального періоду;

— гострі та хронічні інфекційні захворювання;

— хронічні соматичні захворювання;

— гострі та хронічні форми стресу;

— патологічні стани ендокринних залоз (щитоподібна залоза, надниркові залози, гіпоталамічний синдром).

Обстеження дівчат з ПМК проводиться за алгоритмом, поданим на рис. 11.

Діагноз ПМК встановлюють на підставі анамнезу та даних обстеження.

Анамнез:

— початок кровотечі;

— тривалість кровотечі та її особливості;

— менархе, особливості перебігу та становлення менструальної функції, попереднє лікування;

— особливості перебігу вагітності та пологів у матері дівчини;

— перенесені соматичні захворювання;

— запальні захворювання статевої та сечовидільної системи;

— наявність алергії;



Рис. 11. Алгоритм обстеження дівчат із пубертатними матковими кровотечами

- особливості харчування, наявність гіповітамінозу;
- соціально-побутові умови, екологічні чинники;
- психічні травми, гострий, хронічний стрес.

Обстеження:

- загальний стан (з урахуванням гемодинамічних показників: пульс, артеріальний тиск);
- забарвлення шкіри та слизових оболонок;
- фізичний розвиток, зріст, маса тіла;
- ступінь розвитку вторинних статевих ознак (молочні залози, овоłosіння пахвових ділянок, лобка), наявність гіперандрогенії;
 - огляд живота (виключення пухлини черевної порожнини).
- Гінекологічний огляд (проводиться у присутності матері хворої дівчини або близьких родичів):
 - огляд зовнішніх статевих органів (ступінь розвитку, наявність аномалій розвитку, характер кровотечі);
 - ректоабдомінальне обстеження (для оцінки стану внутрішніх статевих органів);
 - огляд за допомогою гінекологічних дзеркал і бімануальне обстеження у сексуально активних дівчат;
 - ультразвукове дослідження органів малого таза (для оцінки розмірів і структури матки, стану фолікулярного апарату яєчників, наявності гіперплазії ендометрія).

Лабораторне обстеження:

— клінічний аналіз крові загальний, включаючи визначення початку та закінчення кровотечі, її тривалості, кількості еритроцитів, гемоглобіну, гематокриту, тромбоцитів;

— біохімічний аналіз крові з визначенням рівня сироваткового заліза;

— коагулограма;

— за необхідності — вивчення рівня гонадотропних (ЛГ, ФСГ, ПРЛ) і статевих гормонів крові, кольпоцитограма.

Консультації профільних спеціалістів: ендокринолога, гематолога, педіатра, невролога.

Диференційна діагностика у дівчат зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів проводиться за такою схемою:

Анамнез.

Обстеження:

— загальний огляд, АТ, пульс;

— огляд зовнішніх статевих органів;

— гінекологічний огляд — ректоабдомінальне або вагінальне дослідження (у сексуально активних дівчат);

— УЗД органів малого таза;

— лабораторне обстеження крові (еритроцити, Нв, тромбоцити, тривалість кровотечі).

На підставі даних, отриманих внаслідок проведеного дослідження, встановлюють діагноз і визначають алгоритм подальшого лікування хворої (рис. 12, 13).

Лікування ПМК проводять у два етапи:

— I етап — власне гемостаз (проводиться у відділеннях дитячої гінекології або гінекологічних відділеннях);

— II етап — профілактика рецидивів захворювання (проводиться амбулаторно).

Індивідуальний вибір терапевтичних заходів і лікарських засобів визначається особливостями перебігу маткових кровотеч, а також наявністю чи відсутністю ускладнень і ступенем їх тяжкості. Слід пам'ятати, що перед призначенням медикаментозного лікування проводиться вивчення анамнезу з метою виявлення медикаментозної алергії та протипоказань на певний лікарський засіб, соматичної захворюваності дівчини. Гормональні препарати призначаються дівчатам-підліткам за згодою їх батьків (табл. 16, 17).

Показання до гормонального гемостазу:

— тривала та рясна кровотеча з наявністю вторинної анемії;

— відсутність ефекту від симптоматичної терапії при помірній і тривалій кровотечі;

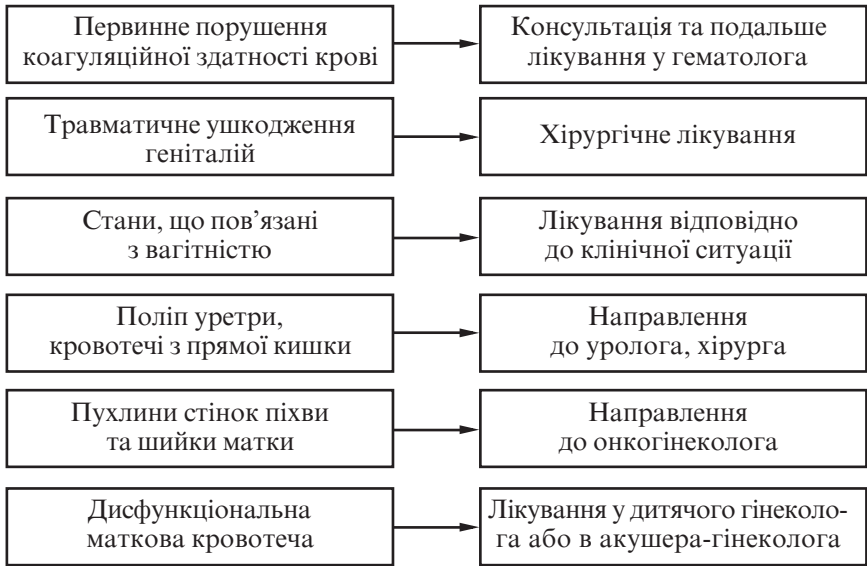


Рис. 12. Тактика ведення хворих із пубертатними матковими кровотечами залежно від диференційного діагнозу

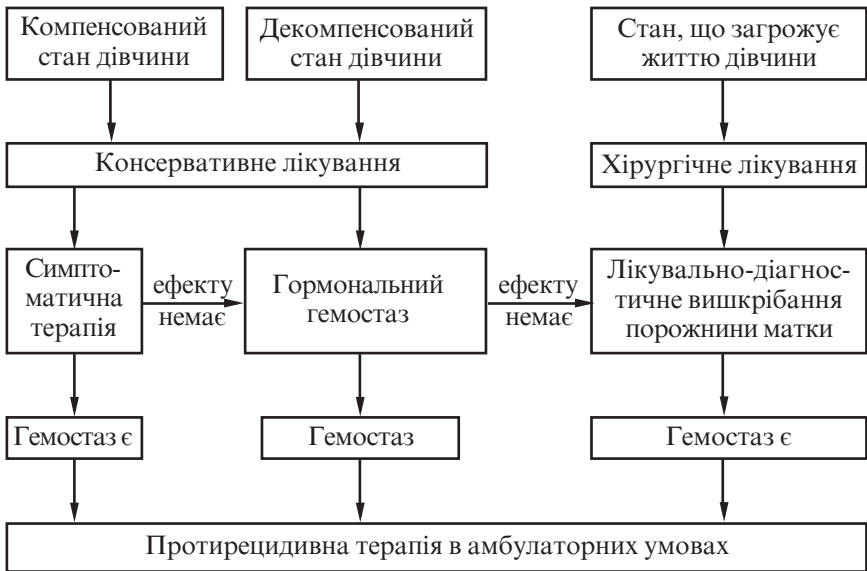


Рис. 13. Алгоритм лікування пубертатних маткових кровотеч

Таблиця 16

**Медикаменти, які застосовуються з метою гемостазу
(симптоматична терапія)
у дівчат із пубертатними матковими кровотечами**

Фармако-терапевтична група засобів	Назва препарату	Спосіб застосування	Добова доза	Тривалість призначення
Гормон задньої частки гіпофіза	Окситоцин	Внутрішньовенно крапельно у 500 мл 5 % розчину глюкози	1 мл	5–7 днів
Гемостатичні засоби	Етамзилат натрію	Внутрішньом'язово, перорально	2 мл 1–4 рази, 0,25 г 4 рази	7 днів
	Вікасол	Внутрішньом'язово, перорально	1 % 1 мл по 0,015 г тричі	3 дні
Засоби, які зміцнюють судинну стінку	Аскорутин	Перорально	по 0,25 г тричі	7 днів
Засоби, які підвищують тонус і скоротливу активність міометрія	Кропива, гірчак перцевий, грицики звичайні	Перорально у вигляді настоїв	100 мл, тричі на добу	7 днів
Протианемічні засоби	Залізовмісні препарати	Перорально	1 раз на добу	Тривалий час

Таблиця 17

**Медикаменти, які застосовують
з метою гормонального гемостазу**

Препарат	Склад	Кількість діючої речовини у таблетці, мг	Добова доза, табл.	Тривалість призначення, днів
Гестаген	Дидрогестерон	10	2	15–21
	Норетистерону ацетат	5	1–2	15–21
Комбіновані естроген-гестагенні препарати (КОК)	Етинілестрадіол + норетистерону ацетат	0,05; 1,0	1–3	15–21
	Етинілестрадіол + левоноргестрел	0,05; 0,15	1–3	15–21
	Етинілестрадіол + левоноргестрел	0,03; 0,15	1–3	15–21

— тривалі кровотечі та наявність гіперплазії ендометрія (Мехо більше 10 мм).

Принципи терапії статевими стероїдними гормонами у дівчат-підлітків:

— можливість цілеспрямовано впливати на оптимізацію процесу статевого дозрівання;

— гормонотерапія не повинна порушувати фолікулогенез і має сприяти нормалізації стероїдогенезу та секреторної трансформації ендометрія;

— гормонотерапія не повинна загострювати хронічні соматичні захворювання;

— гормонотерапія не повинна виявляти прямої та потенційної онкогенної дії на органи-мішені.

Показання до хірургічного лікування (лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки) такі:

— профузна маткова кровотеча, яка загрожує життю пацієнтки;

— виражена вторинна анемія (Hb 70 г/л і нижче, гематокрит нижче 25,0 %);

— підозра на патологічні зміни структури ендометрія (поліп ендометрія за даними УЗД малого таза).

Слід дотримуватися умов для проведення лікувально-діагностичного вишкрібання матки, а саме:

— згоди батьків неповнолітньої хворої дитини;

— наявності анестезіологічної служби для адекватного знеболювання;

— наявності інструментарію, що дає змогу провести вишкрібання зі збереженням цілості дівочої пліви, що досягається правильним уведенням відповідних інструментів у піхву пацієнтки;

— патогістологічне дослідження отриманого матеріалу.

Лікування ПМК передбачає формування менструального циклу у дівчат і відіграє важливу роль у профілактиці рецидивних порушень менструальної функції:

— ліквідації етіологічних чинників, що сприяють виникненню ПМК;

— нормалізації менструальної функції дівчини, що забезпечується призначенням медикаментозних засобів;

— дотриманні режиму повноцінного харчування, проведенні загальнооздоровчих заходів;

— за наявності вторинної анемії призначають залізовмісні засоби.

Залежно від типу гемостазу проводять протирецидивну терапію (рис. 14).



Рис. 14. Алгоритм протирецидивної терапії

Протирецидивна терапія гормональними препаратами призначається протягом 2–3 менструальних циклів. Кількість циклів гормональної терапії залежить від загального стану дівчини, а також стану яєчників, ендометрія (за даними УЗД). При цьому якщо гормони призначали на фоні гіперплазії ендометрія, то на час настання менструальноподібної реакції дівчат рекомендують госпіталізувати (табл. 18).

За наявності виражених гіперпластичних процесів ендометрія, які підтверджуються результатами гістологічного дослідження (аденоматозних поліпів), гестагени призначають з 5-го дня від проведеного лікувально-діагностичного вишкрібання по 25-й день менструального циклу протягом 3 міс. із обов'язко-

**Медикаменти, що застосовуються з метою нормалізації
менструального циклу (симптоматична терапія)**

Фармако-терапевтичні засоби	Назва препарату	Спосіб за-стосування	Доза	Курс лікування
Вітаміни	Фолієва кислота	Перорально	1 мг тричі на добу	5–15-й день циклу
	Токоферолу ацетат	Перорально	100 мг	16–28-й день циклу
	Аскорбінова кислота	Перорально	50 мг тричі на добу	16–28-й день циклу
Гомеопатичні препарати, що нормалізують менструальний цикл		Перорально	Згідно з інструкцією	3 міс.

вим УЗД малого таза у динаміці лікування. При цьому звертають особливу увагу пацієнток на необхідність позачергового обстеження із УЗД при затримці менструації на 10 днів для своєчасного виявлення гіперплазії ендометрія. За даними УЗД ендометрія матки через 3 міс. вирішується питання про подальше призначення гормональної терапії (табл. 19).

**Медикаменти, що застосовуються
з метою гормональної корекції (протирецидивна терапія)**

Препарат	Склад	Кількість діючої речовини у таблетці, мг	Добова доза, табл.	Курс лікування, днів
Гестаген	Дидрогестерон	10	2	з 16-го по 25-й
	Норетистерону ацетат	5	1–2	з 16-го по 25-й
Комбіновані естроген-гестагенні препарати (КОК)	Етинілестрадіол + гестоден	0,05; 0,075	1	з 5-го по 25-й
	Етинілестрадіол + дезогестрел	0,03; 0,15	1	з 5-го по 25-й
	Етинілестрадіол + гестоден	0,02; 0,075	1	з 5-го по 25-й

До критеріїв ефективності лікування ПМК належать:

- нормалізація менструального циклу протягом року;
- відсутність рясних і тривалих крововиділень під час місячних;
- відсутність больового синдрому під час місячних;
- відсутність патологічних змін з боку внутрішніх геніталій при ректоабдомінальному й ультразвуковому обстеженні.

Відповідно до Наказу МОЗ України № 503 від 28.12.02 р. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» впроваджено стандартні лікувально-профілактичні заходи щодо порушень менструального циклу в дівчат і підлітків (дод. 1).

Розділ 7

АНОМАЛІ РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

До аномалій розвитку зовнішніх статевих органів належать уроджені порушення анатомічної будови геніталій, або вроджені аномалії розвитку геніталій (ВАРГ) внаслідок незавершеного органогенезу. Всі варіанти ВАРГ зумовлені однією з трьох причин: недорозвиненням мюллерових проток, порушенням їх реканалізації та неповним їх злиттям.

Агенезія — відсутність органа або його зачатка.

Аплазія — відсутність частини органа.

Атрезія — недорозвинення, яке виникло вторинно, внаслідок запального процесу, перенесеного внутрішньоутробно.

Гетеротопія — наявність клітин або тканин в іншому органі, де вони в нормі відсутні.

Гіперплазія — розростання органа за рахунок збільшення кількості й об'єму клітин.

Гіпоплазія — недорозвинення та недосконале утворення органа.

Стеноз — звуження каналу або отвору.

Ектопія — зменшення розмірів органа або розвиток органа в тих місцях, де він не повинен знаходитися.

Клінічна класифікація вроджених аномалій розвитку статевих органів

I. Атрезія гімена.

II. Вади з повною затримкою менструальної крові.

A. За умов функціонуючої матки:

1. Атрезія гімена.
2. Загіменальна перегородка.
3. Поперечна перегородка піхви.
4. Аплазія частини або всієї піхви.

B. За умов функціонуючої гіпопластичної матки: аплазія частини або всієї піхви.

- III. Вади розвитку з однобічною затримкою менструальної крові:
 - 1. Додаткова замкнута піхва.
 - 2. Додатковий замкнутий ріг матки.
- IV. Вади розвитку без затримки менструальної крові:
 - 1. Повна і неповна внутрішньоматкова перегородка.
 - 2. Дві матки.
 - 3. Однорога, дворога, сідлоподібна матка і т. п.
- V. Рідкісні форми вад розвитку статевих органів:
 - 1. Аплазія частини матки.
 - 2. Кишково-сечостатеві аномалії розвитку.

Види аномалій гонад:

- 1. Абсолютний агонадизм.
- 2. Відносний агонадизм, або токсична дисгенезія (може нагадувати синдром Шерешевського — Тернера).
- 3. Бластогенний гіпергонадизм (зумовлений пухлинними процесами, які виникають з недиференційованої ембріональної тканини).
- 4. Несправжній гіпергонадизм (до нього належить надмірна активація яєчників унаслідок фібро- і полікістозу, що зумовлені пізнім гестозом, переносуванням вагітності або іншими соматичними захворюваннями).
- 5. Справжній гіпергонадизм (розвивається внаслідок подвоєння статевої закладки).
- 6. Справжній гермафродитизм (одночасно може існувати оваріальна і тестикулярна тканина).
- 7. Жіночий псевдогермафродитизм (характеризується жіночим каріотипом, нормальною будовою внутрішніх жіночих статевих органів і значною вірилізацією під дією надлишку андрогенів).
- 8. Чоловічий гермафродитизм (наявність чоловічого каріотипу та двох яєчників з різним ступенем їх порушення).

ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Розвиток статевої системи — тривалий процес, який не завершується в ембріональному періоді, а продовжується після народження до досягнення організмом статевої зрілості.

Формування статевого тракту в ембріогенезі визначається взаємодією трьох груп чинників: генетичного, внутрішніх епігенетичних (ферментні системи, гормони) і зовнішніх, що відображають вплив зовнішнього середовища.

Поняття «стать» включає такі визначення: генетична стать (набір хромосом, що поєднуються під час запліднення: XY — чоловіча та XX — жіноча), гонадна (яєчко чи яєчник), гормональна (андрогени, естрогени), соматична (будова тіла та геніталій), громадянська (стать, встановлена після народження), психічна (самоусвідомлення людини в певній статі), соціальна (сприйняття особи її оточенням).

Генетична стать майбутньої дитини визначається у момент злиття яйцеклітини та сперматозоїда і зумовлена наборами статевих хромосом і генів, що визначають тип гонад, рівень активності ферментних систем, реактивність тканин до статевих гормонів та їх синтез.

ЕМБРИОГЕНЕЗ СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Розвиток статевих залоз в ембріогенезі зумовлений набором статевих хромосом, які утворюються після запліднення яйцеклітини. Каріотип 46XX визначає розвиток яєчника, а каріотип 46XY — яєчок. Первинне статеве диференціювання — це процес розвитку статевих гонад, який починається на 6–7-му тижні ембріонального періоду. Під впливом транскрипційних факторів WT1 (туморосупресор пухлини Вільмса), стероїдного фактора 1 (SF1) і DAX1 формується первинна гонада. Вона складається з кортикальної та медулярної частин. При двох X-хромосомах її кортикальна частина трансформується у яєчник. Y-хромосома сприяє розвитку медулярної частини первинної гонади в яєчко. Адже процес статевого диференціювання більш специфічний і знаходиться під контролем генів: *SRY*, *SOX9*, *DSS*. Ген *SRY* виконує основну роль у статевій диференціації та може викликати розвиток протилежної статі. До 8-го тижня гестації яєчки здатні секретувати статеві гормони, які і визначають розвиток зовнішніх статевих органів. Диференціація зовнішніх статевих органів за чоловічим типом знаходиться під впливом тестостерону, який секретується клітинами Лейдига ембріона. Поряд з тестостероном важливе значення у диференціації статевих ознак має гормон, який пригнічує розвиток мюллерових проток і секретується клітинами Сертолі, — антимюллерів гор-

мон (АМГ). Якщо є нормальна взаємодія АМГ і рецепторів до нього в ембріона чоловічої статі, мюллерові протоки інгібуються. Таким чином, для нормального чоловічого фенотипу потрібна Y-хромосома з геном *SRV*, клітини Лейдига та Сертолі, секреція ними тестостерону й АМГ, наявність у клітинах-мішенях рецепторів до цих гормонів. Дефект у кожній ланці цього процесу призводить до формування організму за жіночим типом. За наявності каріотипу 46XX примордіальні клітини розвиваються в яєчник. Генами, що інгібують розвиток первинної гонади в яєчко, є *DAX1*, *SOX3*, *Wnt4*. Трансформація первинної гонади в яєчник відбувається на 17–20-му тижні ембріогенезу, коли примордіальні клітини перетворюються в овоцити (аналог клітин Сертолі). Їх кількість досягає максимуму (6,7 млн) на 5-му тижні гестації. До 7 років життя дитини їх кількість зменшується до 300 тис. За наявності лише однієї X-хромосоми (45X0) овоцити піддаються дегенерації ще до народження дитини, друга X-хромосома необхідна для підтримки маси яєчника та його подальшого розвитку. Мюллерові протоки утворюють репродуктивні органи жінки: матку, маткові труби та верхню третину піхви. Дві третини піхви утворюються з урогенітального синуса. Таким чином, формування жіночих статевих органів перебігає без активної участі функціонування яєчників.

Диференціювання первинної гонади в яєчник — це пасивний процес, який індукується специфічними молекулами, що відповідають H-Y-антигену в особі чоловічої статі. У диференціюванні яєчників провідну роль відіграють X-хромосоми.

Аномалія одного або кількох детермінант статі, поломка комплексного механізму, який «запускає» статевий розвиток, можуть призвести до анатомічних і функціональних відхилень від норми, різних клінічних форм порушення статевого диференціювання. Різноманітні хромосомні аберації, генні мутації, які сприяють порушенням гормонального балансу або зміні рецепції гормонів у ембріональному періоді, можуть бути причинами вроджених аномалій статевого розвитку. Поряд із хромосомними абераціями (структурними та кількісними), генними мутаціями вроджені порушення статевого диференціювання можуть бути зумовлені також різноманітними ембріональними чинниками (інтоксикація, інфекція, травма, лікарські засоби), порушенням гормонального балансу у вагітній в критичні періоди для формування статевого тракту.

Тип порушення статевого диференціювання залежить від причини і часу його виникнення в онтогенезі. На ранніх етапах ембріогенезу (6–10 тиж.) виникає агенезія гонад. Якщо з будь-яких причин порушується процес диференціювання (формування гонад), то може розвинути організм без статевих залоз і функціональних елементів (агенезія гонад). Найчастіше агенезія гонад є наслідком патології статевих хромосом. Інколи причиною агенезії гонад бувають інші ушкоджувальні чинники (інтоксикація, інфекція, радіація), які перешкоджають формуванню гонад. У таких випадках виявляють нормальний для жінок і чоловіків набір статевих хромосом. Незалежно від причини, що викликала агенезію гонад, клінічна картина багато в чому подібна. Замість гонад у дівчат знаходять смужки сполучної тканини, які не містять функціональних елементів. У подальшому розвивається жіночий фенотип з вираженим гіпогонадизмом, і як наслідок — відсутні фетальні гонади й автономна тенденція будь-якого плода до розвитку за жіночим, «нейтральним» типом. Отже, агенезія гонад є найбільш ранньою патологією статевого формування, до якої належать синдром Шерешевського — Тернера та «чиста» агенезія гонад.

У пізні терміни ембріогенезу виникає патологія статевого формування, яка називається дисгенезією гонад. Дисгенезія гонад — узагальнене поняття, що включає низку синдромів, зумовлених порушеннями ембріонального розвитку гонад у результаті хромосомних аберацій, генних мутацій або ембріотоксичних чинників. До них належать синдром дисгенезії яєчників і синдром дисгенезії яєчок. У багатьох випадках синдром дисгенезії яєчників визначає мозаїчний каріотип 45 X0/46 XX, що перешкоджає нормальному диференціюванню яєчника. При нормальному жіночому каріотипі не є виключенням генна мутація, можлива дія інших ушкоджувальних чинників, які сприяють формуванню неповноцінного, дисгенетичного яєчника. Фенотип у дівчат із синдромом дисгенезії яєчників завжди жіночий, а неповноцінність яєчника проявляється лише в пубертатному періоді більш або менш вираженим гіпогонадизмом.

Порушення формування статевого тракту може бути пов'язане з недорозвиненням і дисгенезією яєчок, причини їх аналогічні. Дисгенетичні яєчка не забезпечують регрес парамезонефральних проток і нормальну маскулінізацію зовнішніх геніталій, що спричинює розвиток дериватів парамезонефральних проток.

Генетично зумовлені порушення статевого диференціювання при синдромі тестикулярної фемінізації відбуваються в період ембріогенезу. Внаслідок порушення специфічної реакції органів-мішеней на андрогени розвивається жіночий фенотип у плода генетично і гонадної чоловічої статті. Внутрішні статеві органи у пацієток чоловічі, а зовнішні — жіночі. При неповній формі синдрому спостерігається незначна маскулінізація зовнішніх геніталій. Одним із хромосомних синдромів, що перебігає з порушеннями статевого розвитку, є синдром Шерешевського — Тернера, типова клінічна картина якого проявляється при каріотипі 45X0. Існують такі варіанти мозаїцизму: 45X0/46XX; 45X0/46XY; 45X0/47XXX, значно рідше — 45X0/47XXY. Маса тіла у дітей із синдромом Шерешевського — Тернера при народженні є меншою за норму. У новонароджених виявляють лімфатичний набряк стоп, гомілок, кистей рук, складки шкіри на шиї. Затримка росту проявляється в будь-якому віці, в окремих випадках — від народження. Відставання в рості особливо помітне в пубертатному періоді. Зріст рідко досягає 150 см.

При огляді привертає увагу загальна диспластичність: діти коренасті (низько посаджена голова, коротка шия, діжкоподібна грудна клітка з широко розставленими сосками і втисненням у ділянці груднини — «шитоподібна грудна клітка»). Для пацієток із синдромом Шерешевського — Тернера є характерними: коротка шия з широкою основою, низька межа росту волосся на шиї ззаду, крилоподібні шкірні складки від потилиці до надпліччя, так звана «шия сфінкса». Виділяють такі особливості черепа обличчя: мікрогнатія, ретрогнатія, птоз, епікант, деформовані та низько розташовані вуха. Мозковий череп є відносно більшим, ніж череп обличчя. У деяких випадках спостерігаються вальгусна девіація ліктьових і колінних суглобів, укорочення метакарпальних і метатарзальних кісток, деформація нігтів, що глибоко сидять у нігтьовому ложі. На шкірі — численні пігментні плями, вітиліго. Спущені кінчики пальців (подушечки). Уроджені вади розвитку внутрішніх органів, такі як коарктація аорти, незарощення міжшлуночкової перегородки й артеріальної протоки, стеноз аорти, легеневої артерії, підковоподібна нирка, подвійні миски і сечоводи, ротація, гіпоплазія нирки. Інтелект знижений.

Статевий інфантилізм проявляється у пубертатному періоді: відсутні вторинні статеві ознаки, молочні залози не розвивають-

ся, вторинне овоłosіння відсутнє або незначне, недорозвинуті соромітні губи, піхва та матка. Слизова оболонка вульви і піхви суха, епітеліальний покрив стоншений. Пацієнтки із синдромом Шерешевського — Тернера звертаються по медичну допомогу переважно у зв'язку з низькорослістю. При УЗД матка інфантильна, гіпоплазована, придатки у вигляді тяжів. Рентгенологічне дослідження кистей (кістковий вік відстає від норми на 2–4 роки) — гіпертрофічний остеопороз. На краніограмі — гіперпневматизація пазух основної кістки. Пневмопельвіограма показує різко гіперплазовану матку і тяжі в місцях розташування яєчників. Підвищення гонадотропної активності, особливо ФСГ, у пубертатному періоді (9–13 років), максимальна функціональна активність — 16–17 років.

Секреція ЛГ має такий же характер, але його рівень зазвичай становить 1/2–1/6 рівня ФСГ. Різке збільшення ЛГ і ФСГ із частими хаотичними десинхронізованими коливаннями, зберігається зворотний зв'язок у системі гіпофіз — гонади. Екскреція естрогенів низька, вагінальні мазки атрофічного типу. Незначне підвищення рівня СТГ, можлива резистентність тканин до тиреоїдних гормонів. Знижена толерантність до глюкози, глікемічна крива сумнівна або діабетоїдна. За допомогою цитогенетичного дослідження виявляють каріотип 45X0 або 45X0/46XX. Статевий хроматин відсутній або різко знижений. Хвора потребує гормонального лікування.

Класичний варіант синдрому Клайнфельтера є проявом триади симптомів: гіпогонадізму, гінекомастії та дисгенезії сім'яних каналців яєчок. Причиною даного стану є одна або більше зайвих X-хромосом у каріотипі, тобто хромосомний набір 47XXY або 48XXXU. Інколи виявляють хромосомний мозаїцизм типу 47XXU/46XU або 47XXU/46XX; 48XXXU/46XU або 47XXX/47XXU. Кожна зайва X-хромосома посилює інтелектуальну недостатність, а за умов мозаїцизму зовнішні прояви синдрому можуть бути невираженими або стертими. Основним проявом аномального набору статевих хромосом є дефект функції інтерстиціальних клітин і, як наслідок, асперматогенез. Порушення функції інтерстиціальних клітин проявляється ознаками загальної андрогенної недостатності, з одного боку, і місцевої гіалінізації сім'явидних каналців — з другого. Клінічна діагностика синдрому Клайнфельтера в період новонародженості неможлива, тому що жодних характерних особливостей при обстеженні новонароджених хлопчиків з аномальним набом

ром статевих хромосом 47XXY не виявляють. При дослідженні мазків слизової оболонки щоби визначають хроматинпозитивні інтерфазні ядра. Обов'язкова ознака захворювання — гіпоплазія гонад — у допубертатному періоді визначається зрідка. У деяких випадках у цьому періоді проявляються ознаки затримки розумового розвитку, що може бути підставою для дослідження статевих хроматинів. Попередній діагноз захворювання на основі клінічних даних можливий лише у препубертатному або пубертатному періоді. Незважаючи на нечисленність ознак, клініка синдрому відрізняється достатньо вираженим поліморфізмом. Залежно від соматичного розвитку, виділяють такі типи синдрому Клайнфельтера: диспластичний — худорлявий тип, псевдом'язовий, з так званним євнухоподібним відкладанням жирової тканини на стегнах, грудях і нижній частині живота. При євнухоподібному складі хроматинпозитивні пацієнти зазвичай є високими на зріст, що зумовлено довгими ногами. Зафіксована схильність до вузьких плечей при відносно широкому тазі, плоска і вузька грудна клітка, слабкий розвиток мускулатури, сутуловатість. У підлітків спостерігається синюшність кистей і стоп, їх підвищена пітливість.

Гінекомастія розвивається у препубертатному і пубертатному віці (з 12 до 16 років), як правило, з обох боків. Тканина молочної залози складається з проток, навколо яких переважає розвиток щільної фіброзної тканини, зазвичай залози не секретують. Розвиток гінекомастії зумовлений підвищеним рівнем естрогенів інтерстиціальними клітинами тестикул. Зовнішні статеві органи — чоловічого типу. Яєчка опущені в мошонку, щільні, дуже маленькі — 1,5 см (при нормі 5 см), внутрішні статеві органи значно менших розмірів порівняно з нормою. Оволосіння на обличчі незначне, водночас є характерними низька межа росту волосся на лобі, рідке оволосіння під пахвами, на лобку — за жіночим типом (вочевидь, зумовлено це загальною кількісною та якісною недостатністю андрогенів, а також зниженою чутливістю тканин до андрогенів). Характерним є також високий рівень гонадотропінів.

Синдром тестикулярної фемінізації передається через патогенні гени жінок-носіїв, унаслідок чого відмічається слабке статеве оволосіння, пізній початок менструацій. Його розвиток пояснюється недостатньою активністю або нестабільністю ферменту 5- α -редуктази, що відповідає за утворення важливого метаболіту тестостерону 5- α -дигідротестостерону, який забезпечує

розвиток зовнішніх геніталій за чоловічим типом. При даному синдромі знижені або повністю відсутні рецептори до андрогенів у клітинах деяких тканин. За відсутності реакції тканин на статевий гормон тонічна секреція гонадотропінів підвищується.

При тестикулярній фемінізації різко підвищений вміст ЛГ в крові. Гонадотропіни, що взаємодіють зі специфічними рецепторами, розташованими всередині клітинних мембран, не тільки реагують із рецепторами білка, але й впливають на їх утворення. Значна кількість ЛГ гальмує власні рецептори. Незважаючи на ареактивність тканин до андрогенів, відбувається нормальна маскулінізація центрів, що регулюють секрецію гонадотропінів. Доведено, що в основі патогенезу лежить генетично зумовлена ареактивність тканин до андрогенів при збереженій чутливості до естрогенів. Фетальні яєчка мають антимиюллерові властивості, що призводить до атрофії парамезонефральних проток, унаслідок чого у дівчат відсутні матка, маткові труби і верхня третина піхви.

Внутрішні геніталії чоловічі, передміхурова залоза відсутня, наявний сліпий піхвовий відросток урогенітального синуса. При повній ареактивності тканин до андрогенів або порушенні біосинтезу тестостерону маскулінізації зовнішніх геніталій не відбувається і вони зберігають жіночу, нейтральну будову. Явища фемінізації у пубертатному періоді пояснюються підвищеною продукцією естрогенів яєчками внаслідок посиленої стимуляції гонадотропінами.

Залежно від вираженості естрогенної та андрогенної дії виділяють дві форми тестикулярної фемінізації. Для повної форми характерна абсолютна відсутність чутливості до андрогенів, у результаті чого дівчата мають жіночий фенотип і правильну будову тіла, розвиваються молочні залози. Статеве оволосіння відсутнє або незначне, тимчасом як волосся на голові густе, зовнішність приваблива, жіноча. Неповна форма характеризується частково збереженою чутливістю органів-мішеней до андрогенів, що виражається в незавершеній маскулінізації зовнішніх геніталій, яка проявляється при народженні. У пубертатному періоді проявляються чоловічі риси, інтерсексуальна будова тіла. Основними ознаками синдрому тестикулярної фемінізації є генетична і гонадна чоловіча стать, відсутність матки, маткових труб, верхньої третини піхви, незавершена маскулінізація зовнішніх геніталій, розвиток фемінізації у пубертат-

ному періоді. Відсутні статеве овоłosіння, менструації. Цитогенетично: статевий хроматин негативний, каріотип чоловічий — 46XY. Рівень базального тестостерону — в межах вікової норми для хлопчиків. Рівень базального естрадіолу перевищує вікову норму для хлопчиків, а в деяких випадках наближається до вікової норми дівчаток. Функціональна проба з хоріонічним гонадотропіном неоднозначна. Підвищений рівень ЛГ. Зростання гонадотропної активності спостерігається в 12–13 років. У 13–14 років збільшується рівень тестостерону й естрадіолу. До 16–17 років рівень тестостерону прирівнюється до вікової норми хлопчиків, а рівень естрадіолу підвищується.

Синдром гермафродитизму

Це група захворювань, проявом яких є двостатева структура зовнішніх геніталій.

При справжньому гермафродитизмі, або синдромі справжньої двостатевості, каріотип 46XX, рідше 46XY, або його поєднання. Фенотип може бути чоловічим або суто жіночим. Зовнішні геніталії двостатеві. Латерально складка з одного боку утворює половину мошонки і в ній яєчко, з протилежного — велику соромітну губу. В усіх хворих виявляють матку, інколи маткові труби. Визначають змішану гонаду. Діагноз встановлюють на підставі двостатевих гонад, наявних внутрішніх жіночих органів на фоні вторинних чоловічих ознак.

Лікування полягає у формуванні особи як жінки за допомогою реконструктивної операції гонад із призначенням естрогенів, що сприяє набуттю жіночих рис.

Порушення статевого диференціювання можуть бути зумовлені не тільки хромосомними абераціями, але й генними мутаціями і різноманітними ембріотоксичними чинниками. У практичній діяльності трапляється значна кількість синдромів, що перебігають з тими або іншими ознаками порушень статевого розвитку. Відомо чимало синдромів, у основі яких лежать деякі прояви порушень статевого розвитку.

Синдром Перрольта: глухота, туговухість будь-якого типу, аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників, гіпогонадізм; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; пропорційний нанізм; атаксія; затримка інтелектуального розвитку; коротка шия; сколіоз та ін. Успадковується за аутомно-рецесивним типом.

Синдром Вудхауза: олігофренія, глухота, гіпогонадізм, затримка інтелектуального розвитку, цукровий діабет, гіпотри-

хоз скальпа, аплазія та гіпоплазія брів, аплазія та гіпоплазія матки, однорога матка, аплазія, гіпоплазія та дисгенезія яєчників, гіпоплазія грудних залоз тощо. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром де Груші олігофренії — нанізму — інверсії статі: затримка інтелектуального розвитку; мікроцефалія; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; інверсія статі, ХУ дисгенез; пропорційний нанізм; гірсутизм, густі брови, великий ніс; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; гіпоплазія соромітних губ і т. ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Майнека полідактилії — сечостатевих аномалій: аплазія, гіпоплазія нирок; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; пухлини статевих залоз; пренатальна гіпоплазія тощо. Тип успадкування неуточнений.

Синдром Тібі олігофренії — ожиріння — гіпогонадизму: затримка інтелектуального розвитку; гінекомастія; гіпогонадизм; ожиріння; арахнодактилія яєчників; сутулість; Х-подібне викривлення ніг і т. ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Ульнарно-мамарний синдром: гіпоплазія сосків; гіпогонадизм; аплазія, гіпоплазія 4–5-го пальців кисті або стопи; мікроцефалія; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; пропорційний нанізм; ожиріння; евнохоподібна статура та ін.

Синдром Хеймета глухоти — нефропатії — гіпогонадизму: глухота, туговухість; нефропатія, протеїнурія; гіпогонадизм; початок захворювання після 5-річного віку; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; аменорея тощо. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Аль-Евейді гіпотрихозу — гіпогонадизму: аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка; аплазія, гіпоплазія яєчок; гіпогонадизм; осередкова алопеція; гіпотрихоз тіла; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; аменорея та ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Бернара — Уейла неврологічних аномалій — гіпогонадизму: атаксія; дизартрія, дизлалія; гіпогонадизм; високе склепіння стопи; початок захворювання проявляється після 10-річного віку; аменорея та ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Фраз'є гонадного дисгенезу — нефропатії: нефропатія; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; інверсія статі, ХУ-дисгенез; аменорея тощо. Неуточнений тип успадкування.

Синдром Бенгстеда олігофренії — нанізму — гіпогонадизму: атаксія; затримка інтелектуального розвитку; мікроцефалія; гіпогонадизм; пропорційний нанізм; цукровий діабет і т. ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Броснека олігофренії — нанізму — інверсії статі: затримка інтелектуального розвитку; тригоненцефалія; атрезія, стеноз слухових ходів; інверсія статі, ХУ — дисгенезія; пропорційний нанізм; аплазія, гіпоплазія матки, однорога матка та ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Малоуфа кардіопатії — гіпогонадизму: птоз повік; широка, висока спинка носа та перенісся; кардіопатія; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників; гіпогонадизм та ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Неумена численної гіпоплазії ендокринних залоз: аплазія, гіпоплазія гіпофіза, щитоподібної залози, надниркових залоз; аплазія, гіпоплазія, дисгенезія яєчників, яєчок. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Вейнштейна глухоти — катаракти — нанізму — гіпогонадизму: катаракта; глухота, туговухість; гіпогонадизм; нанізм; ожиріння.

Синдром Фріска аномалій обличчя — гіпогонадизму: затримка інтелектуального розвитку; енофтальм; широка спинка носа, перенісся; прогенія; гіпогонадизм; євнухоподібна статура тощо. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Фітча нанізму — аномалій кистей — гіпогонадизму: гіпогонадизм; нанізм; ізодактилія; аплазія, гіпоплазія фаланг кистей та ін. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Синдром Фамізими акромегалії — чорного акантозу: широка спинка носа, товсті губи, макрогенія; гіпогонадизм; нанізм; брахідактилія; резистентність до інсуліну. Успадковується за аутосомно-рецесивним типом.

Слід зазначити, що поширеність у популяціях вищенаведених синдромів незначна і становить 1 : 200 000 – 1 : 500 000.

Аномалії розвитку матки

Синдром Майєра — Рокитанського — Кюстнера — аплазія матки за наявності маткових труб і функціональних яєчників. Іноді на місці матки може бути невеличкий м'язовий валик. Вада поєднується з частковою або повною аплазією піхви, верхньою її частиною. Для даної патології характерна первинна

аменорея. Діагноз встановлюють у період статевого розвитку, вторинні статеві ознаки виражені, фенотип жіночий. Діагностичне значення має гінекологічне обстеження, ультразвукове дослідження, діагностична лапароскопія. Лікування — хірургічне і полягає у створенні піхви.

Uterus didelphus — подвоєння матки та піхви при їх окремому розташуванні.

Uterus duplex et vagina duplex — подвоєння матки та піхви, на певній ділянці вони з'єднуються фіброзно-м'язовим прошарком.

Uterus bicornis bicollis — двоорога матка з двома шийками.

Uterus bicornis unicollis — двоорога матка з однією шийкою.

Сідлоподібна матка — умовна перегородка всередині матки.

Стеноз дівочої пліви

У деяких жінок отвір дівочої пліви замалий, що утруднює статеві контакти. У цих випадках дівоча пліва є товстою і фіброзною. Збільшення її отвору можна виконати за допомогою маленького розтину під місцевою анестезією. За необхідності розтин виконують на «14-, 16-, 20-ту і 22-гу годину за годинниковою стрілкою», починаючи з краю дівочої пліви та продовжуючи розріз уздовж поздовжньої осі піхви. Потім ці розрізи зашивають у поперечному напрямку швами, що абсорбуються (рис. 15).

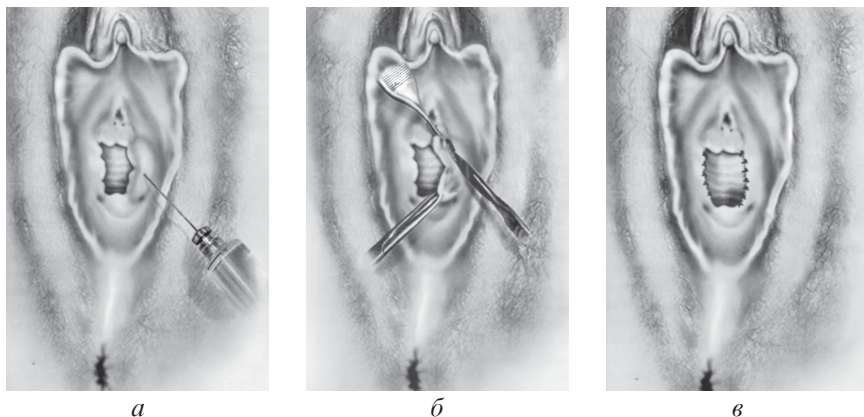


Рис. 15. Операція при стенозі дівочої пліви: *а* — інфільтрація *hymen* розчином судинозвужувального агента (0,1 % розчин адреналіну або вазопресину); *б* — вирізання частини *hymen* з вертикальним розтином; *в* — обшивання країв дівочої пліви окремими швами

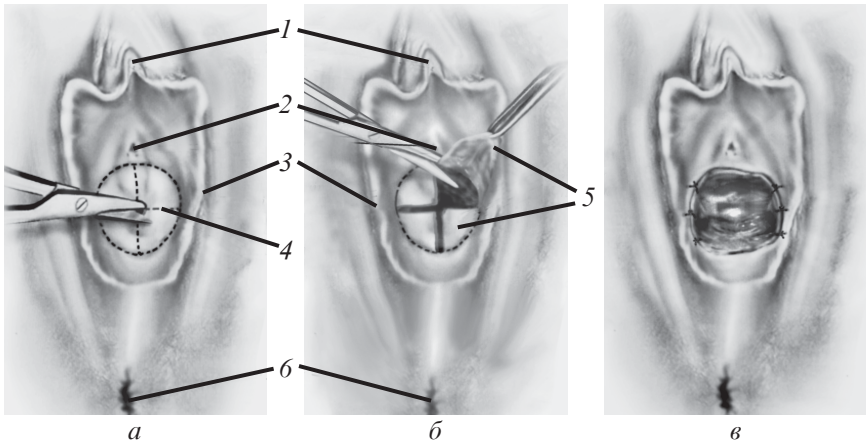


Рис. 16. Неперфорована дівоча пліва. Розтини виконують «на 3», «на 9», потім «на 12 і 6 годин»; клаптики *hymen* висікають, і краї рани обшивають окремими вікриловими швами № 3–0 (а–в): 1 — клітор; 2 — уретра; 3 — малі соромітні губи; 4 — лінії розтину; 5 — пелюстки *hymen*; 6 — анус

Неперфорована дівоча пліва

Це вроджена аномалія. Пацієнтки можуть скаржитися на первинну аменорею і появу випинання у присінку піхви. При ректальному дослідженні виявляється гематокольпос. Дівочу плівку потрібно широко розкрити й ушити так, як у разі її стенозу (рис. 16). Піхву промивають антисептичними розчинами.

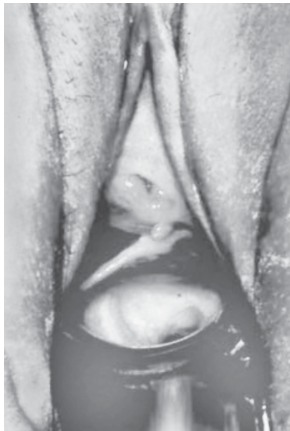


Рис. 17. Поздовжня перегородка піхви

Перегородка піхви

Перегородки бувають поперечними і поздовжніми (рис. 17).

Поздовжня перегородка піхви утворюється внаслідок неповного злиття парних мюллерових проток. Проксимальний кінець перегородки може знаходитися біля шийки матки або між подвоєними шийками. Перегородка буває повною і частковою, на короткій відстані. Інколи вона може призводити до оклюзії однієї половини піхви і створювати гематокольпос.

Більшість випадків поздовжньої перегородки піхви є безсимптомними, лише інколи вони можуть викликати біль або кровотечу під час статевого акту. При виявленні перегородки проводять хірургічне лікування. Випадки недиагностованої поздовжньої перегородки можуть призвести до тяжкої кровотечі під час пологів. Операція з її видалення є досить простою (рис. 18). Як і у разі поперечної перегородки, звертають увагу на профілактику зменшення діаметра піхви після операції.

Поперечна перегородка піхви може локалізуватися на будь-якому рівні між дівочою плівкою та шийкою матки. Перед хірур-

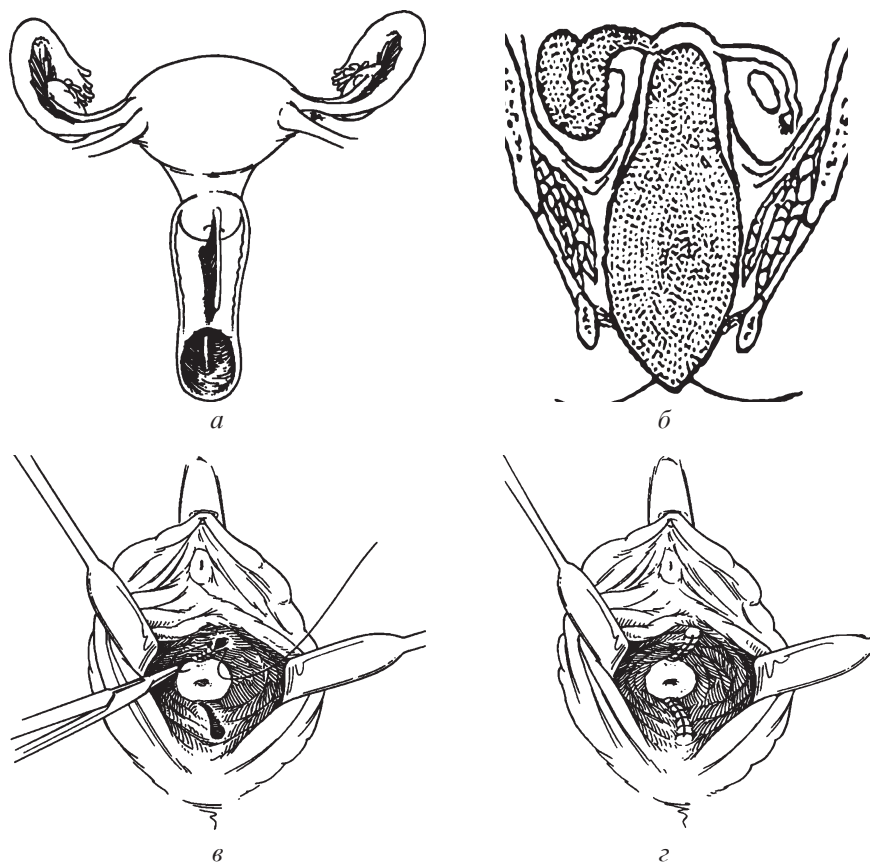


Рис. 18. Видалення поздовжньої перегородки піхви: а — локалізація перегородки; б — ексцизія перегородки за допомогою помірної тракції; в, г — відновлення дефекту слизової оболонки піхви

гічним лікуванням слід визначити товщину перегородки. Якщо вона є неповною, її можна усунути за допомогою пальців хірурга. У деяких випадках при повній перегородці близько 1/3 піхви відсутня. Якщо ж вона є відносно тонкою, її можна відкрити і відсікти гострим шляхом (рис. 19). Під час процедури важливо зберегти діаметр піхви. У післяопераційному періоді рекомендують використовувати дилататори протягом кількох тиж-

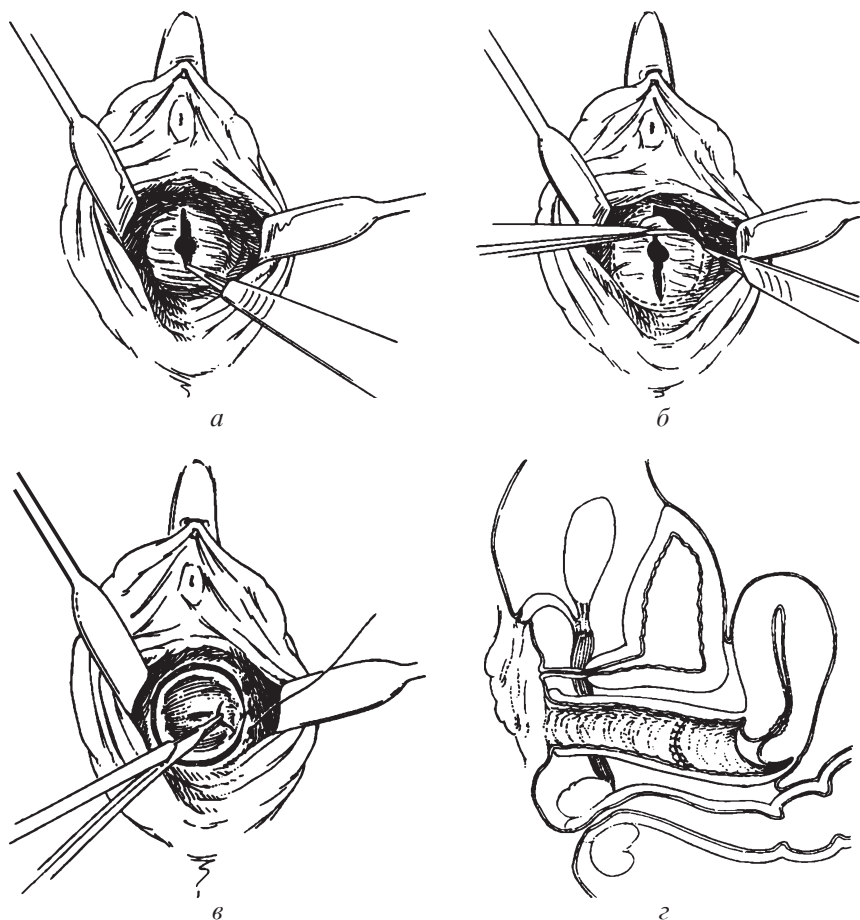


Рис. 19. Поперечна перегородка піхви: *а* — початковий вертикальний розтин перегородки; *б* — гостра дисекція перегородки від слизової оболонки піхви; *в, г* — відновлення дефекту слизової оболонки піхви окремими швами, що абсорбуються

нів або місяців. Якщо великий сегмент піхви відсутній (понад 1 см), перегородку видаляють і використовують дилататори для профілактики стенозу піхви. Реконструкція піхви і пластика за Мак-Індо покращують результати у деяких пацієнток.

Аномалії розвитку піхви

1. Агенезія піхви — первинна повна відсутність піхви.
2. Аплазія піхви — первинна відсутність частини піхви.
3. Атрезія піхви — вторинна відсутність піхви, повне або часткове її зарощення, пов'язане з внутрішньоутробним запальним процесом.

Форми атрезії:

- гіменальна, ретрогіменальна;
- вагінальна;
- цервікальна;
- маткова;
- трубна.

4. Перегородка піхви — повна, неповна.

Аномалії зовнішніх статевих органів

1. Агенезія, гіпоплазія, гіпертрофія клітора.
2. Атрезія гімена — зарощення дівочої пліви.
3. Аплазія соромітних губ, гімена.

Гінатрезії — порушення розвитку статевих шляхів: дівочої пліви, піхви або матки (рис. 20).

Гінатрезія може бути первинною (розвивається внутрішньо-утробно внаслідок вад ембріонального розвитку) та вторинною (набутою) — внаслідок запальних процесів, перенесених у дитячому віці. У зрілому віці атрезія піхви може розвинути внаслідок пологових травм, атрезія шийки матки — після діатермокоагуляції, атрезія порожнини матки або зрощення у ній — після надмірного вишкрібання під час абортів. При атрезії гімена з початком перших менструацій кров починає скупчуватись у піхві, розтягуючи її (*haematocolpos*). Дівчинка скаржить на біль. Після закінчення такої прихованої менструації кров гемолізується, її рідка частина всмоктується, об'єм зменшується, біль припиняється до початку наступних місячних. Якщо хвора не звертається по медичну допомогу, то кров, скупчуючись усе більше, збирається у порожнині матки (*haematometra*), потім —

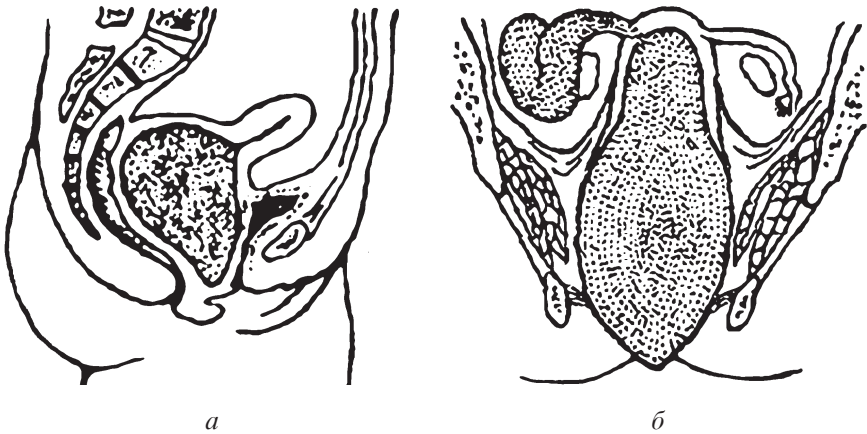


Рис. 20. Гінатрезія: *a* — гематокольпос при атрезії дівочої півлі; *б* — гематометра, гематосальпінкс

у маткових трубах (*haematosalpinx*). У зв'язку зі здатністю піхви до розтягнення больовий синдром зазвичай з'являється при значних розмірах гематокольпоса. Гематометра та гематосальпінкс при цій патології виникають рідше.

Атрезія дівочої півлі найчастіше діагностується у період статевого дозрівання. Клінічна картина характеризується періодичним болем унизу живота у дівчаток після 12 років за відсутності менструацій (несправжня аменорея). Інтенсивність ниючого болю збільшується, при великих розмірах гематокольпоса може виникнути утруднення сечовиділення та дефекації. Вторинні статеві ознаки відповідають вікові. Під час больового нападу виникає затримка сечовипускання. При огляді присінка піхви виявляють відсутність отвору в дівочій півлі, синюшність, випинання. Ректоабдомінальним дослідженням у ділянці розміщення піхви пальпується пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, на верхівці якого розміщується невелика щільна матка.

До періоду статевого дозрівання гінатрезії не діагностуються, після початку менструації діагностика є нескладною завдяки класичному анамнезу та клінічній картині. При атрезії гімена виконують хрестоподібний розріз дівочої півлі, краї якого ушивають окремими швами. З піхви видаляють згустки крові.

Атрезія піхви трапляється у верхньому, середньому та нижньому її відділах і має різні розміри. Кров накопичується вище

місця атрезії, поступово заповнює перерозтягнутий канал шийки матки та її порожнину.

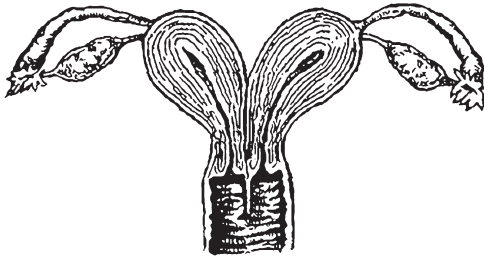
Клінічна картина: біль періодично з'являється внизу живота і в поперековій ділянці, менструація відсутня. Діагностичне значення має ультразвукове обстеження, а також зондування піхви, за допомогою якого визначається рівень атрезії. При ректоабдомінальному дослідженні пальпується тугоеластичне утворення, розміщене спереду прямої кишки. Якщо атрезія піхви ускладнюється гематометрою та гематосальпінксом, у малому тазі виявляється кілька утворень округлої форми і тугоеластичної консистенції.

Лікування оперативне. При атрезії нижньої третини піхви розшаровують тканини ділянки входу в піхву, розрізають нижній купол піхви і підшивають його слизову оболонку до входу піхви. Якщо атрезія розміщується в середній третині піхви, то розрізають тканини між нижньою та верхньою третиною піхви, а потім зшивають слизову оболонку цих ділянок. Найскладнішою є операція при атрезії верхньої третини піхви, коли відсутні склепіння, а шийка матки розміщується в клітковині малого таза. Операція є ефективною, якщо вдається знайти канал шийки матки і вшити її у верхній купол піхви.

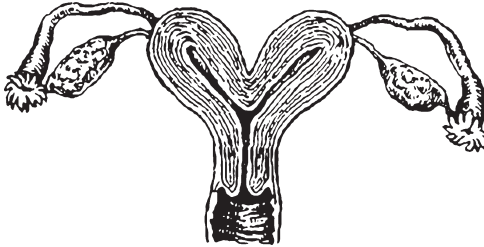
Первинна атрезія дівочої півни діагностується медичним персоналом або матір'ю дівчинки ще у період новонародженості. При атрезії гімена огляд зовнішніх геніталій має вирішальне діагностичне значення. На ехограмі малого таза визначається різко розширена, заповнена рідиною піхва у вигляді ехонегативного утворення, тимчасом як матка є нормальних розмірів і розташована на вершині гематокольпосу. Вважають, що спершу заповнюється розтягнута піхва, а порожнина матки не розширюється до тих пір, поки тиск нагромадженої рідини не буде перевищувати силу м'язового скорочення матки, після чого утворюються гематометра і гематосальпінкс.

Прогноз залежить від своєчасної діагностики захворювання. При тривалому перебігу хвороби і розвитку гематометри та гематосальпінксів у дівчинки в подальшому можуть бути проблеми з виношуванням вагітності, а якщо у трубах розвинулися деструктивні зміни — може виникнути їх непрохідність. Часто виникає ендометріоз внутрішніх статевих органів.

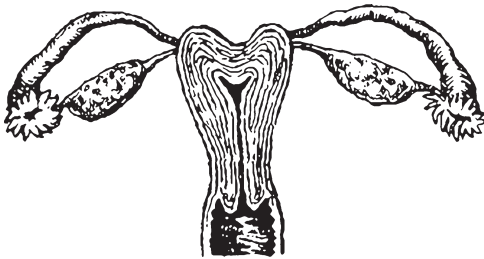
Аплазія піхви — відсутність піхви. Виникає при недостатньому розвитку нижніх (каудальних) відділів парамезонефраль-



a



б



в



г

Рис. 21. Вади розвитку матки і піхви: *a* — двоорога матка, роздвоєння шийки матки, перегородка піхви; *б* — двоорога матка з єдиною шийкою; *в* — сідлоподібна матка; *г* — одноорога матка

них (мюллерових) ходів. При цій патології матка, маткові труби і яєчники часто недорозвинені.

При аплазії піхви аменорея справжня або несправжня, статеве життя неможливе.

Діагностується на підставі даних анамнезу (аменорея) та гінекологічного обстеження хворої.

Лікування — хірургічне. Для створення піхви можна використовувати шкірний клапоть, частину сигмоподібної кишки, очеревини малого таза.

Зовнішні статеві органи утворюються із сечостатевого синуса. Якщо в процесі формування статевих органів на організм вагітної діятимуть шкідливі чинники, зокрема медикаменти, процес диференціювання статевих органів може порушитися.

Виходячи з механізму формування статевих органів, можливі такі варіанти вад розвитку матки та піхви (рис. 21, 22):

1. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але не зливаються між собою по всій довжині. Утворюється повне подвоєння матки та піхви: у хворої дві піхви, розділені тонкою пере-

городкою, в кожному піхву відкривається шийка матки, дві матки; у кожній матки — одна труба й один яєчник.

2. Обидві мезодермальні протоки формуються правильно, але їх злиття відбувається лише на певному проміжку, а інші частини матки та піхва розділені перегородкою. Варіантів такої вади може бути багато: перегородка у піхві; наявність однієї піхви, в яку відкриваються дві шийки матки; перегородка в порожнині матки; двоорога матка; сідлоподібна матка.

3. Одна з мюллерових проток розвивається правильно, а друга не розвивається зовсім. Формується піхва, однорога матка з одним яєчником та однією трубою. У хворой слід обстежити сечовивідну систему, бо часто така вада поєднується з відсутністю нирки на ураженому боці.

4. Одна з мезодермальних проток розвивається правильно, друга — недостатньо, формується матка з рудиментарним рогом. Ці порожнини бувають з'єднані між собою, тому можливе настання вагітності в рудиментарному рогові. Вона розвивається як позаматкова, при перериванні відбувається значна кровотеча, що потребує хірургічного втручання.

Діагностика полягає у проведенні огляду зовнішніх статевих органів, огляді шийки матки у дзеркалах, бімануальному дослідженні. Для уточнення діагнозу інколи необхідні УЗД, зондування порожнини матки, гістеросальпінгографія або контрастна сонографія.

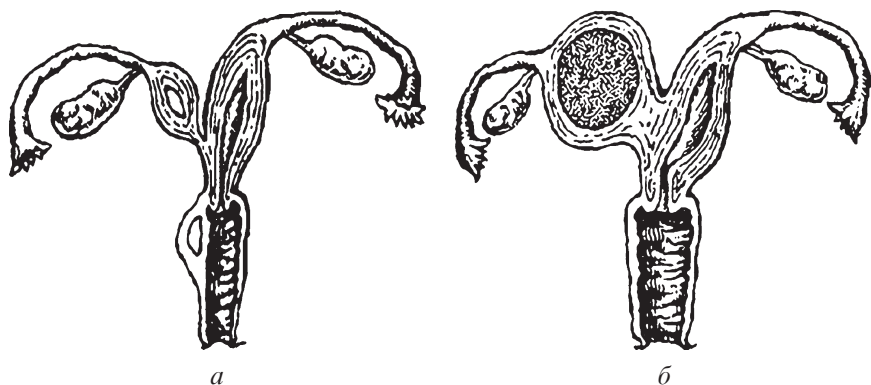


Рис. 22. Вади розвитку матки та піхви: *а* — рудиментарна права піхва, рудиментарний правий ріг матки; *б* — двоорога матка, рудиментарний правий ріг матки, гематометра

Лікування аномалій розвитку — хірургічне. Подвоєння матки та піхви, яке не порушує статевої та репродуктивної функції жінки, не потребує оперативного втручання; воно необхідне при наявності рудиментарного рога матки, якщо виникає скупчення менструальної крові або позаматкова вагітність. Перегородки у піхві діагностують переважно під час вагітності або пологів. Якщо вони перешкоджають народженню плода, їх розтинають.

Згідно з клінічним перебігом, аномалії розвитку матки та піхви класифікуються за двома групами:

1. Вади розвитку з одnobічною затримкою відтоку менструальної крові.

2. Вади без затримки відтоку крові.

Клінічна картина цих груп є різною.

У першій групі характерна особливість — наявність менструацій, що супроводжуються болем. При ректальному обстеженні пальпується тугоеластичне утворення, яке щільно прилягає до матки або розміщене за бічною стінкою піхви. Іноді гематокольпос другої піхви діагностують як кісту гартнерового ходу піхви, а нагромадження крові у матковому розі — як пухлину матки або яєчників.

Друга група аномалій розвитку перебігає безсимптомно у дівчат, які не живуть статевим життям. У інших випадках можливі утруднення при статевих зносинах, звичне невиношування, безплідність.

Діагностувати аномалії розвитку матки досить складно, особливо з одnobічною затримкою відтоку менструальної крові. Для цього використовують ультразвукове дослідження, гістеросальпінгографію та лапароскопію.

Форми подвоєння матки та піхви, якщо вони не супроводжуються порушенням відтоку менструальної крові, терапії не потребують. При одnobічній затримці відтоку менструальної крові, зумовленій аномаліями розвитку матки і піхви, рекомендується хірургічне лікування з максимальним відтинанням перегородки або видаленням функціонуючого рога матки. За умов вагітності в рудиментарному розі матки виконують лапаротомію з видаленням вагітного рога.

Недорозвинення статевих органів спостерігається у тих випадках, коли їх формування призупиняється у внутрішньоутробному або дитячому віці, а в зрілому віці залишаються анатомічні та функціональні особливості статевого апарату, які відповідають дитячому організму.

Порушення диференціації статевих органів залежно від терміну внутрішньоутробного розвитку

1. Однорога матка і відсутність нирки — 2–4-й тиждень.
2. Відсутність або недорозвинення труби, рудиментарний ріг — 4–5-й тиждень.
3. Подвоєння статевого апарату — 6–8-й тиждень.
4. Різноманітні варіанти часткового подвоєння матки — 7–18-й тиждень.
5. Порушення гістогенезу матки і труб — 28-й тиждень вагітності.

Клінічна картина уроджених аномалій розвитку статевих органів у період статевого дозрівання залежить від форми вади. У всіх пацієток при різних формах ВАРГ спостерігають жіночий фенотип з добре розвинутими вторинними статевими ознаками та нормальною функцією яєчників. Численні вади розвитку без затримки менструальної крові не проявляються в період статевого дозрівання.

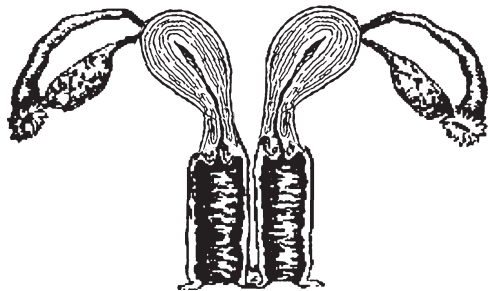
Аплазію матки та піхви можна запідозрити клінічно за відсутності менструації у віці 15 років і старше або при невдалій спробі статевого життя. За даними А. Г. Курбанової, у пацієток із синдромом Рокитанського — Кюстнера під час операції визначаються дві рудиментарні матки, розташовані пристінково, або одна матка, яка розташована в центрі малого таза. Функціонуюча рудиментарна матка при синдромі Рокитанського — Кюстнера за умов аплазії піхви виявляється у віці 17–19 років, коли з'являється біль, який щомісяця посилюється, а при ректальному обстеженні високо в порожнині малого таза пристінково на відстані 9–10 см від відхідника пальпується болісна матка округлої форми.

3-поміж численних вад розвитку геніталій у період статевого розвитку виражені клінічні прояви мають лише ті форми, які супроводжуються затримкою відтоку менструальної крові. До таких варіантів ВАРГ належать: атрезія гімена; аплазія частин або всієї піхви при функціонуючій матці (аплазія нижньої, середньої частин, двох третин або аплазія всієї піхви); подвоєння піхви та матки з частковою аплазією однієї піхви, додатковий замкнутий функціонуючий ріг матки.

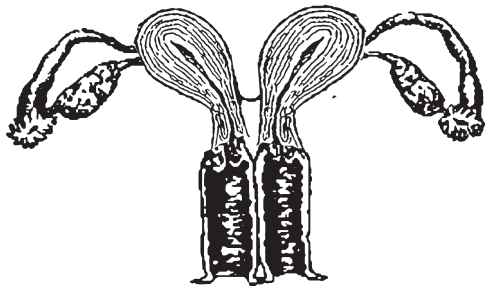
Аномалії розвитку матки є результатом уродженого дефекту з порушенням процесу злиття парамезонефральних ходів. Якщо вказані анатомічні ембріональні утворення не з'єднують-

ся, то формується *uterus didelphus* — дві матки, дві шийки матки та дві піхви (рис. 23).

Названі варіанти ВАРГ уперше клінічно проявляються з початком менструальної функції. Для двох перших видів вад розвитку геніталій характерним є поєднання «несправжньої» аменореї та больового синдрому, для третього і четвертого (при однобічній затримці відтоку менструальної крові) — альгоменорея.



a



b



v

Рис. 23. Подвоєння матки та піхви: а — повне; б — неповне; в — лівобічний гематокольпос при неповному подвоєнні матки, аплазія лівої піхви

Відсутність піхви (*aplasia vaginae*) є вадю розвитку, яка унеможливує здійснення менструальної, статевої та репродуктивної функцій жінки. Розвивається первинно (внутрішньоутробно) або вторинно внаслідок зарощення піхви після перенесених тяжких запальних процесів у ранньому дитинстві (віспа, дифтерія, скарлатина), дуже рідко — після тяжких пологових травм.

За умов часткової аплазії піхви виникає інтенсивніший біль, при менш сформованій частині піхви. Біль переймистий, інтенсивність його зростає, спочатку повторюється періодично, а з часом стає постійним. Розмір гематокольпосу у дівчат менший, ніж при атрезії гімена, а гематометра та гематосальпінкс утворюються частіше.

На ехограмі помітне розширення за рахунок

рідкого вмісту порожнини матки. Діагностичним ехографічним критерієм часткової аплазії піхви є наявність її особливої форми, а також протяжність гематокольпосу.

Для нормально функціонуючої матки за умов повної аплазії піхви характерні скарги на біль унизу живота, який турбує з 14–15 років. На місці піхви пальпується тяж, а в малому тазі визначається збільшена, щільна, болісна матка (гематометра). Іноді збоку від матки пальпуються гематосальпінкси у вигляді утворень витягнутої форми тугоеластичної консистенції. На ехограмі збільшена матка визначається в центрі малого таза з розширеною порожниною за рахунок рідкого вмісту, з обох боків від матки — труби витягнутої форми з рідким вмістом (гематосальпінкси). Яєчники нормальних розмірів, розташовані звичайно.

Труднощі виникають при лікуванні вказаної патології — аплазії всієї піхви при функціонуючій матці, особливо якщо у матці відсутня шийка або в шийці відсутній цервікальний канал.

Лікування хірургічне — пластична операція зі створення піхви з ділянки сигмоподібної кишки. Останнім часом поширена алопластика. Спроби створити піхву різними методами рідко приводять до бажаних результатів, оскільки нерідко операція ускладнюється інфікуванням, утворюються піометра і піосальпінкси.

Подвоєння матки та піхви без затримки відтоку менструальної крові в пубертатному віці виявляється при обстеженні тільки як випадкова знахідка. Більшість аномалій матки і піхви клінічно проявляються саме в цьому віці та характеризуються повною або частковою затримкою менструальної крові, коли є друга замкнута рудиментарна піхва та другий рудиментарний ріг матки.

Формування замкнутого додаткового рудиментарного рога матки пов'язане зі значним відставанням у розвитку одного із мюллерових ходів. Якщо рудиментарний ріг має порожнину, вона може з'єднуватися з порожниною основної матки. За наявності додаткового замкнутого рога матки больовий синдром найбільш виражений. Переймистий біль з'являється через 3–6 міс. після менархе, він супроводжує кожен менструацію та посилюється з кожним циклом.

При додатковому замкнутому функціонуючому розі з боку від матки, розміри якої відповідають віку, пальпується щільне (різко болісне) утворення невеликих розмірів. При вагіноскопії відхилень від норми не виявляють.

Клініка перебігу захворювання є визначальною в діагностиці додаткового замкнутого функціонуючого рога матки. Ехограма показує утворення, яке за структурою нагадує матку, тісно з нею пов'язане, але розташоване асиметрично щодо дна матки. Ці ехографічні ознаки вказують на наявність другого рудиментарного рога матки.

У дівчат з подвоєнням матки та піхви, з частковою аплазією однієї з них біль супроводжує кожну менструацію, причому альгоменорея частіше проявляється через декілька місяців після менархе (після утворення гематокольпосу певних розмірів). Характер болю ідентичний тому, що й при аплазії нижньої третини піхви, але локалізується зазвичай з боку гематокольпосу.

У деяких дівчат больові відчуття під час менструації незначні, однак у них з'являються в міжменструальний період гнійні або мажучі кров'янисті виділення, що вказує на наявність отвору в перегородці між замкнутою й основною піхвами. При вагіноскопії виявляють випинання однієї зі стінок піхви за рахунок гематокольпосу частково аплазованої другої піхви, тому шийка матки не завжди доступна для огляду. Інколи визначають точкові отвори, які ведуть у другу піхву. При ректальному обстеженні вище входу в піхву пальпується пухлиноподібне утворення тістуватої консистенції з нечіткими контурами, зміщене вбік.

На ехограмі при поперечному скануванні визначають дві матки, які розташовані симетрично або асиметрично. Матки за розмірами й акустичними властивостями однакові та відповідають віковій нормі.

У деяких дівчат на боці замкнутої піхви довжина матки збільшена і порожнина розширена за рахунок рідкого вмісту — гематометри.

За допомогою ехографії встановлено, що взаємне розташування маток може бути різним: вони розміщуються пристінково або на деякій відстані одна від одної, або щільно прилягають одна до одної на всьому протязі, або з'єднані тільки в ділянці шийок; при цьому визначаються два цервікальних канали. Два яєчники розташовуються біля маток, розміри їх відповідають віковій нормі.

При ультразвуковому обстеженні ділянки піхви визначається розширення за рахунок рідкого вмісту, частіше з дрібнодисперсною зависсю, порожнина замкнутої рудиментарної піхви розташована низько, ззаду сечового міхура, ближче до стінки. Роз-

міри гематокольпосу залежать в основному від висоти аплазії піхви та кількості нагромадженого в ній вмісту. На боці аплазованої піхви можуть візуалізуватися гематометра і гематосальпінкс.

Після оперативного відновлення прохідності замкнутої піхви при контрольному УЗД органів малого таза на ехограмі в більшості випадків визначається повне вивільнення замкнутої піхви. У деяких пацієнок виявляють залишкову порожнину, що вказує на необхідність повторного хірургічного втручання.

До форм ВАРГ, що рідко трапляються, належать вади розвитку статевих органів у поєднанні з аномаліями розвитку інших систем, найчастіше — сечовидільної. Аплазія матки та піхви інколи поєднується з тазовими нирками. У 100 % випадків — з подвоєнням матки і піхви та частковою аплазією однієї з них, на ехограмі визначається агенезія нирки на боці замкнутої піхви. Друга нирка або збільшена в розмірах і нормальної структури, або ж у ній проявляються ехографічні ознаки пієло-нефриту з розширенням чашково-мискової системи, а інколи — з її подвоєнням.

У зв'язку з частим поєднанням вад розвитку статевих органів з аномаліями сечовидільної системи доцільно проводити дослідження даних систем паралельно.

Розділ 8

ПУХЛИНИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Морфологічні різновиди пухлин у дівчат зумовлені особливостями анатомічної та гістологічної будови яєчників.

Структура яєчника складається з таких шарів:

- 1) епітеліального покритву, який представлений щільним кубічним епітелієм;
- 2) білкової оболонки;
- 3) кіркового шару, в якому знаходиться значна кількість примордіальних фолікулів, що містять яйцеклітини;
- 4) мозкового шару, який містить кровоносні судини та нерви.

Фолікул містить сполучнотканинну оболонку (теку), яка складається із зовнішньої та внутрішньої частин. Внутрішня поверхня фолікула вистелена фолікулярним епітелієм, з якого формується зерниста (гранульозна) оболонка, тісно пов'язана з дозріванням яйцеклітини. Разом з тека-тканиною вона бере участь у експресії естрогенних гормонів. Після виходу яйцеклітини з фолікула клітини гранульозної оболонки перетворюються в лютеїнові, які наприкінці менструального циклу зазнають зворотного розвитку. Проміжна тканина кіркового шару містить хілюсні клітини, які екскретують андрогени.

З тканини яєчника можуть розвинутися пухлиноподібні або ретенційні утворення та справжні пухлини яєчника.

КІСТИ ЯЄЧНИКА

Ретенційні утворення яєчника (кісти) не здатні до проліферації (їх називають несправжніми пухлинами), утворюються в результаті затримки або надмірної секреції рідини в преформованих порожнинах.

Кісти яєчника можуть утворюватися з фолікула, жовтого тіла, параоварія (епафорона), ендометрія, який імплантувався на поверхні яєчника. Залежно від походження кісти поділяють на фолікулярні, жовтого тіла, параоваріальні й ендометріодні. Збільшення об'єму кісти за рахунок транссудації може призвести до атрофії яєчничової тканини й утворення великої за розмірами кісти яєчника.

Діагностику фолікулярної кісти та кісти жовтого тіла проводять при ректоабдомінальному дослідженні. Визначається одностороннє невелике гладенькостінне рухоме утворення. Наявність справжньої пухлини яєчника є показанням до оперативного лікування. Операцію виконують при значній рухливості кісти (можливий перекут ніжки кісти) та за наявності болю. Перевагу віддають лапароскопії.

Параоваріальні кісти мають дещо більші розміри, ніж кісти яєчника, вони малорухомі, оскільки розміщені між листками широкої зв'язки. У дівчат-підлітків трапляються нечасто. Особливістю, яка властива дитячому і юнацькому віку дівчини, є виявлення параоваріальних кіст із сосочковими розростаннями на внутрішній поверхні капсули. За наявності параоваріальних утворень початок менархе та менструальної функції, як правило, не порушується. Параоваріальні кісти є показанням до оперативного втручання, яке передбачає енуклеацію кісти, переважно лапароскопічним шляхом, але в жодному разі не можна видаляти яєчник і трубу ураженої сторони.

Ендометріодні кісти яєчника рідко трапляються у віці до 20 років. Наявність ендометріодних кіст у підлітковому віці, як правило, пов'язана з аномалією розвитку внутрішніх статевих органів.

На внутрішній поверхні ендометріодних кіст виявляють ущільнені ділянки тканини, які за будовою подібні до ендометрія. Ці утворення реагують на циклічні менструальні зміни кровотечею і сприяють утворенню спайок. Нерідко утворюють конгломерат пухлини і спаяних між собою придатків матки, а також спайки з парієтальною очеревиною та сальником. Діагностика ендометріодних кіст яєчника часто утруднена. Дівчат турбує біль унизу живота і в попереку, який посилюється під час менструації. Поєднання подібних скарг із збільшенням пухлини в період, до- і під час менструацій при нормальній температурі тіла і без відхилень з боку аналізу крові вказує на наявність ендометріозу яєчника.

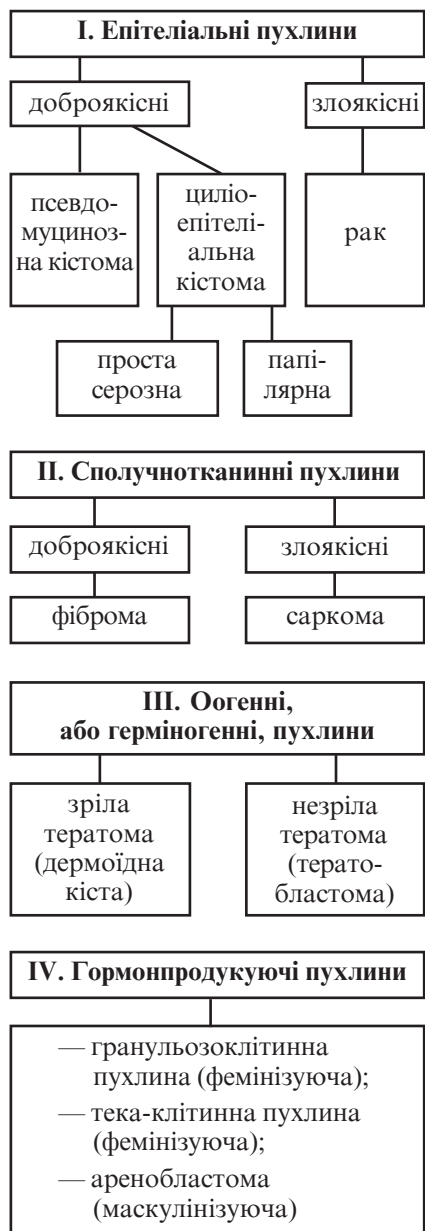


Рис. 24. Класифікація пухлин яєчника

Чітку картину отримують при діагностичній лапароскопії. Перевагу віддають лапароскопічному оперативному лікуванню, під час якого проводять вишування ендометріюідних кіст.

Справжні пухлини яєчника поділяють на доброякісні та злоякісні, характер яких залежить від тканини, з якої проростає пухлина (рис. 24).

Доброякісні епітеліальні пухлини яєчника називають кістомами. Як справжні пухлини, кістоми мають здатність до проліферації. Розрізняють псевдомуциозні та циліоепітеліальні кістоми. Кістоми яєчника виявляють, як правило, з початком менструації.

Псевдомуциозна кістома (або залозиста) зовні покрита зародковим епітелієм, далі — наявний шар волокнистої сполучної тканини, внутрішня поверхня капсули пухлини вистелена одношаровим епітелієм. Кістома — багатокамерне утворення, її камери заповнені псевдомуцином. Розрізняють псевдомуциозні кістоми з гладенькою внутрішньою поверхнею без мітозів і проліферуючі псевдомуциозні кістоми з оксамитовим ворсинчастим епітелієм, який покриває сосочкові розростання в камерах, із незначними мітозами в епітелії. Пухлина сягає значних розмірів, вона рухома (має ніж-

ку), частіше однобічна, рідко розміщується між зв'язками і не супроводжується асцитом, відносно рідко перероджується в рак. У їх діагностиці віддають перевагу ендоскопії. При псевдомуцинозній кістомі у дівчат видаляють уражений пухлиною яєчник, якщо другий яєчник макроскопічно незмінений. Під час оперативного втручання необхідно провести термінове гістологічне дослідження видаленої пухлини до завершення операції й оглянути внутрішню поверхню видаленої кістоми для виключення малігнізації. В усіх випадках обов'язкова ревізія органів черевної порожнини (печінки, шлунка, сальника, очеревини).

Циліоепітеліальна кістома, як і псевдомуцинозна, вистелена зародковим епітелієм, містить сполучнотканинну капсулу, внутрішня поверхня якої покрита зародковим епітелієм, зсередини кістома вистелена кубічним і миготливим одношаровим епітелієм, що здатний до утворення сосочків. Кістома заповнена серозним вмістом, найчастіше двобічна і невеликих розмірів, нерідко розміщується між зв'язками, може супроводжуватися асцитом, відносно часто перероджується в рак, оскільки клітини кістоми характеризуються високим ступенем проліферації. Численні сосочки вистилають капсулу, іноді проростають через неї на зовнішню її поверхню. Епітелій, який покриває сосочки, зазвичай одношаровий. У деяких випадках стискається рідиною й атрофується, втрачає здатність до проліферації. Таким чином, утворюється різновид циліоепітеліальної кістоми — серозна кістома. В інших випадках вміст кістоми незначний або відсутній, а пухлина є конгломератом сосочкових розростань (папілярна циліоепітеліальна кістома). При простій серозній кістомі обсяг оперативного втручання — видалення яєчника. Сосочкова циліоепітеліальна кістома внаслідок виражених проліферативних процесів потребує радикального оперативного втручання. При ураженні одного яєчника, якщо сосочкові розростання розміщуються на внутрішній поверхні капсули пухлини, можливе однобічне видалення придатків матки. Якщо уражено два яєчники або сосочкові розростання проникають на поверхню капсули кістоми, виконують надпідхову ампутацію матки з придатками з обох сторін і резекцію сальника з подальшою хіміотерапією.

Фіброма яєчника (сполучнотканинна пухлина) — однобічне утворення, іноді чималих розмірів, трапляється у дівчат зрідка. Фіброма яєчника є показанням до його видалення.

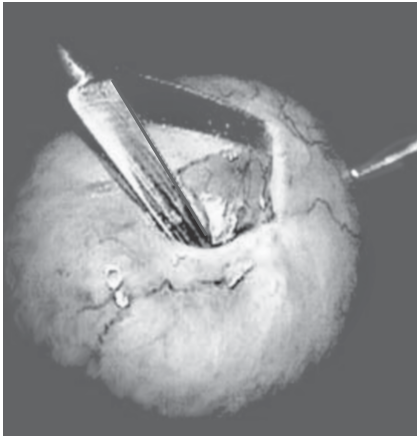


Рис. 25. Розтин яєчника при ену-
клеації дермоїдної кісти. Капсула
кісти інтактна

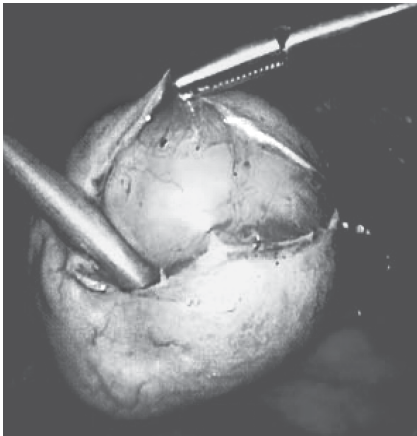


Рис. 26. Аквадисекція кісти від
тканини яєчника. За необхідності
розтин яєчника дещо збільшують
для полегшення енуклеації кісти

Дермоїдна кіста (доброякісна оогенна пухлина) — зріла тератома, яка належить до пухлиноподібних утворень яєчника (кіста). Характеризується відсутністю проліферативних елементів капсули дермоїдної кісти. У злоякісну пухлину трансформується дуже рідко.

Зріла тератома (дермоїдна кіста) є однією з найпоширеніших пухлин яєчників у дітей, може траплятися навіть у новонароджених.

Дермоїди яєчника відрізняються повільним ростом, перебігають зазвичай безсимптомно. Рідко з'являються ниючий біль унизу живота, що швидко минає, дизуричні явища внаслідок механічного тиску дермоїда на сечовий міхур. Дермоїдні кісти відрізняються значною рухливістю. Величина пухлини може бути різною, не перевищує 12–15 см у діаметрі. Пухлина переважно однобічна, округлої форми, нерівномірно щільноеластичної консистенції, поверхня гладенька, колір жовтуватий (або білуватий з різними відтінками). Як правило, дермоїдні кісти на ніжці і рідко розміщуються між зв'язками. Дермоїд є переважно

однокамерною кістою (рідко спостерігається багатокамерна структура), яка заповнена жировою тканиною — тканинами ектодермального походження та волоссям (рис. 25–27).

Відмітними ознаками дермоїдних кіст є їх типове розміщення спереду і збоку від матки, а також значна рухливість.

Лікування зрілих тератом хірургічне. Перевагу віддають лапароскопічному хірургічному втручанню. Прогноз сприятливий. Переродження їх у злоякісні пухлини спостерігається у 1,7 % випадків.

Тератобластома — незріла пухлина, належить до групи злоякісних новоутворень яєчника, посідає перше місце серед злоякісних пухлин у дівчат. Розміри пухлини значні, сягають до 20 см у діаметрі, форма у вигляді неправильно овоїда або округла. Колір пухлини білуватий, консистенція м'яка, місцями може бути щільною, поверхня горбкувата або гладенька. Кістозні порожнини мають різну величину з рідким вмістом. Макроскопічно пухлини можуть містити кісткову, хрящову, жирову тканини, зуби і зрідка волосся.

Пухлина вирізняється швидким ростом, проростає капсулу й очеревину, дає метастази в позаочеревинні лімфовузли, легені, печінку, головний мозок. Дівчатка з незрілою тератомою яєчника зазвичай скаржаться на біль унизу живота, загальну слабкість, в'ялість, швидко втому, зниження працездатності. Менструальна функція не порушена. На пізніх стадіях розвитку пухлини спостерігають кахексію, асцит і підвищення температури тіла. У крові виявляють зміни, що характерні для злоякісних пухлин.

Лікування хірургічне — надпівхова ампутація матки з придатками і подальшою променевою терапією. Прогноз несприятливий.

Дисгермінома — здебільшого злоякісна пухлина, розвивається з первинних гонад (синоніми: семінома, геноцитома, ембріоцитома). Майже в половині випадків дисгермінома розвивається в дитячому віці.

Величина пухлини різна, форма округла, часто горбкувата або з гладенькою поверхнею, має виражену капсулу. Колір пухлини білуватий. Консистенція може бути щільною, туго-

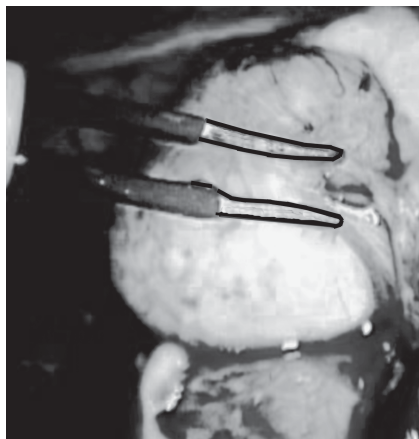


Рис. 27. Біполярна коагуляція «ніжки» кісти близько від воріт яєчника

еластичною, тістуватою або мозкоподібною. Частіше дисгермінома виникає в одному з яєчників. Двобічні пухлини трапляються у 8–12 % випадків.

При розвитку дисгерміном у дівчат, як правило, відмічається гіпоплазія статевих органів і недорозвинені вторинні статеві ознаки, майже завжди — пізній початок менструації. Пухлинний ріст супроводжується розладами менструального циклу. Довготривала аменорея (4–6 міс.) може змінюватися матковими кровотечами.

Скарги на тупий ниючого характеру біль унизу живота з частим сечовипусканням, загальним нездужанням, слабкістю, сонливістю. Дівчатка швидко втомлюються. У незададених випадках картина крові зазвичай без будь-яких особливих змін. При некрозі пухлини і швидкому її рості виникає незначне підвищення вечірньої температури тіла, ШОЕ. У крові з'являється зміщення лейкоцитарної формули вліво. Метастази зазвичай проникають у парааортальні лімфатичні вузли.

Лікування — хірургічне, з подальшою променевою терапією. При однібічній пухлині без ознак метастазів за межі ураженого яєчника обмежуються її видаленням. Під час оперативного втручання необхідно обережно поводитися з пухлиною. Порушення цілісності капсули значно погіршує прогноз захворювання. При метастазуванні пухлини за межі одного яєчника рекомендується радикальна операція — видалення придатків і матки з подальшою рентгенотерапією. Як первинна пухлина, так і метастатичні вузли добре піддаються рентгенотерапії.

Гранульозоклітинна пухлина розвивається з гранульозної тканини, яка за будовою подібна до зернистого епітелію зрілого фолікула. При цьому зростає рівень естрогенів (фемінізуюча дія), у дівчат відмічається передчасне статеве дозрівання. Пухлина частіше однібічна, зазвичай доброякісна, але нерідко і злоякісна. При гранульозокістозних пухлинах лікування полягає у видаленні ураженого яєчника та подальшому ретельному диспансерному нагляді за хворою дівчиною.

Текома — *текаклітинна пухлина*, яка у дівчаток трапляється надзвичайно рідко і має фемінізуючу дію на організм. Пухлина складається з клітин, подібних до текаклітин, що дозрівають, і атрезуючих фолікулів. Розміри пухлини — від горошини до голови дорослої людини: як правило, вона однібічна, щільна.

За наявності пухлини в організмі підвищується рівень естрогенів. При гістологічному дослідженні зскрібка з матки визна-

чають залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія. Лікування текаклітинної пухлини — тільки оперативне.

Із хілюсних клітин яєчника, які екскретують андрогени, може виникати *аренобластома*, яка характеризується маскулінізуючою дією. Утворені при цьому в надлишку андрогени пригнічують функцію гіпофіза, і тому спричиняють зниження рівня естрогенів в організмі. Основною клінічною ознакою є дефемінізація (на фоні цілковитого здоров'я виникає аменорея, зменшуються молочні залози), а згодом з'являються чоловічі ознаки — грубшає тембр голосу, оволосіння за чоловічим типом, контури тіла й обличчя набувають чоловічих рис. Лікування аренобластоми оперативне: у дівчаток можна обмежитися лише видаленням пухлини.

Пухлини яєчників у дітей характеризуються різноманітними клінічними симптомами. Безсимптомний перебіг пухлин, як правило, виявляють під час профілактичних оглядів. У цих випадках пухлину яєчника диференціюють з блукаючою ниркою та пухлинами інших органів черевної порожнини і позаочеревинного простору.

За наявності різкого больового синдрому диференційний діагноз проводять із гострим апендицитом, інвагінацією, кишковою непрохідністю, апоплексією яєчника, з аномаліями розвитку дівочої пліви та перегородкою піхви, що призводять до розвитку гематокольпосу і гематометри. Для уточнення причини «гострого живота» рекомендується діагностична лапароскопія або діагностична лапаротомія.

До ускладнень при пухлинах яєчників належать перекрут ніжки пухлини, розрив капсули кісти або кістоми, спайковий процес між кістомою та суміжними органами і злоякісні переродження пухлин. Найчастіше ускладнення у дівчаток — перекрут ніжки пухлини або пухлиноподібних утворень. Інколи трапляється перекрут незмінених придатків, при якому спостерігають типову картину гострого живота.

Перекрут ніжки кісти або кістоми. Анатомічно ніжка кістоми складається з розтягнутих лікотозової, власної зв'язки яєчника і його брижі. У ніжці кістоми проходять судини, що постачають кров до пухлини (яєчникова артерія, гілка висхідної частини маткової артерії), лімфатичні судини і нерви. Розрізняють також хірургічну ніжку — утворення, яке доводиться розтинати при видаленні пухлини. Найчастіше до хірургічної ніжки, крім анатомічної, входить перерозтягнута маткова труба.

Перекрут ніжки пухлини відбувається у зв'язку з різкими рухами, зміною положення тіла, фізичним навантаженням, раптово (гостро) або поступово і буває повним або частковим. При повному перекруті ніжки пухлини різко порушується її кровопостачання. Виникають крововилив і некроз. Клінічно це проявляється картиною «гострого живота»: раптовий різкий біль, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга, нерідко нудота або блювання, парез кишечника, затримка випорожнення та газів. Стан хворої дівчини погіршується, з'являються блідість шкіри і холодний піт. Підвищується температура тіла, прискорюється пульс, знижується артеріальний тиск. Пухлина збільшується в розмірах за рахунок набряку і крововиливів, пальпування її викликає різкий біль. Лікування — оперативне. Під час оперативного втручання ніжку пухлини розкручувати не рекомендують, оскільки в кровеносних судинах ніжки знаходяться тромби, які можуть призвести до тромбоемболії. Зволікання з операцією призводить до некрозу тканин пухлини, приєднання вторинної інфекції, спайкового процесу пухлини з суміжними органами та виникнення перитоніту.

За умов часткового перекруту ніжки пухлини, коли вказані явища мають менш виражений характер і відсутні ознаки ішемії та некрозу тканин, при лапароскопічному втручанні можливе розкручування ніжки пухлини, якщо не минуло 6 год від початку перекруту ніжки кісти.

При повному перекруті ніжки кістоми клінічна картина, як правило, настільки класична, що дозволяє встановити діагноз.

Для уточнення діагнозу застосовують додаткові методи дослідження:

— рентгенологічне обстеження шлунково-кишкового тракту, включаючи іригоскопію, що дозволяє уточнити характер пухлини яєчника, визначити стан кишечника та його відношення до пухлини;

— оглядову рентгенографію органів малого таза, що допомагає виявити кісткові вклучення, характерні для дермоїдних кіст;

— урографію;

— лапароскопію;

— газову і біконтрастну рентгенопельвіографію;

— за відсутності лапароскопії — діагностичну лапаротомію (особливо у тих випадках, коли інші методи діагностики з будь-якої іншої причини неможливо застосувати).

Діагностика пухлин і пухлиноподібних утворень матки та її придатків у дівчат становить чималі труднощі. Лікар-гінеколог має завжди пам'ятати про можливість виникнення пухлин у дівчинки-підлітка. Скарги дівчинки на біль унизу живота, зміна її поведінки є показанням до консультації у дитячого гінеколога.

Анатомічні особливості локалізації матки і придатків у дітей часто призводять до високого розташування пухлини за межами малого таза, навіть при незначних її розмірах, тому, за необхідності, слід провести ректально-абдомінальне дослідження під наркозом.

Диференційну діагностику пухлин і пухлиноподібних утворень придатків у дівчат проводять з апендицитом, особливо за наявності перекруту ніжки пухлин, тому бажано, щоб проводився спільний огляд дівчинки педіатром, дитячим гінекологом і дитячим хірургом.

Оперативні втручання у дівчат-підлітків з приводу пухлин статевих органів повинні бути максимально щадними, зі збереженням репродуктивних органів. За наявності справжньої пухлини слід виконувати її вилучення, залишаючи незмінною тканину яєчників. Проте дівчата після видалення пухлин повинні знаходитися під постійним диспансерним наглядом лікаря-акушера-гінеколога.

Видаляти придатки необхідно лише за умови перекруту ніжки пухлини, якщо тканина яєчника настільки змінена, що залишати її неможливо.

Особливе значення для дівчат має проведення термінового гістологічного дослідження вилученого органа, оскільки він визначає обсяг оперативного втручання. Радикальне оперативне втручання повинно бути обґрунтованим гістологічним підтвердженням злякисного новоутворення.

Розділ 9

«ГОСТРИЙ ЖИВИТ» У ГІНЕКОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ. ТРАВМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ

«ГОСТРИЙ ЖИВИТ» У ГІНЕКОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Захворювання жіночих статевих органів у дівчат, при яких спостерігається клініка «гострого живота», залежно від патогенезу поділяють на такі групи:

1. Гострі кровотечі із внутрішніх статевих органів.
2. Раптове порушення кровообігу внутрішніх статевих органів.
3. Розрив піосальпінксу (гнійника труби) або піовару (абсцес яєчника з подальшим розвитком перитоніту).

Гострі внутрішні кровотечі найчастіше виникають при порушеній позаматковій вагітності й апоплексії яєчника.

Позаматкова вагітність

Найчастіше виникає трубна вагітність (трапляється у 98–99 % випадків позаматкової вагітності). Залежно від місця імплантації яйцеклітини трубну вагітність поділяють на вагітність у ампулярному, істмічному й інтерстиціальному відділах труби.

До рідкісних форм позаматкової вагітності належать:

1. Яєчникова вагітність (інтрафолікулярна, епіофоральна) — 0,1–0,7 %.
2. Черевна вагітність (сальникова, підпечінкова, прямокишково-маткового заглиблення та ін.) — 0,3 %:
 - а) первинна — імплантація відбувається в черевній порожнині;
 - б) вторинна — імплантація відбувається в трубі, після чого внаслідок трубного абортів яйцеклітина імплантується в черевній порожнині.
3. Вагітність рудиментарного рога матки — 0,1–0,9 %.
4. Шийкова вагітність — 0,1 %.

Причини ризику розвитку позаматкової вагітності у дівчат:

— хронічні запальні захворювання внутрішніх статевих органів, при яких змінюється анатомічна структура маткових труб. Запалення слизової оболонки, набряк і наявність запального ексудату сприяють утворенню спайок, що перешкоджає нормальному просуванню заплідненого яйця в порожнину матки. Хронічний сальпінгіт підвищує ризик позаматкової вагітності у 7 разів;

— аномалії розвитку маткових труб (дивертикули, додаткові утвори, інфантилізм);

— спайковий процес у малому тазі внаслідок ендометріозу або гострого апендициту, інфекційних процесів;

— хірургічні втручання на маткових трубах (перев'язка, органозберігаючі операції з приводу позаматкової вагітності);

— використання внутрішньоматкових систем (ВМС);

— прийом міні-пілей та ін'єкції медроксипрогестерону, які призводять до зниження моторики маткової труби, й інші причини.

Розрізняють прогресуючу позаматкову вагітність і таку, що перервалася. Переривання може відбутися за типом трубного аборту або завершитися розривом маткової труби (рис. 28–30).

Клініка позаматкової вагітності різноманітна і залежить від характеру її переривання.

Характерними клінічними симптомами *трубно́ї вагітності*, що розвивається, є: затримка менструації від декількох днів до декількох тижнів; суб'єктивні відчуття, які виникають у вагітної дівчини; біль в одній із здухвинних ділянок, який на-

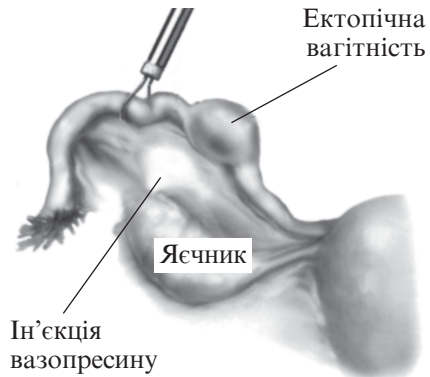


Рис. 28. Уведення судинозвужувального агента в мезосальпінкс

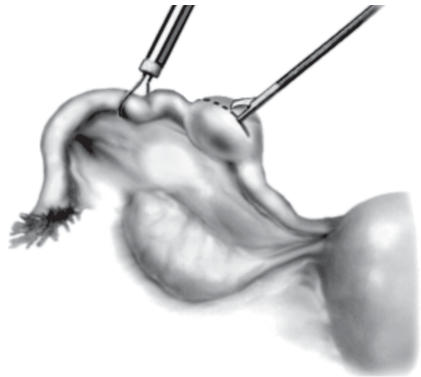


Рис. 29. Лінійна сальпінготомія

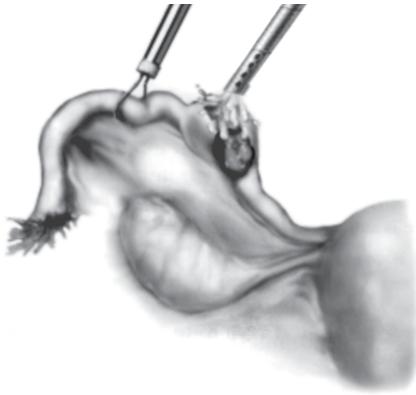


Рис. 30. Гідродисекція. Видалення хоральної тканини через розтин труби

плече, лопатку (френікус-симптом) і нерідко у дівчат супроводжується втратою свідомості, зниженням артеріального тиску, тахікардією, пульсом слабого наповнення, холодним потом. Можуть виникнути нудота, блювання, блідість шкірних покривів і слизових оболонок, ціаноз обличчя. При пальпації відмічається різка болісність живота, позитивний симптом Щоткіна. При піхвовому дослідженні виявляють значні кров'яністі виділення. Матка дещо збільшена, рухомість її підвищена («плаває»); у ділянці придатків матки визначають пастозність або пухлинне утворення; склепіння нависає, характерною ознакою є «крик Дугласа».

Клінічна картина трубного аборту (спостерігається при імплантації плідного яйця в ампулярному відділі труби): в анамнезі затримка менструації; переймистий біль унизу живота; при піхвовому дослідженні — значні кров'яністі виділення, пальпується дещо збільшена м'яка матка, в ділянці придатків матки пухлинне утворення, болісне при пальпації, рухомість обмежена, інколи склепіння сплющене, його болісність виражена незначно.

Методи діагностики позаматкової вагітності:

1. Позитивний тест на вагітність.
2. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння (при позаматковій вагітності, що перервалася, отримують кров, яка не згортається).
3. Лапароскопія та кульдоскопія (візуалізується маткова труба синюшно-багрового кольору).

ростає залежно від прогресування терміну вагітності; болісність живота при пальпації різного ступеня вираженості; м'яка, дещо збільшена матка, розміри якої не відповідають гестаційному терміну вагітності; об'ємне утворення в ділянці придатків матки, яке в динаміці спостереження збільшується.

Клінічна картина трубної вагітності, що перервалася шляхом розриву труби (характерна при імплантації плідного яйця в істмічному й інтерстиціальному відділах труби), характеризується різким болем унизу живота, що іррадіює в

4. Гістеросальпінгографія (у трубі спостерігається характерна картина — порожнина заповнена контрастною рідиною, має форму півмісяця).

5. УЗД (плідне яйце візуалізується в матковій трубі).

6. Визначення вмісту прогестерону (при фізіологічній вагітності в ранні терміни рівень прогестерону вище 25 нг/мл, при позаматковій вагітності — нижче 5 нг/мл).

7. Дослідження вмісту ХГ (у 85 % випадків позаматкової вагітності концентрація β -субодиниці ХГ збільшується менше ніж удвічі протягом 48 год).

Диференційна діагностика позаматкової вагітності у дівчат проводиться з запальним процесом, матковим викиднем, гострим апендицитом (табл. 20).

Таблиця 20

**Диференційно-діагностичні ознаки трубного викидня
і гострого запалення придатків матки**

Ознака	Трубний викидень	Запалення придатків
Затримка місячних	3–5 тиж.	Не буває
Суб'єктивні ознаки вагітності	Наявні	Відсутні
Температура тіла	Не підвищена	Підвищена
Біль	Гострий у вигляді нападу	Болі розвиваються поступово
Непритомний стан	Є	Немає
Френікус-симптом	Позитивний	Відсутній
Розміри матки	Збільшена в розмірах	Нормальних розмірів
Зміщення матки	Різко болісне	Не болісне
Маткові труби	Збільшення розмірів маткової труби (тістувата консистенція)	Двобічне запалення придатків матки
Виділення	Темно-коричневі	Відсутні
Пункція заднього склепіння	Кров	Серозна рідина
Імунологічні реакції	Позитивні	Негативні
Протизапальна терапія	Неефективна	Ефект від лікування
Ознаки інтоксикації	Відсутні	Явища загальної інтоксикації

Лікування. Позаматкова вагітність, що перервалася, підлягає терміновому оперативному лікуванню. Проводять видалення патологічно зміненої труби. Оперативне втручання повинно початися не пізніше як через 30–40 хв після встановлення діагнозу. У зв'язку з частим розвитком гіповолемічного шоку проводять переливання замороженої плазми, вживають протишоквих заходів. Під час операції можлива реінфузія автокрові.

3-поміж консервативних операцій при трубній вагітності перевагу віддають лапароскопії.

Види операцій:

— при локалізації плідного яйця в ампулярному відділі можливе щадне його витискування (штучний трубний аборт);

— при розташуванні плідного яйця в інтерстиційному відділі вирізають ділянку маткової труби і відновлюють її прохідність або ж проводять сальпінготомію.

Показання до проведення лапароскопії у дівчат з позаматковою вагітністю такі:

— діагностування позаматкової вагітності;

— лікування позаматкової вагітності при локалізації плідного яйця в істмічному або ампулярному відділах маткової труби та діаметрі ураження маткової труби не більше 5 см;

— обсяг лікування — сальпінготомія, сальпінгектомія, інтраовулярне введення метотрексату.

При малому терміні яєчникової вагітності проводять резекцію яєчника, зрідка — оваріектомію. При вагітності, що розвивається в додатковому розі матки, видаляють плідне яйце разом з додатковим рогом матки.

У 40–50 % пацієток юного віку з приводу позаматкової вагітності виникають неплідність, повторна ектопічна вагітність, запальний процес. Проведення реабілітаційних заходів є необхідним. Після оперативного втручання призначають комплекс лікувальних заходів, що спрямовані на профілактику спайкового процесу. З 4–5-го дня після операції проводять гідротубації (розчинами новокаїну, гідрокортизону, протеолітичних ферментів). Гідротубації виконують щодня (15 процедур на курс лікування) в комбінації з ультразвуковою терапією. Через 2 міс. після операції призначають індуктотермію, імуностимулятори, протеолітичні ферменти і повторюють курс гідротубації, за 3–4 міс. курс лікування повторюють.

Апоплексія яєчника

Ця патологія пов'язана з порушенням цілості тканини яєчника та кровотечею у черевну порожнину. Кровотечі можуть виникати з фолікулярної кісти, самого фолікула під час овуляції, кісти жовтого тіла та зі строми яєчника.

У патогенезі апоплексії яєчника відіграють роль особливості фізіологічних змін тканини яєчника, які відбуваються протягом менструального циклу. Овуляція, посилена васкуляризація тканин жовтого тіла, передменструальна гіперемія яєчника — все це може призвести до утворення гематоми, порушення цілості тканин і кровотечі в черевну порожнину, об'єм якої різний — від 50 мл до 2–3 л. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні травми тощо. Вона може бути також пов'язана з розладами нейроендокринних процесів у організмі дівчини. Це підтверджує той факт, що апоплексія часто виникає в середині менструального циклу або перед менструацією, коли в крові є велика концентрація гонадотропних гормонів передньої частки гіпофіза. Кровотечі з яєчника можуть призвести до захворювання крові з порушенням її згортання. За останні 10–15 років зафіксовано зростання кровотеч внаслідок апоплексії, які пов'язані з тривалим прийомом антикоагулянтів хворими після протезування серцевих клапанів.

Розрив яєчника може виникати в різні фази менструального циклу, але переважно у другу фазу, тому вказана патологія часто визначається терміном «розрив жовтого тіла».

Розрив жовтого тіла може відбуватися при матковій та ектопічній вагітності. Приблизно у 2/3 випадків уражається правий яєчник, що пояснюється топографічною близькістю апендикса або відмінностями венозної архітектури правого та лівого яєчників.

Клініка. Апоплексія яєчника частіше виникає у дівчат пубертатного віку з двофазним менструальним циклом. Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову та змішану.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з травмою, фізичним навантаженням, статевими зносинами, але може виникнути і без видимої причини.

Гострі інтенсивні болі в животі з'являються в другій половині або у середині циклу. У третини дівчат напад передусе відчуття дискомфорту в черевній порожнині, який триває 1–2 тиж. Болі можуть локалізуватися над лобком, у правій або лівій здухвинних ділянках. Нерідко болі іррадіюють у відхідник, зовнішні статеві органи, крижі, може спостерігатися френікус-симптом.

Больовий напад у пацієток супроводжують слабкість, нудота, інколи блювання, холодний піт, запаморочення. При огляді привертають увагу блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла. Залежно від об'єму крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо здутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація виявляє загальну болісність унизу живота або в одній із здухвинних ділянок. Симптоми подразнення очеревини виражені по-різному. Перкусією живота можна виявити в черевній порожнині наявність вільної рідини. При огляді в дзеркалах — нормального кольору або бліда слизова оболонка піхви й екзоцервікса, геморагічні виділення з цервікального каналу відсутні. При бімануальному дослідженні (досить болісному) визначають нормальних розмірів матку, інколи збільшений болісний яєчник. При значній кровотечі — нависання заднього і/або бічного склепіння піхви. У клінічному аналізі крові — картина анемії.

Больова форма апоплексії спостерігається при крововиливі у тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі або з невеликою кровотечею в черевну порожнину. Захворювання починається гостро з нападу болей унизу живота, які супроводжуються нудотою і блюванням на фоні нормальної температури тіла. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні: шкіра та слизові оболонки звичайного кольору, частота пульсу та величина артеріального тиску в межах норми. Язик вологий, без нашарувань. Живіт м'який, але може спостерігатися деяке напруження м'язів черевної стінки у здухвинних ділянках. Пальпація живота болісна в нижніх відділах, частіше справа, там же визначаються помірно виражені симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів відсутні. При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають нормальних розмірів матку, зміщення якої викликає біль, і дещо збільшений болісний яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виді-

лення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми, інколи визначається помірний лейкоцитоз без вираженого зміщення нейтрофілів.

Діагностика. Діагноз апоплексії встановлюють на підставі анамнезу, об'єктивного дослідження: перкусія та пальпація живота, вагінальне дослідження. Слід зазначити, що специфічних симптомів апоплексії яєчника не існує.

Допоміжні методи дослідження: пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, кульдоскопія, діагностична лапароскопія.

Диференційну діагностику слід проводити з такими захворюваннями, як позаматкова вагітність, гострий апендицит, перекрут ніжки кісти яєчника, сальпінгофорит і т. п.

Анемічна форма апоплексії схожа з клінікою порушеної позаматкової вагітності. Відсутність затримки менструацій та інших суб'єктивних та об'єктивних ознак вагітності схиляє до думки на користь апоплексії, але достовірність їх відносна. Диференційна діагностика включає визначення хоріонічного гонадотропіну і лапароскопію, а наявність внутрішньої кровотечі потребує екстреної лапароскопії або лапаротомії, під час якої встановлюється заключний діагноз.

Картина *больової форми* нагадує клініку гострого апендициту, який трапляється у дівчат частіше від апоплексії яєчника, тому дівчину можуть направити до хірургічного стаціонару. При апендициті відсутній зв'язок з фазами менструального циклу. Біль починається з епігастральної ділянки, мігрує в праву здухвинну ділянку. Нудота і блювання мають більш стійкий характер. Підвищується температура тіла. З'являються різка болісність у точці Мак-Бурнея й інші симптоми апендициту. Напруження м'язів передньої черевної стінки у правій здухвинній ділянці значно виражене. Визначаються чіткі симптоми подразнення очеревини. Внутрішнє гінекологічне дослідження не вказує на патологію матки та придатків. Клінічний аналіз крові досить показовий: лейкоцитоз, нейтрофіліоз зі зміщенням формули вліво. У сумнівних випадках можна провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння. При апоплексії отримують кров або серозно-геморагічну рідину.

Апендицит потребує безумовного хірургічного лікування, а при апоплексії можлива консервативна терапія. У незрозумілих випадках діагноз може бути встановлений за допомогою лапароскопії, а за відсутності такої раціональніше схилитися

на користь апендициту й остаточний діагноз встановити під час лапаротомії.

Невідкладна допомога. У випадках розвитку масивної внутрішньої кровотечі проводять лікування геморагічного шоку: пункція або катетеризація вени і струминна інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну, желатинолю, альбуміну або 5 % розчину глюкози і 0,9 % розчину натрію хлориду. Больовий синдром лікують внутрішньовенним уведенням аналгетиків (1–2 мл 1 % розчину морфіну гідрохлориду, 1–2 мл 1–2 % розчину промедолу, 2–4 мл 50 % розчину анальгіну). При зниженні артеріального тиску — глюкокортикоїди (гідрокортизон 1000–15 000 мг, преднізолон 200–300 мг, дексаметазон 30–40 мг), дофамін 2 мкг/(кг·хв). Необхідно зігріти і терміново госпіталізувати дівчину, доправивши її «швидкою допомогою» до гінекологічного стаціонару.

Кваліфікована та спеціалізована допомога. Метод лікування залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Якщо виник розрив жовтого тіла, то його слід ушити гемостатичним Z-подібними швами, накладеними в межах здорової тканини яєчника. Вирізувати тканину жовтого тіла не слід, щоб запобігти перериванню вагітності.

Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Оваріоектомія виконується за умови, коли вся тканина яєчника зруйнована і спостерігається імбібіція її кров'ю. У тих же випадках, коли кровотеча з яєчника ускладнює тривалу терапію антикоагулянтами після протезування серцевих клапанів, для надійного гемостазу слід проводити видалення додатків матки. Запобігання кровотечі з жовтого тіла яєчника, що залишився, викликає труднощі, бо рекомендоване в таких випадках пригнічення овуляції потребує призначення засобів з тромбогенними властивостями.

Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак прогресуючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота і гемостатики: 12,5 % розчин етамзилату (дицинону) по 2 мл двічі на добу внутрішньовенно або внутрішньом'язово; 0,025 % розчин адроксону по 1 мл на добу підшкірно або внутрішньом'язово; вітаміни; 10 % розчин кальцію хлориду по 10 мл внутрішньовенно. Консервативну терапію потрібно проводити в стаціонарі під цілодобовим наглядом медичного персоналу.

Апоплексію яєчника у дівчат, які страждають на захворювання крові з дефектами гемостазу (автоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта тощо), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом. Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання: кортикостероїди, імунодепресанти — при автоімунній тромбоцитопенії, інфузія кріопреципітату або антигемофільної плазми — при хворобі Віллебранта, етамзилат (дицинон) — в обох випадках.

Раптове порушення кровообігу внутрішніх статевих органів, як правило, зумовлено:

— перекрутом ніжки кісти яєчника і значно рідше — фіброматозного вузла;

— некрозом пухлини.

Частота перекруту ніжки кісти яєчника становить 6,0–8,5 %.

Чинники, що сприяють розвитку даного ускладнення: фізичне напруження, різкі рухи, посилення перистальтики кишечника.

При перекруті ніжки пухлини порушується живлення кісти і, як наслідок, розвиваються симптоми «гострого живота»: гострий біль, що супроводжується блідістю шкірних покривів, нудотою, появою холодного поту, блюванням. Наявні перитонеальні симптоми (болісний і здутий при пальпації живіт, різко виражений симптом Щоткіна — Блюмберга в ділянці пухлини); пульс частий, напружений, температура тіла не підвищується.

Вагінальне дослідження виявляє напружену, різко болісну пухлину яєчника обмеженої рухомості.

При поступовому перекруті симптоми виражені менш різко, вони то з'являються, то зникають.

Перекрут кісти яєчника буває повним (перекрут на 360° і більше) і частковим (менше ніж на 360°).

Лікування перекруту ніжки пухлини яєчника оперативне: типова операція кістектомія (у разі некрозу пухлини обов'язковим є дренування черевної порожнини).

Диференційна діагностика перекруту ніжки кісти проводиться з порушеною позаматковою вагітністю, апендицитом.

«Гострий живіт» внаслідок розриву гнійних мішкоподібних утворів

Клініка. Клініці «гострого живота», зумовленого розривом гнійних мішкоподібних утворів, можуть передувати такі симптоми, як гіперемія, гарячка, нудота, блювання, зростання кіль-

кості лейкоцитів, ШОЕ, зміщення лейкоцитарної формули вліво. При гінекологічному огляді визначається болuche пухлинне утворення зі щільною капсулою та нечіткими межами. При наростанні симптомів «гострого живота» виникає загроза розриву піосальпінксу (піовару) з виливанням гною в черевну порожнину та розвитком розлитого перитоніту.

Діагностика. Діагноз встановлюється на основі таких даних:

1. В анамнезі тривалий перебіг запалення придатків матки з частим загостренням.

2. Раптовий гострий початок, який інколи супроводжується симптомами шоку.

3. Типова картина розвитку розлитого перитоніту.

4. Результати гінекологічного дослідження, при якому виявляють пухлину з нечіткими контурами.

Лікування. Методи оперативного втручання при піосальпінксах і піоваріумах індивідуальні. У дівчат при одnobічному процесі слід виконати аднексектомію. За відсутності випоту в черевній порожнині та явищ розлитого перитоніту черевну порожнину зашивають наглухо.

При розлитому перитоніті проводять дренажування черевної порожнини через бокові канали та залишають мікроіригатори для введення антибіотиків і проведення перитонеального діалізу.

ТРАВМА СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ _____

Травми статевих органів у дівчат спостерігаються переважно у віці від 2 до 11 років. Своєчасно надана спеціалізована допомога може запобігти тяжким наслідкам травми, що призводять у подальшому до порушень анатомії та фізіології статевих органів.

Частою причиною травм статевих органів у дівчаток є падіння на тупі та гострі предмети. Значно рідше трапляються насильницькі травми і самоушкодження (введення сторонніх тіл у піхву).

За тяжкістю травми можуть бути різними: від незначних подряпин до поранення суміжних органів і ушкоджень, що проникають у черевну порожнину. Травми частіше трапляються у ділянці зовнішніх статевих органів:

- розриви соромітних губ;
- розриви клітора;
- поранення стінок піхви;
- гематоми зовнішніх статевих органів.

Розрив задньої спайки піхви може обмежитися шкірою або поширитися на м'язи промежини з порушенням цілості зовнішнього сфінктера та слизової оболонки прямої кишки. Розрив соромітних губ інколи захоплює ділянку клітора і сечовивідного каналу. Травми статевих органів можуть поєднуватися з ушкодженнями сечового міхура і переломами кісток таза.

Травми зазвичай супроводжуються кровотечами, але інколи спостерігаються ушкодження тканин без порушення цілості слизової оболонки та шкіри з виникненням гематоми різної величини. Ушкодження судин призводить до значного нагромадження крові у тканинах.

Гематома може не збільшуватися або при ушкодженні артеріальної судини — збільшуватися. Великі гематоми із зовнішніх статевих органів переходять на стегна, сідниці, передню черевну стінку. Рідше трапляється травма піхви без ушкодження зовнішніх статевих органів (при введенні гострих тіл у піхву), при цьому можливі травма прямої кишки, проникне поранення черевної порожнини. У тяжких випадках фіксуються зовнішня кровотеча, кровотеча до клітковини таза, в черевну порожнину, наростання ознак анемії. Наявність крові в сечі, калі вказує на ушкодження сечового міхура, уретри, прямої кишки. З моменту надходження дівчинки з травмою статевих органів до медичного закладу необхідно проводити динамічне спостереження за її загальним станом, артеріальним тиском і рівнем гемоглобіну.

Діагноз травми статевих органів встановлюють на підставі:

- 1) анамнезу: падіння, насильницька травма (про самоушкодження дівчинки, як правило, не йдеться);
- 2) огляду зовнішніх статевих органів;
- 3) огляду, пальпації, перкусії живота;
- 4) даних вагіноскопії.

При утрудненому визначенні локалізації та обсягу ушкодження обстеження проводять під загальним знеболюванням. Катетеризація сечового міхура дозволяє уточнити наявність травми сечового міхура і сечовивідного каналу. При ректально-абдомінальному дослідженні визначають цілість прямої кишки, стан кісток таза, наявність гематом. Вагіноскопія надає повну інформацію про стан стінок піхви і склепінь. Рентгенологічне дослідження таза проводять при підозрі на переломи кісток таза, проникні поранення черевної порожнини.

При насильницьких травмах особливо ретельно описують дані гінекологічного дослідження, оцінюють тяжкість і локалізацію ушкодження.

З вульви і піхви беруть мазки на гонокок, сперматозоїди. Одяг і білизну дівчинки передають слідчим органам.

Лікування травм статевих органів включає первинну обробку рани за загальноприйнятою хірургічною методикою. Характер медичної допомоги залежить від тяжкості ушкодження. При поверхневих подряпинах статеві органи обмивають розчином фурациліну (1 : 5000) або пероксиду водню, змащують стрептоцидною або синтоміциновою емульсією.

За наявності гематоми, яка збільшується, рекомендують холод на уражену ділянку протягом 2–3 днів, розсмоктувальну терапію. Гематому великих розмірів зовнішніх статевих органів з утворенням порожнини слід розрізати, видалити згустки крові, пошарово накладати шви. Якщо гематома збільшується, її розтинають, видаляють згустки крові, лігують кровоточиві судини, накладають шви. Первинна обробка ран із видаленням травмованих тканин значно утруднена у дівчат нейтрального періоду.

Шви на розрив прямої кишки і піхви накладають у такій послідовності: насамперед зашивають слизову оболонку прямої кишки, починаючи з верхнього кута розриву, вузли швів зав'язують у просвіті кишки, накладають шви на верхній кут розриву піхви, стінку піхви і м'язи промежини, після чого — на зовнішній сфінктер прямої кишки і шкіру промежини. У тих випадках, коли утруднений доступ до накладання швів у верхніх відділах піхви, проводять епізіотомію.

Розриви в ділянці сечового каналу ушивають, попередньо заводячи катетер у сечовий міхур, після чого шви накладають під контролем уведеного катетера. Катетер доцільно залишити на 2 доби, до зменшення набряку, тому що сечовипускання може бути утрудненим через наявність болю і стискання сечовивідного каналу.

При значній крововтраті рекомендується переливання кровозамінників, а в подальшому — гемостимулювальна терапія.

Необхідно зважати, що травми статевих органів найчастіше спостерігаються у дівчат протягом нейтрального періоду статевого розвитку. Анатомо-фізіологічні особливості дівчат цього періоду (низький рівень естрогенів, тонка слизова оболонка піхви, нейтральна реакція вмісту піхви і наявність кокової

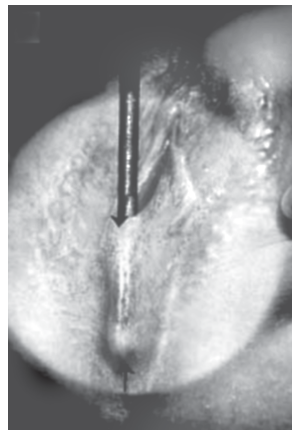
флори) створюють несприятливі умови для первинного загоєння ран. Враховуючи дію естрогенів на слизову оболонку піхви, для покращання загоєння ран статевих органів у дітей нейтрального періоду доцільно вжити додатково таких комплексних заходів: для догляду за раною впродовж першого тижня після накладання швів проводити спринцювання піхви розчином фурациліну (1 : 5000) з подальшим введенням у піхву 2 мл стерильного рибіячого жиру з фолікуліном (500 ОД фолікуліну на 1 мл рибіячого жиру) або накладанням пов'язки з фолікуліном протягом 7–8 днів. З 2-ї доби після накладання швів призначити ультрафіолетове опромінення рани (6–8 сеансів). Шви знімають на 7-му добу.

Травми вульви

Найчастіше травми вульви призводять до розвитку гематоми. Гематоми вульви можуть утворюватися також внаслідок епізіотомії, травматичного накладання щипців, ін'єкцій у вульву та піхву, хірургії вульви. Незалежно від причини, її результатом є скупчення крові у підшкірному просторі в площині фасції Колліса та під нею. Деструкція кавернозних структур вульви (клітор, цибулини присінка, кавернозні тіла) призводить до утворення «кров'яного озера».

Лікування гематоми полягає в розтині, евакуації крові, дренаванні та періодичному прикладанні льоду (рис. 31).

Через 6–8 год порожнину гематоми промивають теплим сольовим розчином. Ідентифікація судини, що кровоточить, як правило, утруднена внаслідок масивного утворення згустків і набряку тканин.



a



б

Рис. 31. Злиття статевих губ: *a* — визначення місця розтину; *б* — розтин статевих губ CO₂-лазером або скальпелем

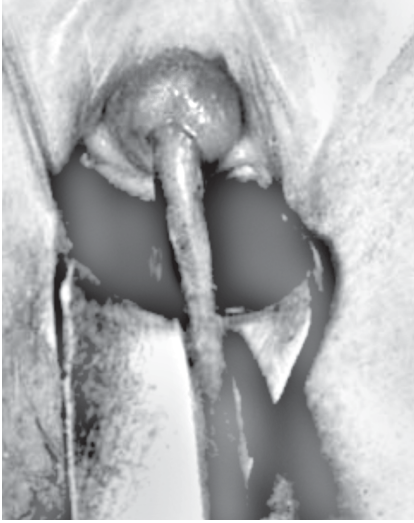


Рис. 32. Проплапс уретри

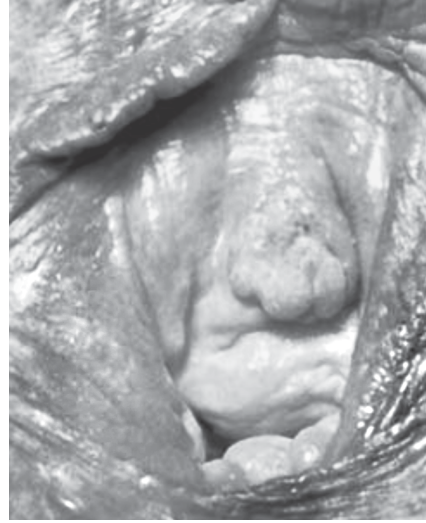


Рис. 33. Папілома уретри

Травми дівочої пльви, піхви й уретри

Більшість захворювань дівочої пльви пов'язані з травмою, нерідко у зв'язку з першим статевим контактом. Розриви *hymen* можуть спричинити тяжкі кровотечі, що потребують ургентного лікування. Під час огляду пльви зазвичай виявляють її розриви, що легко усуваються за допомогою окремих швів, які абсорбуються. Травмування дівочої пльви, що не пов'язані зі статевим контактом, є рідкісними, але більш тяжкими. При великих розривах вульви та промежини зі значною крововтратою пацієнтку обстежують в операційній після застосування загальної анестезії. Розриви зашивають пошарово до досягнення гемостазу. Сторонні тіла піхви виявляють при обстеженні у дзеркалах і під час гінекологічного дослідження. Травми піхви, що проникають у черевну порожнину, можуть бути життєво небезпечними і потребувати негайного хірургічного (бажано лапароскопічного) втручання. Після операції проводять антибактеріальну терапію та ретельну санацію рани.

Більшість доброякісних захворювань уретри (сечівника) пов'язані з травмою. До найчастіших нетравматичних захворювань належать пролапс і дивертикул уретри (рис. 32). У ділянці уретри можуть розвиватися гострокінцеві кондиломи і папіломи (рис. 33).

Розділ 10

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

СТАНОВЛЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ СТАТЕВОГО КАНАЛУ У ДІВЧАТ

Мікроекологія піхви у здорової дівчинки — це гормонально залежна система, стан якої взаємопов'язаний з імунними особливостями організму і визначається функціональним станом яєчників, концентрацією лактофлори, рН піхвового вмісту і станом місцевого імунітету.

Мікробний склад піхви дівчат умовно поділяється на дві групи:

- 1) мікроорганізми, що постійно персистують у піхві;
- 2) потенційно небезпечні або умовно-патогенні мікроорганізми піхви.

За типом дихання і процесами метаболізму мікроорганізми поділяють на аероби, факультативні й облігатні анаероби. До складу лактофлори піхви входить 11 штамів лактобацил, які є грампозитивною паличковою флорою статевого каналу. Домінуючим штамом у кількісному відношенні (42,9 %) є палички Додерляйна, роль яких багатогранна:

— забезпечують колонізаційну резистентність статевого каналу;

— проявляють ферментативну функцію, що зумовлює кисле середовище піхви та згубно діє на патогенну флору.

Сучасні дослідження мікрофлори піхвового вмісту у дівчат дозволяють дійти таких висновків:

— проблема вульвовагінітів у дівчат різнопланова, складна і далека від задовільного розв'язання;

— значну кількість технологій і лікувальних схем, які апробовані на дорослих жінках і не застосовуються дитячими гінекологами, можна використовувати з обережністю (наприклад, антибіотики, гормони, імуномодулятори, вакцини);

— виникнення вульвовагінітів у дівчат зумовлено низкою чинників, один із яких формується як вікова нестійкість і мінливість піхвової мікрофлори в дитячому віці;

— слід переглянути поняття про моноетіологічність неспецифічних вульвовагінітів: більш ніж у половині спостережень відмічають асоціацію мікроорганізмів, кожен із яких сам здатний викликати запалення;

— наявність у піхві умовно-патогенної флори не доводить етіологічної ролі у виникненні вульвовагініту саме цього агента;

— відсутність клінічних проявів уrogenітальної інфекції, за наявності умовно-патогенних мікроорганізмів, можна розцінити як бактеріоносійство, або як природний мікробний пейзаж.

Частина лактобацил є індукторами місцевого імунітету. Коккова флора, яка вегетує в статевому каналі дівчат, належить до умовно-патогенної флори, водночас частина штамів коків входить до складу нормальної мікрофлори шкіри, слизових оболонок дихальних шляхів, травного тракту і статевих органів. З-поміж стафілококів у статевому каналі найчастіше вегетують: золотистий, епідермальний і мікрокок (сапрофітний стафілокок); серед стрептококів — зеленуватий, гемолітичний, ентерокок (фекальний стрептокок), пневмокок (стрептокок пневмонії), який має форму диплокока. Екологічна ніша пептострептококів (анаеробні коки) — ротова порожнина, кишечник, статеві органи. Біологічна особливість коків полягає в тому, що їхні молоді форми інтенсивно забарвлюються за Грамом, а при старінні стають грамнегативними.

Паличкова флора — умовно-патогенна, вегетує у статевому каналі.

Із роду коринебактерій: дифтероїди, грампозитивні палички, деякі види дифтероїдів є представниками нормальної флори дихальних шляхів, слизових оболонок шкіри, статевих шляхів дівчини. Ентеробактерії — грамнегативні палички: кишкова паличка, протей, ентеробактер (синьогнійна паличка), клебсієла, які становлять значну частину нормальної флори кишечника і беруть участь у забезпеченні його фізіологічного функціонування.

Гарднерели (дрібні грамнегативні палички) є факультативними анаеробами, за своїми біологічними властивостями близькі до роду гемофілій і коринебактерій. Гарднерели виявляють у дівчаток віком від 2 міс. до 15 років, без будь-яких клінічних проявів.

Лептотрикс — грамваріабельні палички, можуть мати форму кокобацил. Це факультативні анаероби, які вегетують у статевих шляхах, при культивуванні дають слабкий ріст на кров'яному агарі.

Ацинітобактер — аеробні, грамнегативні товсті короткі палички, мають форму диплококів, у мазках схожі на гонококи і менінгококи, що вегетують на шкірі, слизових оболонках, у дихальних і сечостатевих шляхах.

У дівчаток у період «статевого спокою» частими збудниками бактеріальних вульвовагінітів є стафілококи, стрептококи й ентерококи в різноманітних асоціаціях.

Дозорцева Е. А. (1948) встановила, що піхва дівчинки одразу після народження в 52 % випадків є стерильною. Заселення статевого каналу мікрофлорою починається через 3–4 год після народження, переважно коковою флорою. До 12 років у дівчаток переважає кокова флора. У період «статевого спокою» — до 10 років — реакція піхвового середовища лужна або нейтральна. Лактобацили у цей період відсутні. Культурально спостерігають кокову флору, ентеробактерії, коринібактерії.

У препубертатному періоді збільшується секреція статевих гормонів, піхва заселяється лактобактеріями, кількість яких значно збільшується в пубертатному періоді. Реакція піхвового середовища стає кислою, з'являються фізіологічні пубертатні білі (рис. 34, табл. 21).

Відомо, що виявлення цитомегаловірусу в концентрації 50–200 геномів або уреаплазми в мікробному титрі менше 10^4 у статевих шляхах здорових дівчат не потребує проведення специфічної противірусної чи антибактеріальної терапії.

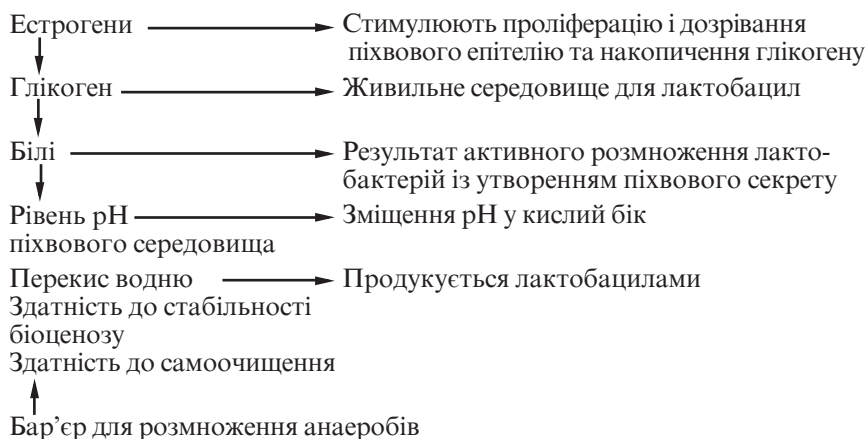


Рис. 34. Чинники, які впливають на мікрофлору піхви (V. Kask, R. Mandar, 1997)

**Біоценоз піхви та чинники місцевого імунітету
у здорових дівчаток**

Показник	Дівчата 5–8 років	Дівчата від 9 років до на- стання менархе	Дівчата, які менструують до 17 років
Лейкоцити	1–15 у полі зору	4–15 у полі зору	4–10 у полі зору
Епітелій	1–3 у полі зору	3–5 у полі зору	3–5 у полі зору
pH	7,0–8,5	5,8–7,2	4,0–4,5
Загальне мікробне число	10 ² –10 ⁵ КУО/мл	10 ⁵ –10 ⁶ КУО/мл	10 ⁵ –10 ⁷ КУО/мл
Флора	Кокова	Змішана	Паличкова
Лактобацили	+ 10 ² КУО/мл	++ 10 ² –10 ³ КУО/мл	++++ 10 ⁵ –10 ⁷ КУО/мл
Коки	++++ 10 ² –10 ⁵ КУО/мл	+++ 10 ³ –10 ⁶ КУО/мл	+ 10 ⁴ –10 ⁵ КУО/мл
Гемолітична флора	++++ 10 ² –10 ⁵ КУО/мл	++ 10 ³ –10 ⁴ КУО/мл	+ 10 ² –10 ³ КУО/мл
Рівень інтер- ферону, МО/мл	1,13–5,53; середнє — 3,33	5,8–17,0; середнє — 11,2	15,1–45,7; середнє — 30,4
IgG, мкг/мл	22,1–46,42; середнє — 34,26	20,81–36,25; середнє — 28,53	34,72–75,44; середнє — 55,08
IgA, мкг/мл	0,67–11,03; середнє — 5,85	0,02–2,62; середнє — 1,32	2,86–18,58; середнє — 10,72
IgM, мкг/мл	0,79–2,07; середнє — 1,43	0,22–0,62; середнє — 0,42	0,12–1,12; середнє — 0,62
S IgA, мкг/мл	7,87–18,07; середнє — 12,97	4,37–11,69; середнє — 8,03	6,31–24,87; середнє — 15,59

З настанням менархе особливого значення набувають ті або інші статеві стероїди: прогестерон характеризується стимулювальною дією на розвиток *St. haemolyticus* і затримує ріст *E. coli*, естріол пригнічує розвиток популяцій указаних мікроорганізмів.

Існує певний зв'язок між перенесеним вульвовагінітом у дитинстві та внутрішньоутробним інфікуванням (хоріоамніоніт, ембріопатія та ін.) при реалізації репродуктивної функції в подальшому.

Інфікування, бактеріоносійство, вульвовагініт у дівчаток вперше можуть виникнути під час пологів: проходячи через родові шляхи, дівчинка набуває материнської мікрофлори, що визначає первинний спектр як нормального, так і патологічного біоценозу піхви. Спектр зберігає відносну стабільність у перші три роки життя, а то й більше.

Серед різних чинників, які сприяють розвитку вульвовагінітів, велике значення мають анатомо-морфофункціональні особливості статевих органів у дівчаток. Шкірні покриви у дітей раннього віку мають низку особливостей: тонка дерма, розпушений зроговілий шар епідермісу, який легко піддається шкідливим впливам. Захисні функції шкіри, особливо її бактерицидні властивості, знижені (рН шкіри у дорослих у нормі становить 4,5–6,0, тимчасом як цей показник у дітей — 6,7). Спричинюють розвиток і підтримання запального процесу індивідуальні анатомічні особливості; відсутність задньої спайки, низьке розміщення зовнішнього отвору сечового каналу, рубцеві деформації, неповні синехії, аномалії розвитку зовнішніх статевих органів тощо.

Порушення стану мікрофлори піхви у дівчат зумовлено деякими особливостями фізіології дитячої піхви та вульви. Плоский епітелій, який покриває ці органи у дівчаток, складається з невеликої кількості шарів (5–8), клітини його не роговіють, майже не містять глікогену, тому у піхві дівчинки немає умов для існування палички молочнокислого бродіння, яка створює кисле середовище у дорослої жінки. Піхва дівчинки заселена умовно-патогенними мікроорганізмами (зазвичай епідермальним стафілококом), має лужну реакцію.

Основні фізіологічні захисні механізми піхви:

а) фізіологічна десквамація та цитоліз поверхневих клітин епітелію піхви;

б) неспецифічні антимікробні механізми:

— діють на клітинному рівні: фагоцитоз за допомогою макрофагів і поліморфноядерних лейкоцитів;

— неспецифічні гуморальні чинники: білок плазми — трансферин; опсоніни, які посилюють фагоцитарну активність клітин; лізоцим-пептид, що проявляє антимікробну активність; лизин, який виділяють тромбоцити у вогнищі запалення;

в) імунні механізми захисту: лімфоцити, імуноглобуліни, цитокіни, система комплементу тощо.

Зниження реактивності дитячого організму, яке виникає після будь-якого захворювання у дівчаток із хронічним запальним

процесом, призводить до порушення рівноваги між мікрофлорою піхви і дитячим організмом. При значному зниженні захисних сил організму патогенних властивостей може набувати умовно-патогенна флора. За цих умов у піхву легко проникають і патогенні мікроорганізми, нерідко — із ротоносоглотки, кишечника або шкіри.

Недотримання правил гігієни сприяє розвитку патогенної мікрофлори, яка може заноситися у піхву руками, через одяг, при купанні в забруднених водоймах.

У деяких дівчаток виникає піхво-уретральний рефлюкс при якому вміст піхви може постійно закидатися в сечовивідні шляхи, а також невrogenний сечовий міхур.

Коршунов М. Л. (1986) для покращання кольпобактеріоскопічної діагностики виділив три типи піхвових мазків у дівчаток:

I тип — норма. Вміст лейкоцитів у віці 1–3 роки становить 1–2 у полі зору, 4–6 років — 1–3 у полі зору, 7–10 років — 3–5 у полі зору, 11–15 років — 7–10 у полі зору. Фагоцитоз не виражений. У блондинок, паратрофіків і у дівчаток, які страждають на лімфатичний діатез, фізіологічні показники можуть бути вдвічі вищими. Слиз до 7 років — незначна кількість, після 9 років — у невеликій кількості, з 11–12 років — вміст слизу в мазку збільшується разом із підвищенням секреторної функції статевого каналу. Кількість клітин злушеного епітелію піхви до 7–9 років незначна. Після 9 років — збільшується до 10–12–20 у полі зору внаслідок гормональної десквамації.

Флора піхви до 8 років у дівчат переважно кокова (у невеликій кількості). Лактобацили можуть визначатися до 6-місячного віку, а в подальшому, до 9 років, вони відсутні і знову виявляються у мазках з початком статевого дозрівання. У препубертатному і пубертатному періодах флора піхви дівчинки змішана, переважає грампозитивна паличкова флора.

II тип — перехідний стан від першого типу мазка до третього. Кількість лейкоцитів — 20 і більше в полі зору. Клітини злушеного епітелію і слиз — у помірній кількості. Фагоцитоз не виражений.

Виділення мутні, наявна значна кількість змішаної умовно-патогенної флори за відсутності клінічних ознак запалення.

III тип характерний для клінічно вираженого запального процесу. Кількість лейкоцитів вище 20 у полі зору, переважають нейтрофіли і макрофаги, активний фагоцитоз, виражена слизова реакція. Значна кількість злушеного епітелію, численні дегенеративно змінені клітини. Лактобацили відсутні. Виділення слизово-гнійні або гнійні. Посів виділень зі статевих шляхів здебільшого проводять з метою виявлення аеробної мікрофлори.

КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК І ПІДЛІТКІВ

В Україні зростає кількість запальних захворювань серед дівчат віком 15–17 років, яких, за рекомендаціями ВООЗ, слід включати до групи ризику серед молоді. Частота запальних захворювань статевих органів серед дівчат-підлітків зросла на 25 %, що призводить до збільшення випадків неплідності у шлюбі. Запальні процеси статевих органів посідають перше місце у структурі гінекологічних захворювань у дівчаток віком від 1 до 9 років (нейтральний період). Клінічне значення запальних уражень визначається не лише їх частотою, але й порушеннями основних функцій жіночого організму (менструальної, репродуктивної, статевої) у зрілому віці. Тривалі запальні захворювання викликають зміни функціональної активності в системі гіпоталамус — гіпофіз — яєчники, що може призвести до зростання частоти інших гінекологічних захворювань.

Вульвовагініти у дівчаток залишаються найбільш частою патологією, що посідає чільне місце у структурі дитячої гінекологічної захворюваності (від 70 до 93 %).

Вульвовагініт — запальний процес вульви і (або) піхви як неінфекційного, так і інфекційного генезу. Однак неінфекційне запалення незабаром (через 3–7 днів) набуває рис бактеріального запального процесу. Характерно, що у дівчаток, на відміну від дорослих, ізольоване ураження вульви (вульвіт, вестибуліт) і піхви (кольпіт) спостерігається відносно рідко.

Розповсюдженість неспецифічних вульвовагінітів у дівчаток становить 2,68–3,21 на 1000 дітей. У структурі гінекологічної за-

хворюваності частка вульвовагінітів коливається від 42,3 до 85 %. Найчастіше на вульвовагініт хворіють дівчатка віком 2–7 років.

Гострий вульвовагініт часто перебігає з вираженим больовим синдромом, дизуричними явищами, які викликають неспокій дитини, плач під час сечовипускання, гостру затримку сечі; доросліші дівчатка відчують болісність і труднощі при ході, біль при сечовипусканні. Іноді пацієнтки неправильно вказують локалізацію болю — внизу живота або у верхній частині ніг, замість ділянки статевих органів.

Хронічний вульвовагініт частіше перебігає із незначною симптоматикою (відмічається свербіж і різкий запах піхвових виділень) або безсимптомно.

Симптоми: білі; біль у ділянці статевих органів; свербіж; дизуричні розлади; гіперемія та набряк вульви, присінка піхви й уретровагінального кута; запальні зміни в сечі.

Класифікація запальних урогенітальних захворювань у дівчаток (В. Ф. Коколіна, О. В. Зубакова, 1998)

I. Інфекційні.

1. Неспецифічні:

— неспецифічний бактеріальний вульвовагініт.

2. Специфічні:

— гонорея;

— трихомоноз;

— хламідіоз;

— бактеріальний вагіноз;

— уреа-, мікоплазмоз;

— дифтерійний вульвовагініт;

— генітальний туберкульоз;

— кандидозний вульвовагініт;

— вірусний вульвовагініт (цитомегаловірус, конділома-тозний вірус, вірус герпесу).

II. Первинно-неінфекційні.

1. Чужорідне тіло в піхві.

2. Ентеробіоз. Глистна інвазія.

3. Онанізм.

4. Зміна реактивності організму (порушення обміну речовин, дисметаболічна нефропатія, алергічні захворювання, дисбактеріоз кишечника, захворювання сечовивідних шляхів, гострі вірусні захворювання, дитячі інфекції).

Класифікація вульвовагінітів у дівчаток
(Ю. А. Гуркін, 1998)

А. Неінфекційні

1. Механічного походження (стороннє тіло, мастурбація, недотримання правил гігієни, тісний одяг, екскоріації тощо).
2. Термічного походження.
3. Гельмінтозного генезу.
4. Хімічного походження (місцевий вплив, ендоінтоксикація, екологічна агресія, варіанти контактного дерматиту і т. ін.).
5. Алергічного генезу (медикаментозні, аліментарні та ін.).
6. Внаслідок екстрагенітальних захворювань (цукровий діабет, лейкоз, метаболічні порушення, захворювання печінки, нирок, серця).
7. Внаслідок захворювання статевих органів (ліпома соромітних губ, поліпи, ерозія шийки матки, злоякісні пухлини, аномалії статевих органів).

Б. Інфекційні первинні.

1. Бактеріальні (специфічні, неспецифічні).
2. Хламідійні.
3. Протозойні (трихомоніаз).
4. Мікотичні (кандидоз).
5. Вірусні.

В. Інфекційні вторинні

1. Інфікування як ускладнення захворювань групи А.
2. Ендотоксикація, що супроводжує інфекційне захворювання (ГРВІ, ентероколіт, пієлонефрит).
3. Локальні ураження вульви та піхви при інфекційному захворюванні: дифтерія піхви, дизентерія піхви, вульвовагініт при тонзиліті, отиті, пієлонефриті, холециститі (ідентифікується один і той же інфекційний агент), місцеві прояви вакцинального процесу при щепленні від віспи.

Останнім часом у дівчаток із запальними захворюваннями геніталій відмічається підвищення частоти поєднаних хламідійно-мікоплазмових уражень уретри, вульви та піхви, які ідентичні уrogenітальним захворюванням у жінок. Очевидна аналогія

дозволяє розглядати дані ураження у дівчаток не як «чистий» хламідійний чи мікоплазмовий вульвовагініт, а як урогенітальний хламідіомікоплазмоз. Існує гіпотеза про генетичну схожість хламідій і мікоплазм. Ознаками схожості можуть розглядатися дистрофічні ураження епітелію, аналогічна клінічна картина запального процесу, ідентичні секційні дані. Основним симптомом вульвовагінітів вважаються білі (*fluor*) із статевих шляхів.

Білі ділять на фізіологічні та патологічні. Дівчатка з фізіологічними білями потребують короткочасного диспансерного нагляду (протягом 3 міс.) для своєчасної діагностики можливих генітальних і екстрагенітальних захворювань, які можуть бути виявлені за час спостереження.

Білі, що викликані присутністю у піхві чужорідного тіла, характеризуються:

- а) відсутністю закономірності в появі та посиленні виділень;
- б) тривалою (місяці та роки) відсутністю ознак запалення;
- в) появою час від часу патологічних «безпричинних» білей із домішками гною чи крові;
- г) нетривалим ефектом від проведеної антибактеріальної терапії.

Чужорідні тіла (ковпачок від авторучки, шпильки, цвяхи, гудзики) частіше знаходять у дівчаток дошкільного віку. Іноді спочатку введення чужорідного тіла в піхву залишається непоміченим, але в подальшому виникає запальна реакція, травматизація, інкапсулювання чи пролежень з утворенням виразок, перфорацією склепіння. Єдина правильна лікарська тактика — проведення вагіноскопії.

Патологічні білі (масивні, іхорозні, з домішками гною та крові) переважно супроводжують вульвовагініт. Складність полягає в тому, що надлишкові фізіологічні білі можуть свідчити якщо не про гострі запалення, то, принаймні, про коливання мікробіоценозу піхви, які спостерігаються після антибіотикотерапії, дисфункції шлунково-кишкового тракту, при різких змінах характеру харчування (наприклад, після припинення грудного вигодовування). Коливання можливі також із появою в оточенні дитини інфекційних хворих чи бактеріоносіїв. Вищеперераховані причини можуть маніфестувати в будь-якому віці, але найчастіше — від 2 до 10 років.

Бактеріальний вагіноз

Бактеріальний вагіноз (БВ) — це захворювання, яке характеризується появою масивних виділень з піхви, в яких відсутні відомі патогенні збудники: *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* і гриби роду *Candida*. У міжнародній класифікації хвороб це захворювання належить до розділу «Вагініти». Вперше клініко-епідеміологічне дослідження цієї проблеми проведено Gardner і Dukes (1954) за наявності неспецифічного кольпіту. В результаті було виділено нову бактерію, яку автори назвали *Haemophilus vaginalis*.

У 1980 р. за допомогою ДНК- і РНК-гібридизації встановлено належність цього збудника до нового роду *Gardnerella*. За захворювання дістало назву «гарднерельозний вагініт», або «гарднерельоз».

Патогенез БВ досі не вивчений. Досі незрозумілий малосимптомний характер цього стану. Так і не з'ясовано, чому у виділеннях із піхви лейкоцити практично відсутні. У біоптатах зі стінки піхви у хворих на БВ не виявляють ознак запалення. Очевидно, імунна система сприймає змінену мікрофлору за «власну», оскільки представники «нетипової» мікрофлори присутні в невеликих пропорціях і в нормі. Як результат — не розвивається запальна клітинна реакція (табл. 22).

Таблиця 22

Порівняльна характеристика екосистем піхви жінок і дівчаток (здорових і хворих на бактеріальний вагіноз)

Флора піхви	Здорові жінки	Жінки з БВ	Здорові дівчатка	Дівчатка з БВ
Загальна кількість мікроорганізмів	<10 ⁷ /г	<10 ⁹ /г	<10 ⁷ /г	<10 ⁹ /г
<i>Lactobacilli</i>	Переважають	Незначна кількість	Переважають у дівчат, відсутні у дівчаток	Відсутні
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Наявність у 5–30 %	Наявність у 70–90 %	Наявність у 0–5 %	Наявність у 94 %
<i>Mycoplasma hominis</i>	Наявність у 15–30 %	Наявність у 65 %	Наявність у 0–15 %	Наявність у 60 %

Початковий етап БВ полягає в активації власної мікрофлори. Хоча лактобактерій залишається досить багато, знижується їх здатність виробляти перекис водню. У цих умовах полегшується інвазія екзогенних мікроорганізмів. Залишається нез'ясованим, чому ендогенна мікрофлора активізується та витісняє групу молочнокислих паличок типу Додерляйна. Факти свідчать про зменшення захворюваності БВ в секреторній фазі менструального циклу. Бактероїди, навпаки, активізуються у фолікулярну фазу і затримують своє розмноження в лютеїнову. Зростаючий рівень естрогенів сприяє розмноженню бактероїдів. Ця обставина індукує ріст інших бактерій, у тому числі *Mycoplasma hominis*.

Таким чином, БВ зумовлений активацією ендогенної мікрофлори і лише в окремих випадках — наявністю екзогенних патогенних мікроорганізмів. У цьому сенсі зарахування БВ до інфекцій, що передаються статевим шляхом, не завжди обґрунтовано. Для дівчаток, які не живуть статевим життям, виникнення дисбіозу піхви може бути пов'язано із «нестатевими» чинниками, а саме: з кишковим дисбактеріозом, порушенням імунного реагування та деякими гігієнічними обставинами (рис. 35).

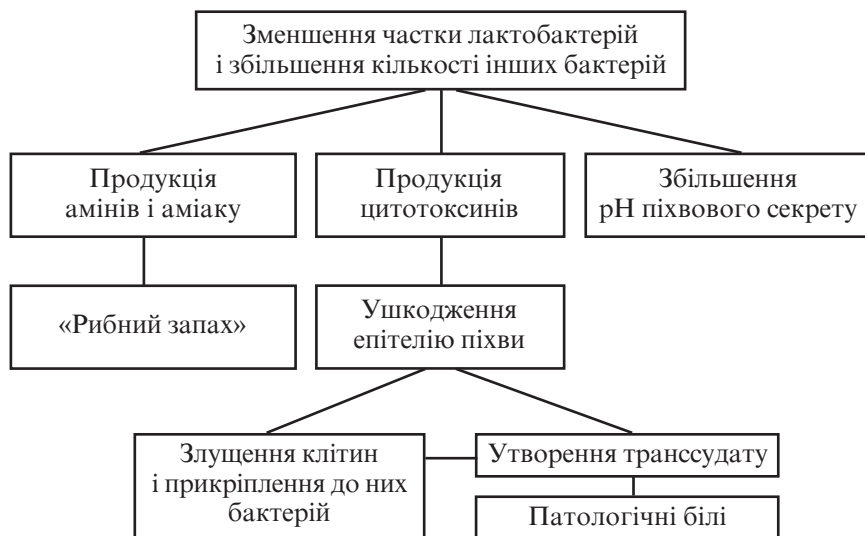


Рис. 35. Механізми виникнення клінічних ознак бактеріального вагінозу (Д. Тейлор-Робінсон, П. Є. Хей, 1998)

Діагностика БВ ґрунтується на даних клінічного обстеження і спеціальних лабораторних методів досліджень. Для встановлення діагнозу важливі не стільки скарги (масивні білі) чи клінічна картина (малосимптомна), скільки додаткові тести, патогномонічні вагінозу. Вони подаються в порядку зменшення чутливості та зниження специфічності.

1. Метод рН-метрії піхвового вмісту вказує на зміщення в бік лужної реакції — 5,0–7,5.

2. Виявлення у мазках із вмісту піхви, забарвлених за методом Грама, так званих ключових клітин. Це клітини плоского епітелію, вкриті грамнегативними паличками.

3. Амінотест — поява запаху «гнилої риби» при нагріванні виділень із піхви в присутності гідроксиду калію. Оцінюється в умовних одиницях напівкількісно.

4. Зниження функціональної активності лейкоцитів, які знаходяться в піхвовому вмісті.

5. Ідентифікація в мазках із піхви гарднерел (позитивна в 17–30 % осіб, які страждають на вагіноз, і 5–7 % — у здорових).

Лікування хворих на БВ повинно бути комплексним. Спочатку штучно створюють кисле середовище піхви шляхом багаторазового зрошення 2 % розчином молочної кислоти — 100 мл по 10–15 хв. Паралельно проводять десенсибілізувальну терапію (тавегіл, задитен, кларитин, відвари череди та лаврового листа й інші антигістамінні засоби) та імунокорекцію під наглядом спеціаліста-імунолога. Крім того, застосовують місцеве лікування свічками, які містять метронідазол (0,5), фолікулін (5000 од), аскорбінову (0,2) та молочну (0,05) кислоти, новокаїн (0,1). У разі необхідності можна приготувати емульсію такого ж складу на основі обліпихової, оливкової чи іншої рослинної олії. Про мікроорганізми, які існують у піхві, згадується уже з другої половини ХІХ ст. У вітчизняній літературі перше повідомлення про дослідження мікрофлори піхви зроблено професором Д. О. Оттом (1886).

У 1887 р. була запропонована теорія самоочищення піхви. Ця теорія базується на тому, що вагінальна паличка, яка знаходиться в піхві, продукує молочну кислоту. Ця кислота утворюється з глікогену, який міститься в полігональних клітинах 2-го і плоских клітинах 3-го шару слизової оболонки піхви, і забезпечує несприятливі умови для існування кокової флори. Так описані лактобацили як домінуючі мікроорганізми в нормальній мікрофлорі піхви. На частку ж мікроорганізмів інших ви-

дів, які знаходяться в малих концентраціях, припадає менше 5–10 % у загальній вагінальній флорі: дифтероїди, стафілококи, кишкова паличка, гарднерели, облигатні анаероби. У 1954 р. Gardner і Dukers виділили у хворих із неспецифічним вагінітом нового збудника *Haemophilus vaginalis*, якого почали вважати єдиною причиною захворювання, що знайшло своє відображення в назві (*Haemophilus vaginalis* — вагініт).

При бактеріальному вагінозі виникають симбіотичні відношення між сталими анаеробами і *G. vaginalis* — останні продукують сукцинат, необхідний для розмноження анаеробів.

Гарднерели і бактероїди продукують велику кількість ендотоксину, який активує синтез простагландинів.

З метою профілактики кандидозного вагініту запропоновано використання еубіотиків: ацилактату, лактобактерину, біфідумбактерину — інтравагінально протягом 7–10 днів. Проблема бактеріального вагінозу стає все більш актуальною, оскільки кількість таких захворювань та їх ускладнень зростає.

Етіологія. Особливості контингенту дівчаток, які хворіють на вульвовагініти, спонукають розглядати ці хвороби як такі, що відображають спадкову схильність до ураження шкірно-слизових покривів і дефекти імунного захисту. У популяції дівчаток, які страждають на вульвовагініти, домінує сімейна схильність — висока частота різних шкірних захворювань у їх рідних (частіше у матері). Превалюючими шкірними захворюваннями у родичів є ксеродермія, нейродерміти, псоріаз, atopічні дерматити. У значного контингенту дівчаток вульвовагініт розвивається на фоні ексудативно-катарального діатезу, причому в деяких матерів цих дівчаток у дитинстві були ідентичні прояви. Часто у дівчаток, які хворіють на вульвовагініти, в анамнезі періоду новонародженості є дані про запальні захворювання шкіри: попрілість, везикулопустульоз, періанальний дерматит. На думку К. М. Суворової і співавт. (1998), подібні ураження шкіри у них часто виникають при поєднанні спадкової схильності до імунодефіцитів. Утім, «чисті» — неінфекційні вульвовагініти, спровоковані чужорідним тілом, мастурбацією, тісним одягом, ентеробіозом, становлять у середньому не більше 10–15 %.

Поряд зі спадковою схильністю, вульвовагініти у дівчаток часто поєднуються з так званими фоновими захворюваннями, домінуючими станами, на фоні яких часто виникають вульвовагі-

ніти. Такими є запальні захворювання ЛОР-органів, сечовидільної системи, запальні та паразитарні процеси у жовчовивідних шляхах, дискінезія, ензимопатія шлунково-кишкового тракту, невиразковий ентероколіт, а також дисбактеріоз кишечника.

З позиції клінічної імунології, підвищену частоту поєднання вульвовагінітів з фоновими захворюваннями необхідно розглядати як наявність у хворої дитини імунодефіцитного стану певного ступеня тяжкості. Широке застосування імунодіагностики в практичній роботі лікаря дозволяє вносити необхідні корективи у стандартні методи лікування запальних захворювань статевих органів у дівчаток.

Практика показує, що, поряд із спадковою схильністю, дефектами імунної системи, головну роль у генезі вульвовагінітів відіграють дисбіотичні зміни мікрофлори кишечника. Вульвовагініти, які розвинулися на фоні дисбіозу кишечника, мають тенденцію до тривалого перебігу з частими рецидивами. У дівчаток з вульвовагінітами на фоні дисбіозу при бактеріологічному дослідженні здебільшого виявляють масивний ріст гемолізуючих штамів кишкової палички, ентерококів і стафілококів; рідше висіваються протей, ентеробактер, клібсієла.

Багатоманітна мікрофлора людини, яка забезпечує колонізаційну резистентність організму, розглядається як своєрідна ланка імунної системи. Дисбіотичні зрушення в мікроекології кишечника змінюють його колонізаційну резистентність та імунітет, тісно пов'язаний із нормальною мікрофлорою організму. Мікрофлора кишечника забезпечує колонізаційну резистентність організму дитини щодо патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Вивчення в промивних водах із піхви секреторного імуноглобуліну А, лізоциму та вмісту функціонально активних нейтрофілів підтверджує факт гальмування місцевої захисної реакції на початкових фазах невиразкового коліту з подальшою активацією цих показників у міру посилення ознак запалення в кишечнику. Дівчаткам, які страждають на хронічний невиразковий коліт, рекомендується додаткове обстеження дитячим гінекологом з метою своєчасної діагностики вульвовагініту. Пацієнтки з хронічним або рецидивним вульвовагінітом, у свою чергу, потребують клініко-лабораторного гастроентерологічного обстеження. Слід зазначити, що тісний взаємозв'язок вульвовагінітів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, ЛОР-органів, сечової системи, гострими респіраторними захворюваннями, який відмічають багато клініцистів, необ-

хідно розглядати з позиції регіонарної імунної системи слизових оболонок (ІССО). Згідно з сучасними науковими уявленнями, ІССО формує локальний захисний бар'єр і включає в себе шлунково-кишковий і респіраторний тракти, сечостатеву систему та різні секреторні залози, утворюючи загальний біотик — «загальний лімфоретикулум», імунний компонент слизових оболонок організму. Ураження одного із сегментів цієї інтегральної системи, як показує клінічна практика, здатне порушувати функціонування ІССО в інших її ланках, викликає глибокі зміни в мікробних асоціаціях із розвитком запального процесу. С. Ш. Поляк і співавт. (1998) досліджували показники місцевого імунітету в піхвових змивах (Ig E, Ig G, Ig M, Ig A, Ig sA, ЦІК, лізоцим, пропердин у динаміці), констатували підвищення значень майже всіх вивчених параметрів (у нормі імуноглобулінів не було) і зниження ЦІК на 27 % у дівчаток 6–9 років, які страждають на хронічний вульвовагініт. У процесі лікування рівень імуноглобулінів знижувався, а вміст лізоциму і пропердину підвищувався.

Правильна оцінка клінічної картини запалення, лабораторних даних, вибір тактики лікування значною мірою пов'язані з уявленнями про мікробіоценоз статевого каналу та сучасною концепцією запалення. Запалення розглядається не тільки як складна судинно-мезенхімальна реакція, спрямована на елімінацію ушкоджувального агента і репарацію ушкодженої тканини, але й як імунна відповідь. Імунне реагування при запаленні здійснюється саморегулювальною системою, яка містить неспецифічні чинники захисту, плазмові та клітинні медіатори, імунну систему та систему сполучної тканини. Плазмові медіатори забезпечують бар'єрну функцію осередку запалення, обмежують осередок і локалізують його збудник за допомогою підвищення судинної проникності та внутрішньосудинної коагуляції у відвідних судинах осередку запалення. Неспецифічний захист представлений двома клітинними системами: поліморфноядерних лейкоцитів (система макрофагів) і плазмозовою (система комплементу).

Основна функція двох клітинних систем — фагоцитоз. Макрофаги беруть участь у очищенні антигенів і переробці їх в імуногенну масу, яку сприймають Т-лімфоцити-хелпери. Макрофаги є посередниками у залученні імунної системи в запальний процес, індукують ріст фібробластів і синтез колагену, будучи стимуляторами фази репарації. Система комплементу забезпечує лізис

антигенних субстанцій. Форма та наслідок запалення залежать від повноцінності імунної відповіді. Спадкові дефекти бактеріцидних систем поліморфноядерних лейкоцитів проявляються гнійним рецидивним перебігом запального процесу. Фагоцитарна недостатність макрофагів призводить до незавершеного фагоцитозу і персистенції збудника. Незавершений фагоцитоз робить незавершеною запальну реакцію, і вона стає сповільненою алергічною реакцією чи імунним запаленням. Для імунного запалення є характерним хронічний, хвилеподібний перебіг запального процесу з тяжкою клітинною та тканинною деструкцією.

Клінічна оцінка запалення, з позиції імунної відповіді, запобігає трафаретному підходу до лікування запального процесу, допомагає своєчасно діагностувати фазу імунного запалення, диктуючи необхідність відміни антибактеріальних препаратів, оскільки у фазі імунного запалення подальше застосування антибіотиків посилюватиме перебіг запального процесу. На цьому етапі рекомендується корекція імунітету, тобто гіперреактивної імунної відповіді з застосуванням антигістамінних препаратів, імуностимуляторів, а також препаратів, які стимулюють тканинний метаболізм і процеси репарації.

Клініка. Типовими скаргами у гострій і підгострій стадіях вульвовагінітів є нарікання на печіння, яке посилюється при сечовипусканні, свербіж і білі різної інтенсивності, а також на помірний біль у ділянці зовнішніх статевих органів. Можуть виникати дизуричні розлади та запори (рис. 36).

При обстеженні пацієнток у гострій і підгострій стадіях спостерігають дифузну гіперемію різного ступеня вираження — від насиченого рожевого до яскраво-червоного кольору. Гіперемія може бути чітко обмеженою гребенями великих статевих губ чи розлитою, яка переходить на промежину, пахові складки, внутрішню поверхню стегон і надлобкову ділянку. Характер виділень візуально не завжди чітко визначається, що зумовлено секрецією в період «статевого спокою», а також імуногенетичними властивостями інфекційних агентів.

У хронічній стадії зберігаються скарги на виділення зі статевих шляхів і часто на свербіж. Дифузна гіперемія переходить у пляmistу (вогнищеву). Плями темно-рожевого кольору найчастіше локалізуються в ділянці клітора і малих статевих губ. Яскравою ознакою хронічної стадії процесу є застійна темно-червоного кольору гіперемія в ділянці дівочої пльви. При



Рис. 36. Схема виникнення больового синдрому при запальних процесах вульви

запаленні, індукованому стафілококами, типовими є густі виділення жовтого кольору, які залишають на білизні при висиханні «крохмальні» плями. Для стрептококів характерні рідкі гнійні виділення і часто — пустульозний висип на шкірі вульви, стегон, сідниць.

Патогенез вагінального кандидозу представлено на рис. 37.

Для ентеробактерій при домінуванні кишкової палички та протея характерні виражена поперілість латеральної поверхні великих статевих губ й аногенітальної ділянки, гнійні виділення із зеленуватим відтінком та іхорозним запахом.

При запаленні, спричиненому гостриками, характерна гіперемія різного ступеня інтенсивності. Важливими ознаками є набряк і гіперемія промежини, а також періанальних складок відхідника.

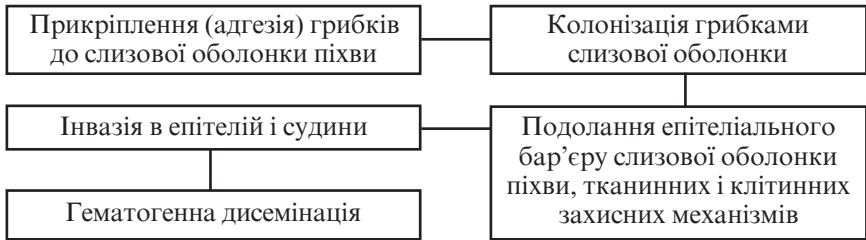


Рис. 37. Схеми виникнення вагінального кандидозу (В. М. Прилепська та ін., 1997)

За наявності чужорідного тіла в піхві виділяють дві характерні ознаки:

- тривалий перебіг вульвовагініту до видалення чужорідного тіла спонтанно;
- виділення найчастіше гнійні, з домішками крові та неприємним запахом.

Розрізняють три клінічні форми вагінального кандидозу:

- кандидозоносійство (як правило, відсутні симптоми, але у виділеннях із піхви можна виявити невелику кількість брунькових форм);
- гострий урогенітальний кандидоз, який характеризується вираженою клінічною картиною, вміст грибків у дослідженому матеріалі сягає 10^3 КУО/мл;
- хронічний (рецидивний) урогенітальний кандидоз, який часто поєднується з кандидозом сечової системи.

Серед провокуючих чинників розвитку кандидозного вульвовагініту домінують імунодефіцитні стани і дисбіоз кишечника, а також ендокринопатії, серед яких чільне місце посідає цукровий діабет, при якому різко знижується фагоцитарна активність нейтрофілів. Порушення фагоцитарної активності нейтрофілів пов'язують із розладами метаболізму глікогену та глюкози, що контролюються інсуліном. Кандидозні вульвовагініти особливо тяжко перебігають у дівчаток з декомпенсованим цукровим діабетом. Нераціональна антибактеріальна терапія пригнічує нормальну флору піхви, що конкурує з грибами за рецептори слизових оболонок і джерела живлення. Тривале використання кортикостероїдів пригнічує кандидозну активність нейтрофілів і порушує внутрішньоклітинну інактивацію фагоцитарних мікроорганізмів.

Клінічна картина кандидозного вульвовагініту. Суб'єктивні прояви — свербіж у вестибулярній частині та печіння у піхві, які виникають у зв'язку з десквамативно-ерозивним процесом, що розвивається. У гострій стадії процесу спостерігають набряк вульви, слизова оболонка присінка піхви блискуча, легкоранима. Гіперемія яскрава, чітко обмежена гребенями великих соромітних губ. Виділення в початковій стадії процесу рідкі, мутно-молочного кольору або у вигляді тонких білувато-сіруватих плівок, які згодом набувають вигляду сирної маси.

Клінічній картині вульвовагініту, який розвинувся на фоні кандидозного дисбіозу кишечника, притаманні такі симптоми: постійне здуття живота, схильність до запорів, випорожнення молочно-білого кольору, поприлість аногенітальної ділянки, яка швидко з'являється. У пубертатному періоді часто виникає мацерація промежини, пахвових складок, внутрішньої поверхні стегон.

Клінічна картина хламідіозу не є специфічною. При зборі анамнезу слід розпитати про суб'єктивні відчуття, звернути увагу на початок виникнення захворювання. Оцінюються також такі обставини, як наявність у минулому уретриту, цервіциту, кон'юнктивіту, захворювань суглобів. Хламідіоз перебігає безсимптомно. Перші симптоми хвороби, якщо вони з'являються, починаються після досить тривалого (10–30 днів) інкубаційного періоду. Хворі скаржаться на свербіж, незначне печіння в сечовипускальному каналі та нижній частині піхви, відчуття дискомфорту. Це стає особливо помітним після переохолодження. Рідкі білі тривають місяцями з невеликими перервами, вони не піддаються лікуванню. Білі менш масивні, ніж при гонорейі; а наявність у мазках із піхви більше 20 лейкоцитів і відсутність патогенної флори дають підставу запідозрити хламідіоз.

Клінічні варіанти прояву уrogenітального хламідіозу групуються так:

— ураження нижніх відділів сечових і статевих органів (вульвіт, вагініт, ендocerвіцит, уретрит); стадії (гостра, підгостра, торпідна, стан загострення);

— ураження верхніх відділів сечових і статевих органів (запалення органів малого таза) у стадії загострення, поза загостренням;

— переважання ознак екстрагенітальних уражень.

Для вибору оптимального режиму лікування рекомендується зарахувати дівчинку до однієї з вікових груп:

- до 7 років;
- від 8 до 13 років;
- від 14 до 18 років.

Етапи розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі генітального герпесу, подано на рис. 38.

Характерними ознаками переміжного генітального герпесу є поява (зазвичай один раз на 3–6 міс.) окремих чи множинних везикул зі злегка мутним вмістом на фоні набряклої та гіперемованої слизової оболонки присінка піхви, піхви і шийки матки. Висипання везикул супроводжується стійким свербіжем, печінням (вульводинія) та часто вольовою затримкою сечі при ураженні уретри. Везикулярна стадія захворювання триває 2–3 дні. Везикули, які лопаються, можуть вкриватися виразками, погіршуючи тяжкість вірусного процесу. Слід зазначити, що у дівчаток періоду «статевого спокою» висипання везикул передуює продромальний період, коли дитина стає в'ялою, скаржить на головні болі, зниження або відсутність апетиту. Крім цього, везикулярні висипи у дівчаток періоду «статевого спокою» переважно бувають поодинокими і не зливаються між собою, здебільшого локалі-

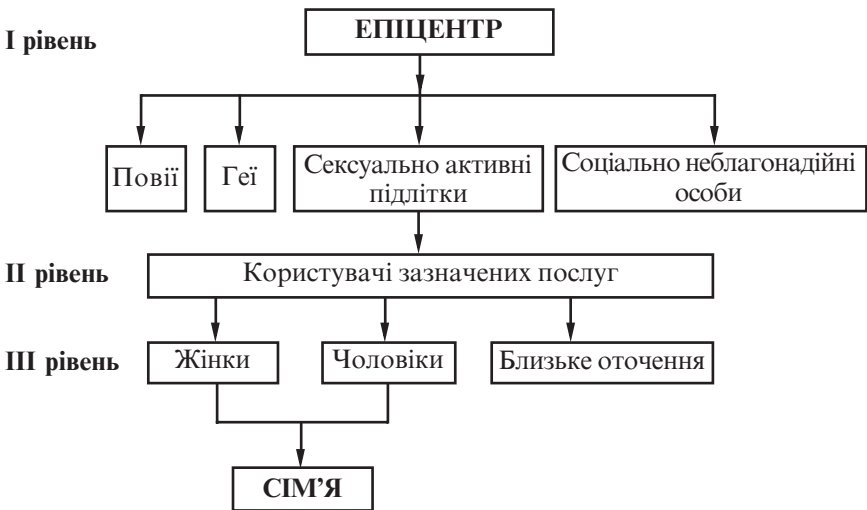


Рис. 38. Схема розповсюдження інфекцій, що передаються статевим шляхом

зуються на слизовій оболонці присінка піхви. Значно рідше при вагіноскопії везикули виявляють на слизовій оболонці стінок піхви. Нині превалують атипів (тобто без висипів) клінічні форми.

Клінічна картина урогенітального мікоплазмозу. Мікоплазми можуть спричинювати ушкоджувальну дію на хромосоми клітин культури. Припускається, що мікоплазми здатні викликати хромосомні аберації у зиготі з подальшим її відокремленням. Дівчатам з уреа- та мікоплазмозом патологією, матері яких хворіли на цю інфекцію, доцільно проводити збір родинного анамнезу та відповідне генетичне обстеження.

У період «статевого спокою» у дівчаток домінують скарги на дизуричні розлади — часті позиви до сечовипускання, що супроводжуються відчуттям печіння. У пізній фазі препубертату і в пубертатному періоді превалують скарги на свербіж, подразнення в ділянці уретри та вестибулярного відділу вульви при частому сечовипусканні, що часто супроводжуються появою невротичних розладів.

При огляді зовнішніх статевих органів виявляють гіперемію, переважно дифузну, обмежену гребенями великих соромітних губ, рідше — розливу. Ступінь вираження гіперемії різний, але частіше вона буває яскраво-червоного кольору, особливо в ділянці зовнішнього отвору сечовипускального каналу й уретро-вагінального валика, з додатковими ознаками пастозності. Виділення водянисті, від незначних до помірних, іноді липкі; гнійні виділення не характерні. При вагіноскопії виявляють пастозність і дифузну гіперемію слизових оболонок стінок піхви яскраво-рожевого кольору. Наявність ендocerвіциту у дівчаток при урогенітальному хламідіомікоплазмозі є відносно рідкісним явищем.

Діагностика. З-поміж спеціальних методів дослідження при рецидивному перебігу вульвовагініту переважає вагіноскопія.

Загальноприйнятими лабораторними методами дослідження в гінекологічній практиці є бактеріологічний, бактеріоскопічний і цитологічний. Бактеріоскопічний і бактеріологічний методи дослідження переважно дають орієнтовні дані.

Основні критерії диференційної діагностики гострого, підгострого та хронічного вульвовагініту наведені в табл. 23.

Додаткові діагностичні методи:

— бактеріоскопічні та бактеріологічні, імунофлуоресцентний аналіз, імуноферментна мікроскопія, визначення ДНК методом ланцюгової полімеразної реакції (виключити урогенітальну інфекцію);

**Критерії диференційної
діагностики гострого, підгострого
та хронічного вульвовагініту**

- рН-метрія (в N рН = 3,7–4,5);
- амінотест з 10%-м розчином гідроокису калію;
- загальний аналіз сечі (три-склянка проба);
- бактеріологічні дослідження сечі;
- комплексне імунологічне дослідження;
- гормональні дослідження.

Інструментальні методи дослідження:

- вагіноскопія;
- УЗД.

Недавно запропоновані експрес-методи для діагностики хламідіозу: імунохроматографічний (“Clamikit”), ферментний (“Chlamy-Gen”) і глікогеновий (визначення вмісту глікогену в піхвовому епітелії) тести.

Скринінгові методи включають реакцію непрямой гемаглютинації, реакцію непрямой імуофлюоресценції, мікро-реакцію непрямой імуофлюоресценції, а також бактеріоскопію мазків, забарвлених за Папаніколау або Гімзе, з виявленням елементарних тілець. Крім цього, широко використовують власне діагностичні методи: полімеразну ланцюгову реакцію, імуоферментний аналіз і пряму імуофлюоресценцію із застосуванням вітчизняних або імпортованих тест-систем, таких як “Ampligor”, “Amplified”, “Chlamyset”, «Хлами Слайд», «Хлами Скан», «Хламоно Скрин», які доповнюють один одного при паралельному використанні.

Лабораторна діагностика генітального герпесу включає:

- вірусологічні методи — виділення збудника на культурі клітин (цей метод малодоступний для практичної медицини);
- імуофлюоресцентний аналіз із моноклональними антитілами;
- серологічні реакції — реакція зв’язування комплементу і реакція непрямой гемаглютинації;

Ознака	Вульвовагініт		
	Гострий	Підгострий	Хронічний
Виділення	+	±	±
Біль	+	±	±
Температура нормальна	±	+	+
підвищена	±	-	-
Свербіж	-	±	+
Дизуричні порушення	+	±	±
Гіперемія статевих органів			
дифузна	+	±	-
плямиста	-	±	+
Посилений судинний рисунок	-	±	+
Лейкоцитурія	+	±	±

— вітчизняні тест-системи, які дозволяють виявити вірусну ДНК (метод Дот-гібридизації) чи вірусний антиген (метод флюоресціюючих антитіл та імуоферментний аналіз);

— визначення антитіл до ВПГ-2 за допомогою мембранного імунодіагностикуму HSV 2 Pocket;

— цитологічний.

Методи лабораторної діагностики мікоплазмозу:

— бактеріоскопічний (проводиться із забарвленням мазків за Павловським чи реактивом Селера);

— прямий імуофлуоресцентний метод з моноклональними антитілами;

— культуральний (мікоплазми ростуть на безклітинних, складних середовищах — на 2 % серцево-мозковому агарі або бульйоні з пептоном, до якого додається людська асцитична рідина або сироватка тварин);

— розгорнуте цитологічне дослідження діагностичного матеріалу (мазки з уретри, піхви, цервікального каналу).

Принципи обстеження дівчаток із запальними захворюваннями статевих органів наводяться у табл. 24.

Передусім уточнюють у батьків скарги й анамнез захворювання дитини, оглядають зовнішні статеві органи, внутрішні поверхні великих соромітних губ, присінок піхви, дівочу плівку, зовнішній отвір сечовипускального каналу, промежину, ділянку відхідника. Взяття матеріалу для лабораторного дослідження проводять відповідно до локалізації запального процесу. Для виявлення мікроорганізмів досліджують виділення з присінка піхви і зскрібок слизової оболонки сечовипускального каналу, які отримують за допомогою жолобкуватого зонда. Таким же чином беруть матеріал із піхви, при цьому інструмент уводять уздовж її задньої стінки до задньої частини склепіння.

Матеріал з цервікального каналу для бактеріологічного та цитологічного дослідження отримують, за потреби, за допомогою вагіноскопа. При ураженні присінка піхви беруть мазок із борозенки між дівочою плівкою та малими соромітними губами або роблять зскрібок із цієї ділянки. Обережно досліджують слизову оболонку прямої кишки.

Матка та придатки обстежуються ультразвуковим апаратом (визначаються ознаки запалення). Групу вірусів, хламідії, уреоплазми, мікоплазми, гарднерели визначають за методом прямої імуофлуоресценції, а ДНК — за методом ланцюгової полімеразної реакції, титр Ig G та M до зазначених мікроорганізмів —

Обстеження дівчаток при вульвовагінітах

Метод дослідження	Мета проведення дослідження
Огляд	Залучення у запальний процес зовнішніх статевих органів, ануса, уретри. Наявність синехій, характер виділень
Вестибулоскопія (за допомогою лупи)	Фаза запалення, про яку судять за характером судинного рисунка, наявності атрофічних зон і ділянок гіпертрофії; лейкоплакії, ерозії тощо
Вагіноскопія	Ураження піхви та шийки матки. Наявність аномалій, пухлини, сторонні тіла
Амінотест з вагінальними виділеннями	Бактеріальний вагіноз
pH-метрія піхвового вмісту	Бактеріальний вагіноз. При гіпо- та гіперестрогенії pH-метрія має відносну цінність
Мазок, забарвлений за Грамом	Гонорея, трихомоніаз, кандидози. Цитоз, функціональна активність лейкоцитів
Нативний мазок	Трихомоніаз, мікоз, сифіліс, ентеробіоз, виявлення «ключових клітин», лейкоцитоз
Аналіз калу на яйця гельмінтів, зскрібок із періанальних складок на ентеробіоз	Глисна інвазія
Посів на аеробну мікробну флору, чутливість до антибіотиків	Уточнення етіологічного чинника, що викликає неспецифічний бактеріальний вульвовагініт
Реакція імунофлуоресценції зскрібка з уретри і стінок піхви, цервікального каналу	Орієнтовний метод виявлення хламідій уреаплазми, мікоплазми
Визначення ДНК методом полімеразної ланцюгової реакції	Специфічний і високоефективний метод визначення хламідій уреаплазми, мікоплазми й інших урогенітальних інфекцій
Антибактеріальна терапія <i>ex juvantibus</i>	Неефективність лікування спонукає до уточнення вірусної, алергічної або іншої етіології

за допомогою імуноферментного аналізу. Обстежують рівні імунологічної відповіді організму (Т- і В-лімфоцити, ЦІК тощо).

Бактеріологічне дослідження (культуральний метод) є головним та ефективним у діагностиці етіології запальних захворювань геніталій.

Імунофлуоресцентні й імуноферментні дослідження рекомендують при контакті дитини зі специфічною урогенітальною інфекцією.

При імунодефіцитному стані дитини більш інформативне дослідження В- і Т-систем імунітету (гуморального та клітинного імунітету).

При підозрі на дисбіоз кишечника проводять висівання калу на селективні живильні середовища.

Диференційна діагностика вильовоагніту проводиться з пієлонефритом, стороннім тілом піхви, пухлинами статевих органів.

Найважливішим етапом диференційної діагностики вильовоагнітів є виключення пієлонефриту (табл. 25).

Таблиця 25

**Диференційні ознаки вильовоагніту та пієлонефриту
(Н. В. Кобзева і співавт., 1981)**

Диференційна ознака	Вильовоагніт	Пієлонефрит
Синдром інтоксикації	Незначно виражений	Значно виражений, можливі менингеальні симптоми
Больовий синдром	Незначно виражений біль унизу живота або в ділянці промежини	Біль у животі. У старших дітей — біль у поперековій ділянці
Дизурія	Відчуття печіння при сечовипусканні	Часто спостерігається полакіурія, ніктурія, болісність при сечовипусканні
Клінічний аналіз сечі		
Лейкоцитурія Протеїнурія	За рахунок нейтрофілів Відсутній або сліди білка	За рахунок лімфоцитів Відмічається
Циліндрурія Фракційний аналіз	Немає циліндрів Лейкоцити містяться тільки в 1-й порції сечі	Зернисті циліндри (рідко) Лейкоцити визначаються в 1-й та 2-й порціях сечі
Функція нирок	Не порушена	Нерідко порушена
Симптом Гольдфлама — Пастернацького	Негативний	Часто позитивний

Лікування. За останні роки різко зросла значущість проблеми охорони репродуктивного здоров'я дітей і підлітків, у першу чергу — профілактики та лікування запальних захворювань вульви та піхви як розповсюдженої гінекологічної патології дитячого віку. Питання терапії запальних захворювань зовнішніх геніталій досить актуальні через їх схильність до рецидивів і хронізації.

При неспецифічному бактеріальному вульвовагініті традиційними методами обстеження є мікроскопія мазка за Грамом і посів виділень на аеробну флору. Тактично це має значення для визначення ступеня запальної реакції та контамінації піхви. Далі приймається рішення про доцільність місцевих лікувальних процедур або перорального прийому антибактеріальних препаратів.

Обсяг діагностичних досліджень розширюється, якщо є вказівки на можливий контакт із специфічною урогенітальною інфекцією. Наявність специфічної урогенітальної інфекції визначає тактику антибіотикотерапії та подальших профілактичних заходів.

Новий підхід до лікування гострих і хронічних вульвовагінітів — це застосування комплексних гомеопатичних антигомтоксичних препаратів (“Heel”, Німеччина). Антигомтоксичні препарати сприяють фізіологічній санації уражених ділянок та активації місцевих імунних механізмів. З метою лікування використовують такі препарати за індивідуальними схемами: Traumeel S, Echinacea compositum, Mucosa compositum, Arnica-Heel, Gynecoheel, Mesereum-Homaccord, Lamioflur, Metro-Adnex-Injeel.

Схема лікування включає три етапи:

1-й етап — імуномодуляція (переважно препаратами ехінацеї, циклофероном), підвищення місцевих захисних сил і стимуляція проліферації (аплікації з обліпиховою олією, фолікуліном, закапування цитралю, вітаміну Е).

2-й етап — антибактеріальна та протизапальна терапія.

3-й етап — реабілітаційний. Десенсibiliзація та застосування еубіотиків.

Тривалість 1-го та 2-го етапів — сім діб, 3-го — не менше місяця. Контрольні мазки з піхви беруть через 10 та 30 діб. Застосовується широкий спектр препаратів, спрямованих на покращання загального стану дівчаток, обміну речовин і підвищення неспецифічної резистентності організму. Перша група пре-

паратів — вітаміни, адаптогени й імуностимулятори. Призначаються вітаміни А, В6, Е. З групи адаптогенів застосовують екстракт елеутерокока (мобілізує неспецифічні фактори захисту), який призначають дітям по 1–2 краплі на кожний рік життя двічі на день протягом 20 днів. Настій вівса (стимулює неспецифічний захист, має антимікробну, противірусну, проти-запальну та седативну дію) дітям призначають по 1/2 чайної ложки за 30 хв до їди. Курс лікування в середньому — 30 днів.

Есенціале (покращує функцію печінки, мікроциркуляцію, стимулює фагоцитоз) дітям призначають по 1 капсулі двічі на день. Курс — 20 днів. Як імуностимулятори у дитячій гінекологічній практиці застосовується низка препаратів. Один із них — метилурацил, що має анаболічну й антикатаболічну активність, стимулює клітинний імунітет, прискорює процеси репарації. Його призначають дітям віком від 3 до 8 років по 0,025 г тричі на день, старше 8 років — по 0,5 г тричі на день. Препарат приймають під час або після їди. Курс лікування — 14–21 день. Натрію нуклеїнат приймають усередину після їди: діти до року — 0,005–0,01 г, 2–5 років — 0,015–0,05 г, 5–7 років — 0,05–0,1 г, 8–14 років — 0,2–0,3 г тричі на день. Курс лікування — 10 днів. Левамізол призначають обережно, після оцінки Т-системи імунітету, дозою 2 мг/кг маси тіла на добу протягом 3 днів із перервою між курсами 5–6 днів. Усього 2–3 курси. Імунал (ехінацея) (добова доза — 20 крапель) — у невеликій кількості води тричі на день. Курс — від 1 до 6 тиж.

Дітям від 1 до 6 років призначають по 5–10 крапель тричі на день, від 6 до 12 — по 10–15 крапель тричі на день.

Іноземні автори пропонують таку схему лікування бактеріального вагінозу у дівчаток.

Перорально:

— метронідазол — 500 мг двічі на день упродовж 7 днів (або 2 г одномоментно);

— офлоксацилін — 200 мг двічі на день;

— кліндаміцин — 300 мг двічі на день упродовж 7 днів.

Протизапальні засоби (бензидамід).

Місцево:

— кліндаміцин-крем 2 % 5 г, аплікації протягом 7 днів;

— метронідазол-гель 0,75 % двічі на день, курс — 5 днів;

— кислий лактат-гель.

Заселення піхви живими лактобацилами (гінфлор, солкотрі-ховак).

Слід зазначити, що нині інтерферонотерапії в процесі імунорекорекції відводиться провідна роль. Одним із представників інтерферонів нового покоління є віферон. Дітям до 7 років призначають віферон-1 інтравагінально — по 1 свічці двічі на добу через 12 год протягом 5 днів. Дітям після 7 років — віферон-2 по 1 свічці двічі на добу через 12 год, курс лікування — 10 днів. При лікуванні вульвовагінітів у харчуванні дитини повинні переважати свіжі та варені овочі, фрукти, зелень. Необхідно обмежити цукор, мучні вироби, м'ясо, молоко, яйця, рибу. Не вживати соки, що містять різні барвники та консерванти. Дозволяється споживати тільки щойно приготовлені натуральні соки. З молочних продуктів рекомендовані сир, свіжі вершки, сметана, кефір, ацидофілін. При мікотичному вульвовагініті до раціону дитини додають білок трансферин. Він має фунгіцидні властивості та блокує розмноження грибків. Фунгіцидна активність трансферину пов'язана з насиченням його валентностей іонами заліза.

Поряд із корекцією харчування застосовуються гістамінолітики й адсорбенти. М'якими антиалергічними засобами є препарати кальцію: кальцію хлорид, кальцію глюконат, кальцію лактат; 5–10 % розчин кальцію хлориду призначають дітям до 5 років по 1 чайній ложці двічі на день; у 5–10 років — по 1 десертній ложці тричі на день, після 10 років, як і дорослим, — по 1 столовій ложці 2–3 рази на день. Кальцію глюконат дітям до року призначають по 0,5 г, у 2–4 роки — по 1 г, у 5–6 років — по 1,5 г, у 7–9 років — по 2 г, 10–14 років — по 2–3 г 2–3 рази на добу. Кальцію лактат — по 0,5–1 г 2–3 рази на день. Курс лікування — 10 днів.

Місцеве лікування хворих на бактеріальний вагіноз повинно бути комплексним. Спочатку штучно створюють кисле середовище піхви шляхом багаторазового зрошення 2 % розчином молочної кислоти — 100 мл по 10–15 хв. Інстиляції молочної кислоти у піхву найбільш прийнятні, оскільки молочна кислота підвищує рН піхви, відновлює кисле середовище, що створює несприятливі умови для розмноження анаеробів і гарднерел. Крім того, слабкі розчини молочної кислоти характеризуються вираженою антисептичною дією та забезпечують оптимальні умови для відновлення лактофлори. Паралельно проводять десенсибілізуючу терапію (тавегіл, задитен, кларитин, відвари череди, лаврового листа й інші антигістамінні засоби) та імунорекорекцію під наглядом спеціаліста-імунолога. Також застосо-

вують місцеве лікування свічками, які містять метронідазол (0,5 г), фолікулін (5000 ОД), аскорбінову (0,2 г) і молочну (0,05 г) кислоти, новокаїн (0,1 г). За необхідності можна приготувати емульсію такого ж складу на основі обліпихової, оливкової чи іншої рослинної олії. Лікування починають зі зрошення піхви одним із таких антисептичних, антибактеріальних розчинів: 20–30 % розчин сульфацилу натрію, 0,02 % водний розчин фурациліну (активні щодо стрептококів, стафілококів, пневмококів, гонококів, ентеробактерій, трихомонад і т. ін.). При гнійних вульвовагінітах частіше вживається 3 % розчин перекису водню. При вульвовагінітах з атонічним компонентом кращий ефект відмічено при зрошенні піхви настоем зеленого чаю, розчинами з «Геркулесу», житніх або пшеничних висівок.

При гострих вульвовагінітах є ефективними зрошення відварами з окиснювальних трав: шавлії, м'яти, звіробою. Зрошення піхви проводиться в кількості 5–10 мл за допомогою одноразового шприца 5–7 днів щодня. Призначають сидячі теплі ванночки по 15 хв (відвар ромашки, кропиви, чистотілу) — 10,0 г на 1 л води, листя евкалипта — 6,0 г на 1 л води, настою шавлії — 14,0 г на 1 л води, курс — 3–5 днів. У деяких випадках ванночки та зрошування піхви доповнюють мазевими аплікаціями на вульву (мазь каланхое, обліпихова олія, мазь апілаку, пропогнум, аерозолі — гіпозоль, олазоль, пантенол). Спринцювання содовими розчинами, які часто призначаються лікарями, біологічно не виправдані та малоефективні, оскільки сприяють підвищенню і без того високого рН піхви.

Необхідно пам'ятати, що при нейтралізації гідрокарбонатом натрію кислого середовища піхви виділяється вуглекислота (сукцинат), яка може викликати вторинне підсилення секреції, тобто збільшення виділень. Лужне середовище піхви сприятливе для розмноження анаеробів, грибків, трихомонад і менш сприятливе для росту лактобацил. Єдина позитивна дія соди в тому, що вона зменшує в'язкість вмісту піхви. Після зрошення вводять піхвові палички з різноманітними препаратами залежно від етіології запального процесу. Естрогени використовують у формі піхвових паличок, присипок, зрошувань, мазей. Ділянку зовнішніх статевих органів обробляють маззю, яка містить фолікулін (5000 ОД), ланолін, вазелін — порівну, по 25 г, або у піхву піпеткою вводять 3–5 крапель розчину фолікуліну (1000 ОД). Курс лікування — 10–15 днів. Доцільно також використовувати синтетичні естрогени (сигетин, овестин у таблетках, які містять

1 мг естріолу) у вигляді присипок або піхвових зрошень 0,5 % розчином протягом 10 днів.

Якщо процедури не дають ефекту, використовують піхвові палички та мазі з антибіотиками, нітрофуранами, естрогенами: фолікулін 500 ОД + ланолін 30 г; фолікулін 500 ОД + олія какао 1,5 г; фолікулін 500 ОД + норсульфазол 0,5 г + олія какао 1,5 г; левоміколь, левасин; вагінальний крем «Далацин».

При вульвовагінітах, що викликані ентеробактеріями, застосовуються піхвові палички за прописом:

1. Сульфадимезин 0,2 г; фурацилін 0,1 г; фолікулін 250 ОД; ретинолу пальмінат 0,002 г; олія какао 1,5 г.

2. Фуразолідон 0,015 г; поліміксин М — 80 000 ОД; олія какао 1–1,5 г. На курс лікування — 7–10 піхвових паличок.

При вульвовагінітах, що розвинулися на фоні стороннього тіла або ентеробіозу, також переважає колибацилярна флора.

При стафілококово-стрептококовому вульвовагініті застосовуються піхвові палички за прописом:

1. Пеніцилін, неоміцин по 100 000 ОД; олія какао 1,5 г.

2. Фурацилін 0,1 г; фолікулін 250 ОД; олія какао 1,5 г.

При вульвовагінітах з переважанням дифтероїдної флори призначають вагінальні палички за прописом: тетрациклін 0,2 г; молочна кислота 0,001 г; глюкоза 0,2 г; олія какао 1,5 г.

При змішаному бактеріально-атопічному вульвовагініті застосовують вагінальні палички за прописом Т. І. Дергачової та А. А. Родіонченка (1989): левоміцетин 0,1 г; фолікулін 250 ОД; олія какао 1,0 г.

При кандидозних вульвовагінітах у препубертатному періоді виконують інстиляції у піхву 20 % розчину натрію тетраборату з 10-хвилинною експозицією та змашування вульви тричі на день левориновою маззю (2–3 семиденних курси з інтервалом 2 дні). Перспективним є застосування такої форми, як аерозоль певарилу (еконазолу нітрат) і ліпогель, що накладаються безпосередньо шляхом змочування прокладки. Можливі подразнення, гіперемія, сухість, гіпопигментація. У пубертатному періоді препаратом вибору є клотримазол (1 % крем, вагінальні таблетки, 1 % розчин клотримазолу), три семиденних курси з інтервалом 2 дні. Значний терапевтичний ефект спостерігається у дівчаток-підлітків, які живуть статевим життям, при місцевому лікуванні гіно-травогеном («Шерінг», Німеччина). Лікарська форма — вагінальні кульки (0,6 г) ізоконазолу,

вводять на ніч у задне склепіння, одноразово. Курс лікування — 7 днів.

У препубертатному та пубертатному періодах етіотропне лікування проводиться при рецидивному перебігу генітального кандидозу. Застосовують препарати групи імідазолу: кетоназол (нізорал), флюконазол (дифлюкан). При змішаній етіології кандидозного вульвовагініту добрим терапевтичним ефектом характеризується препарат ніфурател (макмірор). Він проявляє фунгіцидну, антибактеріальну, антитрихомонадну дію (таблетки, вагінальні свічки). Призначають по 1 таблетці (300 мг) тричі на день після їди протягом 7 днів. Кліон-Д-100 призначають усередину по 1 таблетці щодня протягом 10 днів. Виявлення інфекції з метою контролю вилікковності проводять через 4 дні та 4 тиж. після припинення лікування. Гіналгін — одна таблетка вводиться в піхву 1 раз на добу протягом 10 днів. Можлива поява побічної дії у вигляді свербіжу в піхві, який минає після припинення лікування. Препарат виявляє антибактеріальний, трихомоноцидний і протигрибковий ефект. Пімафуцин (натаміцин) — свічку вводять у піхву (1 раз на добу) на ніч протягом 2–6 днів. Під час менструації лікування припиняють. При рецидивному або розповсюдженому кандидозі як доповнення до місцевого лікування призначають таблетки пімафуцину 1–4 рази на добу протягом 10–20 днів. Орунгал (капсули) приймають по 1 капсулі на день, курс — 2–4 дні. Еконазол призначають для місцевого застосування (гінопеварил 50). Піхвові свічки вводять 1 раз на добу на ніч протягом 10–14 днів. Хлорхінальдин (хлорквіналдол) — вагінальні таблетки по 200 мг — застосовують по 1 таблетці на день, курс — 7 днів. Мазь «Мірамістин-Дарниця» — інтравагінально та на ділянку вульви. «Золотим» стандартом терапії бактеріального вагінозу вважають протианаеробні препарати кліндаміцин і метронідазол. Кліндаміцин (далацин) приймають усередину по 0,3 г двічі на день протягом 7 днів або місцево 2 % вагінальний крем (далацин С) 5 г на день протягом 3 днів. Метронідазол (трихопол, метрагіл, флагіл, медазол) приймають по 0,5 г двічі на день протягом 5 днів або місцево — по одній вагінальній свічці на ніч (0,5 г) протягом 5 днів. Ефективний прийом 2 г метронідазолу одноразово всередину.

Рекомендується використання загального УФ-опромінення, електрофорезу з 1 % розчином новокаїну або 10 % розчином

хлориду кальцію на ділянку зовнішніх статевих органів. Сорбентотерапія — невід’ємна складова лікувальних заходів при вульвовагінітах, особливо в ювенільному віці, коли важливо обмежити антибактеріальне навантаження на організм і відновити біоценоз піхви. З цією метою рекомендується використовувати «Ентеросгель», який призначають по 10–30 г (5 доз = 15 г) на 2 год у піхву, після чого препарат видаляють фізіологічним розчином (протягом 5 днів). Препарат має унікальні властивості — він вибірково сорбує превалуючі умовно-патогенні бактерії з піхвової флори, пригнічує їх життєдіяльність і водночас поглинає токсини, які утворюються цими ж мікроорганізмами. При цьому лакто- та біфідобактерії не пригнічуються через їх знижену адгезивність. Рекомендується призначати віферон-1 по одній свічці ректально 1 раз на день протягом 7 днів на ніч дітям до 7 років, а віферон-2 — за такою ж схемою — дітям після 7 років. Іноді ефективно використання інтерферону — циклоферону або йодинуру. Для профілактики дисбіозу кишечника у дівчаток з вульвовагінітами, що виникають на фоні запальних захворювань шлунково-кишкового тракту, рекомендується застосування еубіотичних препаратів, які спрямовані на нормалізацію кишкової флори. Бактисубтил з профілактичною метою призначають по 1 капсулі двічі на день, курс — 14 днів; біфідумбактерин-форте — по 5 доз 1 раз на день протягом 7–10 днів. Вітофлор є препаратом симбіотичної системи, що складається з двох штамів ацидофільної палички. Режим дозування: кисломолочний продукт призначають по 100 мл на добу протягом 10–15 днів. Для інтравагінальної корекції біоценозу піхви 1 флакон розводять в 10 мл дистильованої води, в піхву інстилюють 5 мл, експозиція 10 хв) двічі на добу.

Сьогодні використовують фітопрепарати. Привертає увагу й ароматерапія, яка передбачає використання ефірних олій. Ефірні олії — це леткі пахучі рідини, які створені самою природою, характеризуються цілою низкою лікувальних властивостей. При запальних захворюваннях жіночих статевих органів використовують лавандову ефірну олію. Її основні властивості — це антиспазмолітична, знеболювальна, заспокійлива, антисептична, сечогінна, репаративна дія.

Міністерством охорони здоров’я США і Центрами з контролю і запобігання захворюванням запропоновані такі схеми лікування хламідіозу.

Для старших підлітків: азитроміцин (1 г перорально) одно-разово або доксициклін (100 мг перорально) двічі на день протягом 7 днів.

Альтернативні схеми: еритроміцин основний (500 мг перорально) 4 рази на день протягом 7 днів або еритроміцину етилсукцинат (800 мг перорально) 4 рази на день протягом 7 днів, або офлоксацин (300 мг перорально) двічі на день протягом 7 днів.

Використовують препарат «Поліжинакс Вірго» у дівчаток, хворих на вульвовагініти, спричинені асоціацією мікроорганізмів. Поєднання двох антибіотиків — сульфату неоміцину 35 тис. МО (до нього чутливі колібацilli, стафілококи, стрептококи) і поліміксину В 35 тис. МО (ентерококи та гемофіліс) — з протигрибковим препаратом ністатином 100 тис. МО дозволило забезпечити бактерицидну дію на широкий спектр грам-позитивних і грамнегативних мікроорганізмів, а також фунгіцидний і фунгістатичний ефект. «Поліжинакс» має рН 4,8, завдяки чому підкислює лужне середовище піхви у дівчаток.

«Поліжинакс Вірго» містить також гель диметилполісилоксану, який характеризується обволікаючою дією та сприяє проникненню активних компонентів лікарського засобу у слизову оболонку піхви.

Перевагою препарату є відсутність у ньому гормональних компонентів. Результатом використання «Поліжинакс Вірго» стали:

— відсутність клінічних симптомів протягом 3–4 діб;

— достатній сануючий ефект (84 %) при застосуванні препарату протягом 6 днів.

Лавандова ефірна олія є офіційною сировиною для виготовлення препаратів з метою лікування гнійних ран і гангрен. Вона активно пригнічує розвиток асептичного й інфекційного запалення, її протизапальна дія не менш активна, ніж інших протизапальних препаратів. Для спринцювань при запальних процесах у гінекології використовується ароматична лавандова вода або відвар двох столових ложок квіток лаванди на 1 л води (кип'ятити 10 хв, додати ще 1 л перевареної води).

Ялівцева ефірна олія має сильну бактерицидну дію, ванни з основою ефірною олією використовують при білях.

Ефірні олії з туї, розмарину, евкаліпта також застосовують при інфекціях сечостатевої системи.

Ефірні олії з шавлії характеризуються антисептичною, протизапальною, спазмолітичною, кровоспинною, в'язучою та репаративною дією.

**Загальна класифікація
запальних захворювань внутрішніх статевих органів
дорослих і дітей (МКХ-10)**

№ 70 Сальпінгіт та оофорит

№ 70.0 Гострий сальпінгіт та оофорит

№ 70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит. Гідросальпінкс

№ 70.9 Сальпінгіт та оофорит, неуточнені

№ 71 Запальна хвороба матки, за винятком шийки матки

№ 71.0 Гостре запальне захворювання матки

№ 71.1 Хронічне запальне захворювання матки

№ 71.9 Запальне захворювання матки, неуточнене

№ 72 Запальна хвороба шийки матки. Цервіцит. Ендоцервіцит. Екзоцервіцит

№ 73 Інші запальні хвороби органів малого таза у жінок

№ 73.0 Гострий параметрит і тазовий целюліт. Абсцес шишкої зв'язки, параметрія. Тазовий целюліт, жіночий

№ 73.1 Хронічний параметрит і тазовий целюліт. Будь-який із станів у рубриці № 73.0, визначений як хронічний

№ 73.2 Параметрит і тазовий целюліт, неуточнений. Будь-який із станів у рубриці № 73.0, не уточнений як хронічний або гострий

№ 73.3 Гострий тазовий перитоніт у жінок

№ 73.4 Хронічний тазовий перитоніт у жінок

№ 73.5 Тазовий перитоніт у жінок, неуточнений

№ 73.6 Тазові перитонеальні спайки у жінок. *Виключено:* тазові перитонеальні спайки у жінок післяопераційні (№ 99.4)

№ 73.8 Інші уточнені запальні хвороби органів малого таза у жінок

№ 73.9 Запальна хвороба органів малого таза у жінок, неуточнена. Інфекційні або запальні хвороби малого таза у жінок БДВ*

№ 74 Запальні ураження органів малого таза у жінок при хворобах, класифікованих в інших рубриках

№ 74.0 Туберкульозна інфекція шийки матки (А 18.1)

№ 74.1 Запальні хвороби органів малого таза туберкульозної етіології у жінок (А 18.1)

№ 74.2 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені сифілісом (А 51.4, А 52.7)

* БДВ — без додаткового визначення.

№ 74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок (А 54.2)

№ 74.4 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені хламідіями (А 56.1)

№ 74.8 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках

Етіологія. Найчастіше збудником запальних процесів внутрішніх статевих органів є кишкова паличка, бактероїди, стафілококи, ентерококи, хламідії, *Mycoplasma*, *Ureaplasma urealyticum*, вірус герпесу, гонокок і асоціації різних мікроорганізмів. Більшість запальних процесів викликана асоціацією мікроорганізмів, тобто інфекція має полімікробний характер.

Сучасні дані з вивчення етіології запальних процесів статевих органів дівчат свідчать про зростання ролі патогенних стафілококів, резистентних до дії антибіотиків.

Патогенез. Висхідний шлях інфекції переважає у генезі виникнення запального процесу органів малого таза. Особливо це типово для неспецифічних збудників — стафілокока та стрептокока.

Запальний процес може виникнути в результаті активації нормальної ендogenousної флори піхви за умови ослаблення захисних сил організму, його місцевого імунітету, змін ендокринної системи внаслідок зовнішнього впливу (аборт, внутрішньоматкові контрацептиви).

Можливе розповсюдження інфекції лімфатичним і гематогенним шляхом.

Запальний процес придатків матки може виникнути внаслідок первинного інфікування очеревини при апендициті, холециститі, панкреатиті, пієлонефриті.

Основним механізмом патогенезу гострого запалення придатків матки є стан ендogenousної інтоксикації ендogenousної й екзотоксинами, які пригнічують функцію мононуклеарно-фагоцитарної системи, знижують активність фагоцитів, титр комплементу й інших факторів неспецифічної резистентності організму, порушують мікроциркуляцію в органах і тканинах.

Порушення системи гемостазу та мікроциркуляції — одна з головних патогенетичних ланок запального процесу. Відмічається підвищення коагуляційного потенціалу та зниження фібринолітичної активності крові, порушення мікроциркуляції. Все це призводить до гіпоксії тканин, затримки процесу регенерації.

Біологічно активні речовини, які утворюються в осередку запалення (гістамін, лейкотоксин, адренергічні, холінергічні), діють на рецептори, викликають зміни в центральній і периферичній нервових системах. Знижується функція симпатoadrenalової системи. Зміни в рецепторному апараті придатків і дисрегуляція центральної нервової системи призводять до порушення статевої системи, нейрогуморальної регуляції менструального циклу, порушення репродуктивної функції. У хворих із гострим запальним процесом пригнічується функція гіпофіза, яєчників, щитоподібної залози. При дослідженні вмісту гормонів спостерігаються порушення базальної та циклічної продукції, секреції ЛГ і ФСГ, зниження рівня естрадіолу (недостатність фолікулінової та прогестеронової фаз циклу).

Поширення інфекції на очеревину малого таза при серозних або гнійних сальпінгітах, піоваріумі та тубооваріальному абсцесі призводить до розвитку пельвіоперитоніту (обмежений перитоніт). Кінцевим результатом реакції очеревини є утворення спайок, що обмежує запальний процес малого таза. При тривалій дії мікробного фактора посилюються дистрофічні зміни в мезотелії, підвищуються ексудація та лейкодіapedез, серозний пельвіоперитоніт переходить у гнійний.

Пельвіоперитоніт у дівчат перебігає в двох клінічних формах — закритій (процес обмежений петлями кишечника, сальником, спайками) та відкритій (інфекція виходить за межі малого таза).

Клініка. Найтяжче перебігають аднексити, які викликані анаеробною інфекцією, особливо в асоціації з *E. coli* та стафілококом. Менш виражено, але більш тривало перебігають запальні процеси, зумовлені специфічними збудниками (хламідія, мікоплазма).

Захворювання починається після або напередодні менструації. Інвазивні методи діагностики (вишкрібання, гістероскопія, гідротубація), введення або вилучення внутрішньоматкової спіралі призводять до провокації запального процесу. Активацію його можуть спричинити перевтома, переохолодження, стрес, фізичне навантаження, статевий акт.

При гострій стадії запалення пацієнтки скаржаться на болі у нижніх відділах живота, які іррадіюють у ділянку куприка, на внутрішню поверхню стегна, пряму кишку. За наявності хламідійної або гонококової інфекції турбують болі в правому підребер'ї (перигепатит).

Температура тіла підвищується до 38–39 °С. З'являються нудота, блювання, помірне здуття живота, різі при сечовипусканні, виділення зі статевих шляхів гнійного, сукровичного або кров'янистого характеру.

Відмічається загальна слабкість, сухість у роті. У нижніх відділах живота з'являється симптом Щоткіна — Блюмберга.

Загострення хронічного запалення має аналогічну клінічну картину, разом з тим захворювання пов'язують із впливом екзогенних чинників. Посилення больового синдрому супроводжується порушенням сну, апетиту, швидкою втомою, роздратованістю.

При формуванні гнійних осередків (піосальпінкс, піоваріум) симптоматика характеризується більшою тривалістю з періодами ремісії та частими рецидивами. Кожне наступне загострення перебігає тяжче і супроводжується підвищеною температурою, лихоманкою, інтоксикацією.

Клінічна картина пельвіоперитоніту (закрита стадія) характеризується підвищенням температури тіла до 39–40 °С, появою лихоманки, сильного болю внизу живота, нудотою, блюванням. Розвивається гіпо- або атонія кишечника. Симптом подразнення очеревини різко позитивний у нижніх відділах. Загальний стан хворих середньої тяжкості або тяжкий.

Клінічна картина відкритої стадії пельвіоперитоніту подібна до розлитого перитоніту, що ускладнює його діагностику.

Діагностика. Вивчення анамнезу, оцінка загального стану пацієнтки, дані гінекологічного огляду, а також лабораторних досліджень (клінічний і біохімічний аналізи крові та сечі, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження ексудату, УЗД, лапароскопія, пункція заднього склепіння) дають можливість встановити діагноз гострого запалення, визначити тяжкість процесу, природу збудника.

Невідкладна допомога. При загостренні запального процесу придатків матки та при підозрі на пельвіоперитоніт необхідна термінова госпіталізація в спеціалізоване гінекологічне відділення. Введення знеболювальних, спазмолітичних засобів, грілки з льодом на низ живота, антибіотики широкого спектра дії (добова доза) є протипоказанням, що може призвести до маскування симптомів основного захворювання, зниження якості диференційної діагностики та лікування.

Кваліфікована та спеціалізована допомога. Головний метод лікування — антибактеріальна терапія, яка проводиться відра-

зу ж після взяття матеріалу на бактеріологічне, цитологічне та культуральне дослідження. Вибір антибіотиків проводять залежно від чутливості збудника.

При сприятливому клінічному ефекті внутрішньовенне введення антибіотиків необхідно проводити впродовж 4 днів, а далі переходити на внутрішньом'язове й ентеральне введення. Антибактеріальну терапію закінчують через 2 доби після нормалізації температури.

За відсутності позитивної динаміки протягом 48 год план антибактеріальної терапії необхідно переглянути.

З метою профілактики дисбактеріозу кишечника та піхви до базової терапії приєднують: біфікол, ацилакт, лактобактерин, біфідум бактерин, ністатин, леворин. Курс лікування — 10–14 днів.

Для профілактики та лікування кандидозу піхви рекомендовано свічки «Поліжинакс Вірго» (по 1 свічці на день вагінально протягом 12 днів), натаміцин (по 1 свічці на день вагінально протягом 6 днів), флюконазол (*per os* по 1–2 капсули або натаміцин у вигляді вагінальних свічок протягом 6–9 днів, або по 1 таблетці двічі на добу впродовж 10 днів).

Зміни в імунному статусі потребують призначення імуномодуляторів, імуностимуляторів, адаптогенів:

— інтерферон, α -2 В (по 2 свічки на добу протягом 10 днів, потім тричі на тиждень через день по 2 свічки);

— імуноглобулін антистафілококовий: по 5 мл внутрішньом'язово через 1–2 дні, курс — 3–5 ін'єкцій;

— імуноглобулін людський нормальний: по 3 мл внутрішньом'язово через 1–2 дні, курс — 3–5 ін'єкцій;

— адсорбований стафілококовий анатоксин: по 0,5–1 мл підшкірно в ділянку нижнього кута лопатки через 3–4 дні, курс — 3 ін'єкції;

— метилурацил по 0,5 г тричі на день;

— лізоцим внутрішньом'язово по 100 мг 2–3 рази на добу, курс — 7–10 днів;

— левомізол 150 мг на добу одночасно або за 3 прийоми по 50 мг 3 дні підряд із подальшою двотижневою перервою;

— дибазол 0,5 таблетки двічі на день (7–10 днів);

— Т-активін по 1 мл двічі на тиждень;

— тималін по 10 мг 2–3 рази на добу 7–10 днів.

Патогенетично обгрунтованим є призначення антигістамінних препаратів (димедрол, піпольфен, супрастин, таве-

гіл, кальцію хлорид, глюконат кальцію); седативних засобів (настоянки кореня валеріани, трави собачої кропиви, півонії).

У гострій стадії захворювання при інтоксикації проводиться інфузійна терапія: реополіглюкін, фізіологічний розчин NaCl, розчин Рінгера — Локка. У комплексній терапії застосовують фолієву кислоту (перша фаза циклу), аскорбінову кислоту (друга фаза циклу) та вітамін Е, ультрафіолетове опромінення крові.

За відсутності суттєвих змін стану пацієнтки протягом 48 год при проведенні інтенсивної терапії та при подальшому погіршенні стану виконують хірургічне втручання.

Показання до хірургічного втручання:

- підозра на перфорацію гнійного утворення придатків;
- наявність піосальпінксу, піовару або тубооваріального абсцесу на фоні ВМС;
- ускладнення гострого запалення придатків матки гнійним параметритом;
- неефективність комплексного лікування з використанням лапароскопічного дренивання, яке проводилося протягом 2–3 діб.

Характер оперативного втручання залежить від розповсюдженості процесу в придатках (піосальпінкс, піовар, тубооваріальна пухлина, однобічний або двобічний процес і запалення параметральної клітковини), наявності спайкового процесу в черевній порожнині, зв'язку захворювання з абортами, пологами та ВМС, наявності поєднаної гінекологічної патології, віку дівчини.

У дівчат-підлітків оперативне втручання обмежується видаленням змінених органів: маткової труби, яєчника.

У післяопераційному періоді проводиться інтенсивна терапія:

- боротьба з інфекцією (бактеріологічне обстеження, антибіотикограма);
- перфузійно-трансфузійна терапія;
- проведення неспецифічної протизапальної терапії, використання десенсибілізуючих засобів;
- стимуляція імунного статусу пацієнтки;
- вітамінотерапія, стимуляція функції кишечника.

Вітофлор — симбіотична система, яка складається з двох штамів ацидофільної палички (А-91 та Н-91). Режим дозуван-

ня: кисломолочний продукт призначають по 100 мл на добу протягом 10–15 днів. Для інтравагінальної корекції біоценозу піхви 1 флакон розводять в 10 мл дистильованої води, в піхву інстилюють 5 мл, експозиція 10 хв, двічі на добу. Курс — 10 днів.

Біфідумбактерин, розведений у 5 мл перевареної води, охолодженої до кімнатної температури, з додаванням лактози наносити на тампони по 2,5–3 дози двічі на день (інтравагінально).

В акушерсько-гінекологічній практиці перитоніт трапляється від 1 до 4,5 % випадків і найчастіше — при прориві в черевну порожнину гною із запальної пухлини придатків матки чи нагноєної пухлини яєчника, після операції кесаревого розтину, гінекологічних операцій, а також кримінальних абортів. Летальність від перитоніту сягає 10–35 %.

Основна причина виникнення перитоніту — проникнення в черевну порожнину патогенної мікрофлори. Найбільш частими збудниками даного захворювання є стафілококи, стрептококи, грампозитивні та грамнегативні палички і колибацилярна інфекція, серед анаеробів — клібсієла. Однак наявності лише інфекції в черевній порожнині недостатньо для розвитку перитоніту. Перитоніт — це особлива форма реакції організму на конфлікт очеревини з агресивним агентом, що виникає як наслідок змін реактивності в результаті попереднього захворювання.

Зважаючи на те, що перитоніт акушерсько-гінекологічного генезу починається з малого таза, подальший перебіг його багато в чому залежить від анатомо-топографічних особливостей розміщення жіночих статевих органів, реактивності, резистентності очеревини. Специфічна іннервація очеревини малого таза зумовлює особливість проявів рефлекторних реакцій при її подразненні. Клінічно це проявиться пізнім і маловираженим напруженням м'язів передньої черевної стінки, відсутністю симптомів подразнення очеревини. Через особливості кровопостачання очеревини малого таза та співвідношення в її шарах кровоносних і лімфатичних капілярів процеси трансудації переважають над резорбтивними. Інтенсивно розвинута сітка лімфатичних капілярів у цій ділянці служить шляхом для всмок-

тування. Водночас переважна частина лімфи з цієї ділянки потрапляє не в магістральні лімфатичні колектори, а фільтрується через численні лімфатичні вузли промежини та стегна. Клінічним проявом такої особливості топографії судинних систем є незначний ендотоксикоз при запаленні очеревини в результаті менш вираженого всмоктування і розповсюдження токсинів. Висока місцева резистентність очеревини малого таза є морфологічною основою тенденції до відмежування запального процесу з утворенням гнійників різної локалізації. Цьому ж сприяють топографічні особливості очеревини, наявність численних складок і карманів.

Незважаючи на анатомо-функціональні особливості очеревини малого таза, перебіг перитоніту в цій ділянці, в цілому, відповідає основним закономірностям розвитку запального процесу. Бактеріальне забруднення очеревини призводить до запальної гіперемії: збільшується проникність судин, з'являються плазматична ексудація, міграція клітин. Характер ексудату спочатку серозний. Зростання проникності судин спричиняє появу в ньому фібрину, який відкладається на серозних поверхнях. Міграція в черевну порожнину лейкоцитів, їх протеолітична активність призводять до появи гною. За наявності анаеробів ексудат стає гнильним. Виникають порушення мікроциркуляції, що проявляються у шунтуванні крові артеріо-венозними анастомозами, агрегацією еритроцитів, стазом, розвитком ДВЗ-синдрому. Прогресування запального процесу призводить до функціональних і структурних порушень суміжних органів.

Найбільш поширеною класифікацією перитоніту, в якій враховано етіологію, вид збудників, стадію процесу та його розповсюдженість, є така:

I. За етіологією:

- асептичні;
- інфекційні.

II. За видом збудника:

- колібацилярні, анаеробні;
- стафілококові;
- стрептококові;
- спричинені змішаною інфекцією.

III. За розповсюдженістю:

— дифузні (процес охоплює не більше ніж 3 анатомічних ділянки; в акушерсько-гінекологічній практиці прикладом може служити пельвіоперитоніт, при якому запальний процес не виходить за межі малого таза);

— розлиті (процес захоплює від 3 до 6 анатомічних ділянок);

— загальні (у процес залучена вся очеревина).

IV. За причинами виникнення:

— перфоративний;

— післяопераційний;

— травматичний;

— гематогенний;

— криптогенний.

V. За стадійністю перебігу:

— реактивна фаза;

— токсична фаза;

— термінальна фаза;

— фаза завершення.

Реактивна фаза (перші 24 год) — максимально виражені місцеві явища: різкий больовий симптом, захисне напруження м'язів живота, блювання, збудження. Загальні прояви — частішання пульсу до 120 ударів за 1 хв, прискорення дихання, підвищення артеріального тиску, температури (у межах 38 °С) і помірно виражене токсичне зрушення у формулі крові. Інтосикація не виражена.

Токсична фаза (24–72 год) — місцеві прояви стихають, переважають загальні реакції, що характерні для вираженої інтоксикації. З місцевих проявів для цієї фази є характерним зниження больового синдрому, захисне напруження м'язів, зникнення перистальтики, наростання метеоризму. Загальні симптоми проявляються в блідості, малорухомості, загостренні рис обличчя, частоті пульсу понад 120 ударів за 1 хв, зниженні артеріального тиску, пізньому блюванні, гектичній температурі, значному зрушенні формули крові.

Термінальна фаза (понад 72 год) характеризується глибокою інтоксикацією, адинамією, значними розладами дихання та серцево-судинної діяльності, рясним блюванням, зниженням температури на фоні різкого зрушення форму-

ли крові. З місцевих проявів характерні повна відсутність перистальтики, значний метеоризм, розлитий біль по всьому животу.

Гінекологічний перитоніт

Етіологія. Перфоративний перитоніт генітального походження трапляється при прориві у черевну порожнину гною із запальної пухлини придатків матки, гнійників тазової клітковини, пухлини яєчника, яка нагноїлася при перекуті її ніжки або внаслідок ускладнення гінекологічних операцій. Перфорації, як правило, передують гострий запальний процес чи загострення хронічного запального захворювання з утворенням осумкованих трубно-яєчникових пухлин. Розрив осумкованих гнійників може трапитися раптово внаслідок травми (падіння, удар, надзвичайне фізичне напруження), але частіше перфорація гнійника відбувається внаслідок некрозу стінки запальної пухлини.

Клініка. При перфорації чи розриві гнійника та потраплянні гною в черевну порожнину з'являються гострий ріжучий біль у животі, частий і слабкий пульс, блідість шкірних покривів, ціаноз губ, нудота, блювання, напруження черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна, підвищення температури. Однак у подальшому гінекологічний перитоніт відрізняється від хірургічного цілою низкою особливостей — повільнішим перебігом процесу, тенденцією до обмеження його ділянкою малого таза внаслідок конгломерації органів малого таза з петлями кишечника та великим сальником. Цьому сприяють фіброзні нашарування на очеревині.

Діагностика. Картина крові характеризується вираженим лейкоцитозом із нейтрофільним зміщенням вліво, еозінопенією, підвищенням ШОЕ, зниженням кількості еритроцитів і гемоглобіну. Гінекологічне дослідження болісне, особливо при зміщенні шийки матки, відмічається нависання склепінь. Діагностика передбачає необхідне виконання трансвагінальної пункції, при якій можна отримати серозний або гнійний ексудат.

Лікування гострого перитоніту акушерсько-гінекологічного генезу — це оптимальне поєднання оперативного втручання та консервативних заходів. Оперативне втручання при розповсюджених формах акушерсько-гінекологічного перитоніту повинно бути спрямоване на розв'язання трьох основних завдань:

- 1) ліквідацію причини перитоніту;
- 2) ефективну санацію черевної порожнини;
- 3) забезпечення можливостей евакуації ексудату з черевної порожнини в післяопераційному періоді.

Ліквідація причини перитоніту в кожному конкретному випадку індивідуальна.

Ідеальний результат ефективної санації черевної порожнини — досягнення повної абактеріальності. Однак жоден із відомих методів санації черевної порожнини не забезпечує абсолютного знищення в ній мікроорганізмів. Це зумовлено тим, що мікроорганізми знаходяться не тільки в перитонеальному ексудаті, складках очеревини, щілинах, утворених фібрином, а й у товщі очеревини. Реальним завданням оперативного втручання при перитоніті є значне зниження бактеріальної забрудненості черевної порожнини до концентрацій, при яких мікроорганізми не здатні підтримувати прогресування запального процесу. Ефективність санації черевної порожнини залежить від багатьох чинників. Важливе значення має вибір адекватного розчину антисептика, який згубно діє на мікрофлору в черевній порожнині. Найбільш розповсюдженими методиками є використання розчинів фурациліну, фурагіну, хлоргексидину, декаметоксину, 1 % розчину етонію. Вибір останнього зумовлений тим, що етоній як похідне четвертинних амонієвих сполук характеризується широким спектром антибактеріальних властивостей і є поверхнево-активною речовиною, що сприяє значному очищенню оброблених поверхонь. Водночас інтраопераційно не можна передбачити чутливість мікроорганізмів до кожного з цих антисептиків. До того ж важливе значення має експозиція антисептика в черевній порожнині, яка повинна бути достатньою для бактерицидної дії препарату: мінімальний термін взаємодії антисептика та мікроорганізму для досягнення бактерицидного ефекту повинен дорівнювати 10–15 хв. Утім, одноразове промивання черевної порожнини антисептиком, навіть з такою експозицією, малоефективне, потрібне кількаразове промивання черевної порожнини. Досягти більшого ефекту в санації черевної порожнини допомагає її УФ-опромінення після промивання антисептиком.

Після ліквідації джерела перитоніту, санації черевної порожнини проводиться трансназальний тубаж тонкого кишечника

до баугінієвої заслінки поліхлорвініловим зондом завдовжки близько 50 см з численними бічними перфораційними отворами. Одночасно через відхідник проводиться тубаж товстої кишки за допомогою зонда з перфораційними отворами на всьому протязі. Тубаж кишечника дозволяє розвантажити шлунково-кишковий тракт від скупчення газів і застійного токсичного вмісту, запобігти розвитку кишкової непрохідності та тромбогеморагічному синдрому. В місці найбільшого скупчення гнійного ексудату вводять поліетиленові дренажі, а рану лікують відкритим способом, тобто методом запрограмованої лапаростомії, яку виконують з інтервалом 24–48 год залежно від розповсюдженості перитоніту. Клінічні та лабораторні дослідження підтверджують, що при розповсюджених формах перитоніту одномоментною інтраопераційною санацією черевної порожнини не вдається повністю зупинити прогресування запального процесу в очеревині. За 72 год ті мікроорганізми, які залишилися в черевній порожнині, ініціюють подальше прогресування запального процесу. Кількість токсинів, що при цьому утворюється і всмоктується, є достатньою для клінічних і лабораторних проявів зростання ендотоксикозу. З огляду на автокаталітичний характер патологічних процесів при перитоніті, стає зрозумілою реальна небезпека відновлення вихідних патоморфологічних і клінічних змін, погіршення стану хворих. Усе це зумовлює необхідність повторної санації черевної порожнини саме в термін не пізніше 72 год після першої операції.

Головним компонентом комплексної інтенсивної терапії перитоніту є інфузійно-трансфузійна терапія під моніторним контролем показників колоїдно-осмотичного стану. З цією метою внутрішньовенно вводять велику кількість рідини (4–5 л) на фоні форсованого діурезу (0,02 г фуросеміду в поєднанні зі спазмолітиками після введення кожного літра рідини).

Детоксикаційна терапія та корекція кислотно-лужної рівноваги включають внутрішньовенне введення реополіглюкіну, желатинолю, які покращують реологічні властивості крові. Такий же ефект спостерігається при використанні неокомпенсану дозою 3,0 мл/кг і реополіглюкіну дозою 6,6 мл/кг. Уведення плазми крові об'ємом 250–500 мл нівелює анемію, гіпоксію, стимулює імунізаційні сили організму. Для поліпшення реологічних

властивостей крові, детоксикації, відновлення гемодинаміки та змін ОЦК застосовують розчини плазми, протеїну, альбуміну, еритроцитарну масу. Для покращання гемодинаміки призначають серцеві глікозиди, кортикостероїди, АТФ, кокарбоксілазу, трентал, для зменшення катаболізму — анаболічні гормони (ретаболіл 1 раз на 3 дні), вітаміни групи В і аскорбінову кислоту. Низка заходів повинна бути спрямована на зменшення порушень мікроциркуляції та ДВЗ-синдрому. Задля цього використовують гепарин по 500 ОД на 1 кг маси тіла на добу, нікотинову кислоту — 3 мг на 1 кг, еуфілін — 10 мг на 1 кг, контрикал — 100 ОД/кг. Для підвищення імунологічної реактивності організму вводять гамма-глобулін, антистафілококову плазму, тималін, Т-активін, лізоцим, призначають пентоксил, метилурацил і декарис; для нормалізації функції паренхіматозних органів і тканинного метаболізму — 1 % розчин глютамінової кислоти, кокарбоксілазу, фолієву кислоту, сирепар.

Антибактеріальну терапію проводять одночасно двома-трьома препаратами. Заміну антибіотиків здійснюють через 10 днів з урахуванням чутливості до них мікрофлори. Найбільш практичним у використанні є цифран — фторхінолоновий протимікробний препарат широкого спектра дії, ефективний щодо грампозитивних і грамнегативних бактерій, вводиться 200 мг через 12 год внутрішньовенно. Далацин Ц (кліндаміцин) має спектр активності, що включає анаероби та грампозитивні аероби, за винятком ентерококів, добре абсорбується із шлунково-кишкового тракту (на його абсорбцію не впливає прийом їжі). Зинацеф (цефуросим) є антибіотиком широкого спектра дії, в поєднанні з метронідазолом застосовується при анаеробній інфекції. З профілактичною метою в гінекології черевної порожнини рекомендується ввести 1,5 г препарату внутрішньовенно перед наркозом, згодом — 750 мг внутрішньом'язово через 8 та 16 год. Максимально допустима доза — 3–6 г на добу. Цефспан — пероральний препарат із групи цефемів, виявляє виражену пролонговану дію, проте він стійкий до β -лактамази. Цефоксим-фортум — перший цефалоспорин широкого спектра дії з високою активністю проти синьогнійної палички, має значно меншу токсичність порівняно з аміноглікозидами (клафоран, зіннат, цефотаксим, тінам, мефоксим та ін).

Існують такі вікові обмеження щодо застосування антибактеріальних препаратів: тазоцин (комбінований пеніцилін) заборонено дітям до 2 міс.; цефалоспорини, з огляду на нефро-, нейро-, гемато- та гепатотоксичність, використовують для лікування новонароджених тільки за життєвими показаннями; гентаміцин заборонений до 2 років (отонейротоксичний); тетрацикліни заборонені до 8 років (гепатотоксичні), пригнічують білоксинтезувальну функцію печінки внаслідок антианаболічного ефекту, нагромаджуються в кістках, дентині; хлорамфенікол (левоміцетин) заборонений до 6 міс. (гематотоксичний); ванкомицин заборонено новонародженим (нефротоксичний); аміноглікозидні антибіотики проявляють значну ото- та нефротоксичну дію.

Ефективна та безпечна антибіотикотерапія може бути проведена з урахуванням:

- анатомо-фізіологічних особливостей організму дівчат (стан шлунково-кишкового тракту, вміст альбумінів у крові, проникність гематоенцефалічного бар'єра, вікові особливості біотрансформації лікарських засобів у печінці, функціональний стан нирок у дитини);

- особливостей фармакокінетики препарату залежно від віку пацієнтки і тяжкості перебігу процесу;

- переважної фармакотоксичності (ото-, нефро-, нейро-, гепатотоксичності);

- вікових обмежень щодо застосування окремих груп препаратів.

Слід пам'ятати, що напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини II і III поколінь характеризуються імунодепресивною активністю, а їх тривале використання може призвести до розвитку вторинного імунодефіциту як Т-, так і В-системи імунітету. Тому необхідно звернути увагу на різке зменшення лейкоцитозу, значне зниження загальної кількості лімфоцитів у крові, що свідчить про різку активацію інфекції або імунодепресії, яка пов'язана з лікуванням. Тривала лімфопенія — несприятлива ознака для завершення запального процесу.

Необхідно призначати методи лікування, які стимулюють захисні реакції організму: УФО, лазерне опромінення, озоновані розчини, ферментні препарати, що справляють імуномодельючий ефект, сприяють фагоцитозу, активності макрофагів, кілерів, імунокомпетентних клітин (табл. 26–28).

При антибактеріальній терапії запальних захворювань статевих органів у дівчат-підлітків пильну увагу потрібно приділити профілактиці дисбактеріозу (табл. 29).

**Антибактеріальні препарати для загального застосування
при лікуванні запальних захворювань статевих органів у дівчат**

Препарат	Шлях уведення	Доза	
		До 14 років	Після 14 років
Еритроміцин	Усередину, внутрішньовенно	—	по 0,5 г двічі на день
Сумамед (азитроміцин)	Усередину	—	1 г одноразово
Рулід (рокситроміцин)	Усередину	—	по 150 мг двічі на день
Роваміцин (спіраміцин)	Усередину, внутрішньом'язово	—	6–9 млн ОД на 2–3 прийоми
Ерициклін (еритроміцин + тетрациклін)	Усередину	3–7 років — 1 капс. двічі на день	по 2 капс. двічі на день
Доксициклін	Усередину	3–7 років — 50 мг 1–2 рази на день	по 100 мг 1–2 рази на день
Кліміцин (кліндаміцин)	Усередину, внутрішньом'язово	8–25 мг/кг на 3–4 прийоми	8–25 мг/кг на 3 прийоми
Амоксиклав (амоксицилін + клавуланова кислота)	Усередину	20–40 мг/кг на 3 прийоми	20–40 мг/кг на 3 прийоми
Максаквін (ло- мефлоксацин)	Усередину	—	400 мг — 1 раз на добу
Тієнам (іміпе- нем + циласта- тин натрію)	Внутрішньовенно внутрішньом'язово	15 мг/кг через 4 год	250–1000 мг через 6–12 год, 500–750 мг через 12 год
Номіцин (норфлоксацин)	Усередину	—	по 400 мг двічі на день
Ципринол (ци- профлоксацин)	Усередину внутрішньовенно	—	250–750 мг двічі на день 200 мг на добу
Мефоксин (цефокситин натрію)	Внутрішньовенно, внутрішньом'язово	20–40 мг/кг через 6–12 год	1–3 г через 8 год
Пімафуцин (натаміцин)	Усередину (не всмоктується)	1/2 табл. 2–4 рази на добу	1 табл. 4 рази на добу

Препарат	Шлях введення	Доза	
		До 14 років	Після 14 років
Ороназол (кетоназол)	Усередину	3–5 мг/кг на 2 прийоми	1 табл. двічі на добу
Макмірор (ніфурател)	Усередину	10 мг/кг на 2 прийоми	1–3 табл. тричі на добу
Метронідазол	Усередину	7,5 мг/кг на 3 прийоми	400 мг двічі на добу
Метрогіл (метронідазол)	Внутрішньовенно	5–10 мг/кг через 8 год	400 мг через 8 год

Таблиця 27

**Антибактеріальні препарати для місцевого застосування
при лікуванні запальних захворювань статевих органів у дівчат**

Препарат	Форма випуску	Спосіб застосування	
		Діти	Підлітки
Клотримазол	Крем	1–3 г у піхву	5–10 г у піхву
Поліжинакс (неоміцин + поліміксин)	Капсули	—	1 капс. у піхву 1 раз на день
Травоген (ізоконазол)	Крем	На вульву	
Травокорт (ізоконазол + дифлюкортолон)	Крем	На вульву	
Пно-Травоген	Овулі	—	1 г у піхву 1 раз на 7 днів
Макмірор комплекс (ніфурател+ністатин)	Свічки	—	1 г у піхву 1 раз на день
	Мазь	1–3 г у піхву	5–10 г у піхву
Пімафуцин (натаміцин)	Свічки	—	1 г у піхву
	Крем	1–3 г у піхву	
Пімафукорт (натаміцин + гідрокортизон)	Крем	На вульву	
Тержинан	Свічки	—	1 г у піхву 1 раз на день
Мірамістин	Мазь	На вульву	На вульву

Препарати, які застосовують для імунокорекції

Препарат	Спосіб уведення	Вік (роки)	Разова доза	Прийомів на день	Умови прийому	Тривалість курсу
Рослинні препарати						
Екстракт елеутеро-коку	<i>Per os</i>		Крапля на рік життя	2–3	За 30 хв до їди	30 днів
Настоянка кореня женьшеню	<i>Per os</i>		Крапля на рік життя	2–3	За 30 хв до їди	30–40 днів
Настоянка ехінацеї	<i>Per os</i>	1–6 6–12	5–10 кр. 10–15 кр.	3		1–8 тиж.
Імунал		>12	15–20 кр.			
Екстракт родіоли рожевої	<i>Per os</i>		Крапля на рік життя	3	За 15–30 хв до їди	10 днів – 4 міс.
Сапарал	<i>Per os</i>		1/8–1 табл. 0,05 г	2	Після їди	15 днів, через 2 тиж. повторити у половинній дозі
Алое	Під-шкірно	До 5 >5	0,2–0,3 0,5	1	Після їди	15–25 ін'єкцій
3 мікробних клітин						
Нуклеїнат натрію	<i>Per os</i>	До їди 2–5	5–10 мг 15–50 мг	3	До їди	10–15–30 днів
		5–7	50–100 мг			
		8–14	200–300 мг			
Рибомуніл	<i>Per os</i>	2 і більше	3	1	Натще	4 дні на тиждень 3 тиж., потім 4 дні на місяць 5 міс.
Продигіозан	Внут-рішньо-м'язово	До їди	5 мкг	1 на 5–7 днів	Натще	2 ін'єкції
		1–3	5–15 мкг	1 на 4–7 днів		2–4 ін'єкції
		4–7	20–30 мкг	1 на 3–7 днів		2–4 ін'єкції
		>7	40–50 мкг	1 на 3–7 днів		3–6 ін'єкцій

Препарат	Спосіб уведення	Вік (роки)	Разова доза	Прийомів на день	Умови прийому	Тривалість курсу
Органічні, неорганічні сполуки						
Лейкоген	<i>Per os</i>	0,5 1-7 >7 днів	0,01 0,02 0,03-0,04 0,05-0,06	3-4	Після їди До їди	5-7 днів
Метилурацил		1-3 3-8 8-12 >12	0,05 0,08 0,1-0,2 0,3-0,5 0,5-0,7	3-4	Після їди	
Левамізол	<i>Per os</i> , промивати зів, ніс		1-2,5 мг/кг 0,01 р-н	2 на 7 днів 1	Після їди	4-8 тиж., потім 1 раз на тиждень
Дибазол	<i>Per os</i>		1 мг/кг	1	Через 2 год після їди	3-4 тиж.
Продукти крові						
Плазмол	Підшкірно		0,2-1 мл	1	Через 2 год після їди	Через день № 10
Імуноглобулін	Внутрішньом'язово	1-2 2-7 >7		1 або через 1-2 дні	Через 2 год після їди	1-2-3 ін'єкції
Антистафілококовий Ig	Внутрішньом'язово		5-6 МО/кг	Щодня або через день	Через 2 год після їди	5-7 ін'єкцій
Антистафілококова плазма	Внутрішньовенно		5-8 мл/кг	Щодня або через 1-3 дні	Через 2 год після їди	3-5 ін'єкцій
Продукти кісткового мозку						
Т-активін	Внутрішньом'язово		0,5-3 мг	Через день	Через 2 год після їди	3 ін'єкції
Продукти тимуса						
Вілозен	До носа		1 % р-н 1-7 кр.	5 днів	Через 2 год після їди	14-20 днів
Т-активін	Підшкірно		1-2 мкг/кг	1; 1 на 7 днів	Через 2 год після їди	1-5-10 ін'єкцій

Препарат	Спосіб уведення	Вік (роки)	Разова доза	Прийомів на день	Умови прийому	Тривалість курсу
Тималін	Внутрішньом'язово		0,1–0,2 мг/кг		Через 2 год після їди	1–5–10 ін'єкцій
Тимоптин	Підшкірно		70 мкг/мл	1 на 4 дні	Через 2 год після їди	4–5 ін'єкцій
Тимоген	Внутрішньом'язово		1–2 мкг/кг	1	Через 2 год після їди	1–5–10 ін'єкцій
Цитокіни						
Лаферон	Внутрішньом'язово		50–100 тис. ОД/кг до 1–2 млн ОД, 500 тис. ОД	1–2	Через 2 год після їди	3–5–10 ін'єкцій
	Інгаляції		2–4 краплі (100 тис. ОД/мл)	1–2		3–4, 3–5 днів, потім 1 раз на 3 дні по ампулі
	Краплі			3–6		

Таблиця 29

Профілактика дисбактеріозу статевих шляхів і кишечника при антибактеріальній терапії запальних процесів геніталій

Бактерійний препарат	Склад	Спосіб застосування
Біфідумбактерин сухий	Живі біфідобактерії (від 1 до 50 доз). Одна доза містить 10^8 біфідобактерій	Інтравагінально, всередину, по 5–6 доз 1 раз на день протягом 5–6 діб
Біфікол	Живі, спільно вирощені біфідобактерії та кишкова паличка М-17	Усередину 3–5 доз двічі на день не менше 2 тиж. Інтравагінально 5–6 доз 1 раз на день протягом 1 тиж.
Біфідумбактерин молочний	Незбиране або знежирене стерильне молоко, сквашене біфідобактеріями (10^9 клітин у 1 мл)	Інтравагінально у вигляді інстиляцій щодня 1 раз на день (30–50 мл)
Біфілін, суміш «Малютка»	Дитяча молочна суміш із штаму Бадолесцентис	Використовують ентерально або інтравагінально

Бактерійний препарат	Склад	Спосіб застосування
Лактобакте-рин сухий	Висушена мікробна маса живих лактобактерій	Ентерально 2–5 доз двічі (3 дози) на день протягом 2–6 тиж. Інтравагінально по 5–6 доз 1 раз на день протягом 5–8 діб
Колібактерин	Висушена суміш живих бактерій штаму кишкової палички М-17	Усередину 2–5 доз двічі на день
Бактисубтил	Чиста суха культура штаму <i>Bacillus ip</i> 5832. Має сильну поліморфну ензимну систему	Призначають усередину по 4–6 капсул до 2–3 тиж.

Розділ 11

РЕАЛІЗАЦІЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ У ДІВЧАТ. КОНТРАЦЕПЦІЯ. ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОГО МАТЕРИНСТВА

Стан репродуктивного здоров'я молоді є однією з основних проблем, що зумовлено специфікою поведінки даної соціальної групи. Підготовка до «дорослого життя» супроводжується високою активністю в сексуальній сфері, а відтак все актуальнішим стає питання про те, наскільки тенденції в сексуальній, репродуктивній і шлюбній поведінці молоді відповідають критеріям здорового способу життя і як ці тенденції позначаються на рівні популяційного здоров'я.

Проблема пубертату сучасних підлітків полягає в тому, що зрілість тіла виникає значно раніше, ніж формується моральна стійкість і приходить відповідальність, внаслідок чого багато підлітків втягуються у статеве життя раніше, ніж відчують у цьому реальну потребу.

Здебільшого батьки не вважають за необхідне розмовляти з дітьми про секс, контрацепцію, часто не володіють інформацією про початок їх статевого життя. Через це проблема раннього статевого життя серед підлітків, незадовільної поінформованості молоді щодо методів контрацепції та здорового способу життя потребує негайного розв'язання.

Запобігання вагітності у підлітків — актуальна медико-соціальна проблема. Незважаючи на активну роботу лікарів, вихователів та інших спеціалістів, які пропагують здоровий спосіб життя та методи планування сім'ї, ранній початок статевого життя в поєднанні з незрілістю центральної нервової системи характерний для підлітків. Низька обізнаність про методи і засоби контрацепції та недостатнє їх використання призводять до підвищеного ризику незапланованої вагітності і, отже, диктують необхідність індивідуального добору контрацепції, що підходить дівчатам даної вікової групи.

Підлітки віддають перевагу використанню тих контрацептивів, які мають високу ефективність і безпечність для їх здоров'я, є широко доступними та зручними у застосуванні. Не менш важливими для юних пацієнок є оборотність контрацепції, тобто швидке відновлення здатності до запліднення після припинення її застосування, а також доступність, конфіденційність, економічна користь та інші критерії.

Жоден з існуючих нині методів контрацепції не відповідає в повній мірі цим вимогам. Тому при призначенні підліткам контрацептивів необхідно враховувати всі переваги і недоліки, порівнюючи відносний ризик їх несприятливого впливу на молодий організм і шкідливі наслідки вагітності у цьому віці.

Більшість відомих традиційних методів контрацепції неприйнятні для підлітків. Використання симптомотермального методу (ритмічного, температурного, за змінами кількості та якості слизу цервікального каналу) є досить ефективним лише при регулярних овуляторних менструальних циклах і високій мотивації поведінки, що, як правило, нехарактерно для дівчат-підлітків. Піхвова діафрагма також рідко використовується підлітками, тому що потребує певних навичок індивідуального підбору розміру контрацептиву і правильної його фіксації (рис. 39).

ПРИРОДНІ МЕТОДИ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї _____

Природними методами дівчина може користуватися, якщо вона здатна визначити початок і кінець фертильного періоду у своєму менструальному циклі. Фертильний період — це час, коли може настати вагітність.

Ефективність природних методів є середньою (9–20 вагітностей на 100 жінок протягом першого року користування).

Календарний метод. Підраховують дні для визначення початку і кінця фертильного періоду. Для цього потрібно знати тривалість попередніх менструальних циклів:

- дівчині слід записувати тривалість кожного менструального циклу, як мінімум протягом 6 міс., та запобігати вагітності негормональними методами або утримуватися від статевих контактів;

- перший день менструальної кровотечі вважається першим днем менструації;

- відраховують 18 днів із найкоротшого менструального циклу — це і є перший день фертильного (небезпечного) періоду; по-

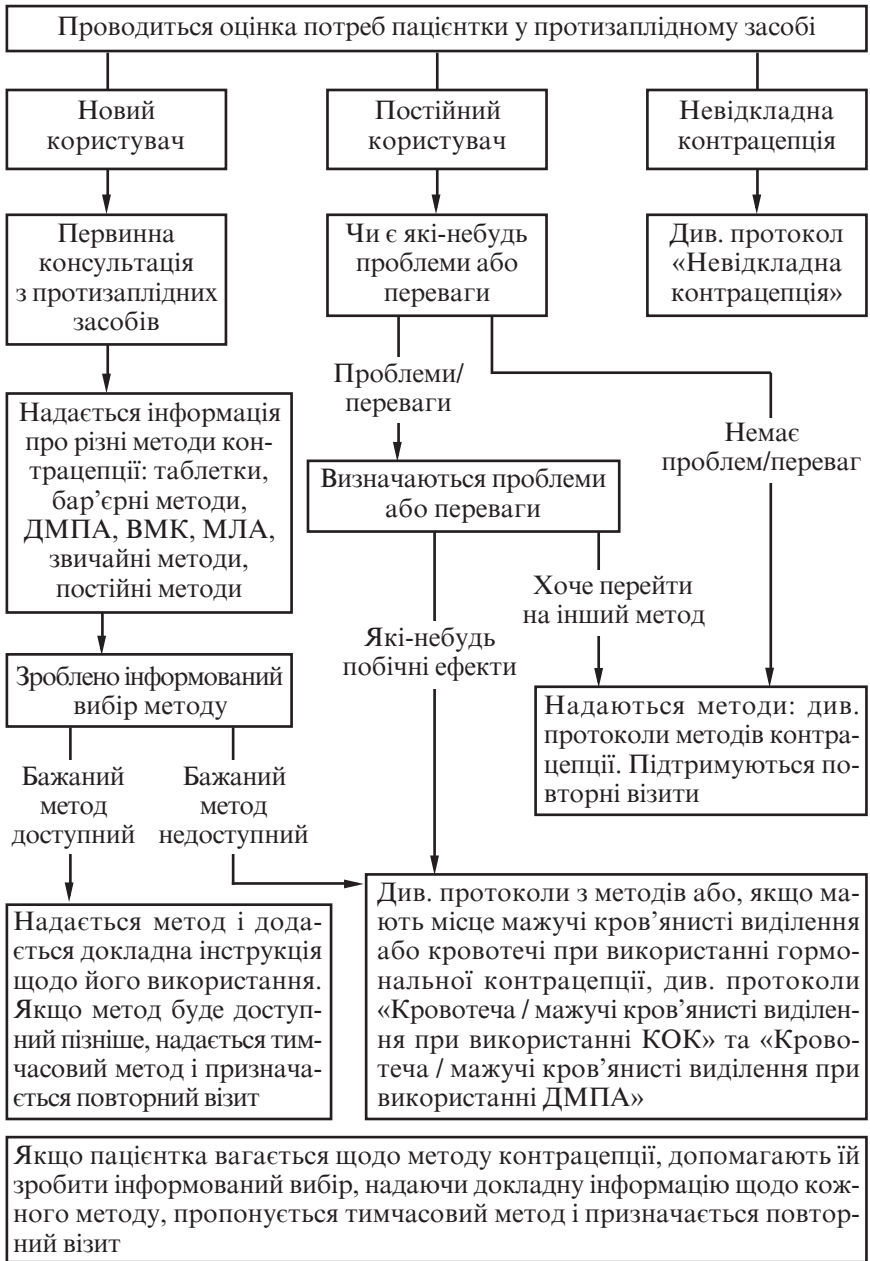


Рис. 39. Оцінка потреб пацієнтки у контрацепції

тім відраховують 11 днів із найтривалішого менструального циклу — це визначить останній день фертильного (небезпечно-го) періоду для цієї жінки.

Наприклад: найдовший цикл становить 30 днів, а найкоротший — 26. Проводиться розрахунок:

короткий цикл — 26 днів – 18 днів = 8 днів;

довгий цикл — 30 днів – 11 днів = 19 днів.

Відповідно до розрахунків, фертильним є період з 8-го по 19-й день менструального циклу. Для запобігання вагітності необхідно утримуватися від статевих контактів у цей час.

Метод базальної температури. Визначаючи фертильний період, вимірюють температуру у прямій кишці:

— вранці, не встаючи з ліжка, в один і той же час окремим градусником протягом 7–10 хв;

— відмічається температура на графіку;

— базальна температура піднімається на 0,2–0,5 °С упродовж періоду овуляції. Якщо підвищення температури не відбулося, припускають, що овуляція не відбулася;

— фертильним періодом вважається час від початку менструального циклу доти, поки базальна температура не підвищиться протягом 3 наступних днів;

— якщо у жінки є захворювання з підвищенням температури тіла, метод у цей час застосовувати недоцільно.

Метод цервікального слизу (використовується за відсутності запальних процесів статевих органів). Дівчина визначає фертильну фазу, спостерігаючи за слизовими виділеннями із піхви. У той час, коли є виділення прозорого тягучого слизу, дівчина може бути фертильною. Останній день з такими виділеннями називається «днем пік»; це означає, що овуляція вже близька або щойно відбулася. Після закінчення менструальної кровотечі у більшості жінок відсутні виділення з піхви впродовж кількох днів — «сухі дні». Для спостереження за слизом і визначення методу слід утримуватися від статевих контактів щонайменше протягом одного циклу. Ці спостереження ведуться протягом дня, оскільки слиз може змінюватися; ведуть також запис спостережень із використанням умовних позначок: кровотеча — червоний колір, «сухі дні» — літера «С», фертильні дні — літера «Ф», непрозорий, нефертильний слиз — літера «Н». При появі слизу або відчуття вологості у піхві утримуються від

статевих контактів. Останній день прозорого тягучого слизу — «пiк» фертильного періоду, тому утримуються від статевих контактів ще протягом 3 днів.

Симптомотермальний метод є комбінацією методів цервікального слизу та базальної температури.

Перерваний статевий контакт — це метод планування сім'ї, при якому чоловік повністю виводить статевий член із піхви до еякуляції:

— перед статевим контактом пара домовляється про узгодження дій;

— перед статевим контактом чоловік випорожняє сечовий міхур і витирає голівку статевого органа для видалення сперми від попередньої еякуляції;

— перед еякуляцією чоловік виводить статевий орган із піхви, щоб сперма не потрапила на геніталії жінки.

Алгоритм призначення природних методів контрацепції подано на рис. 40.

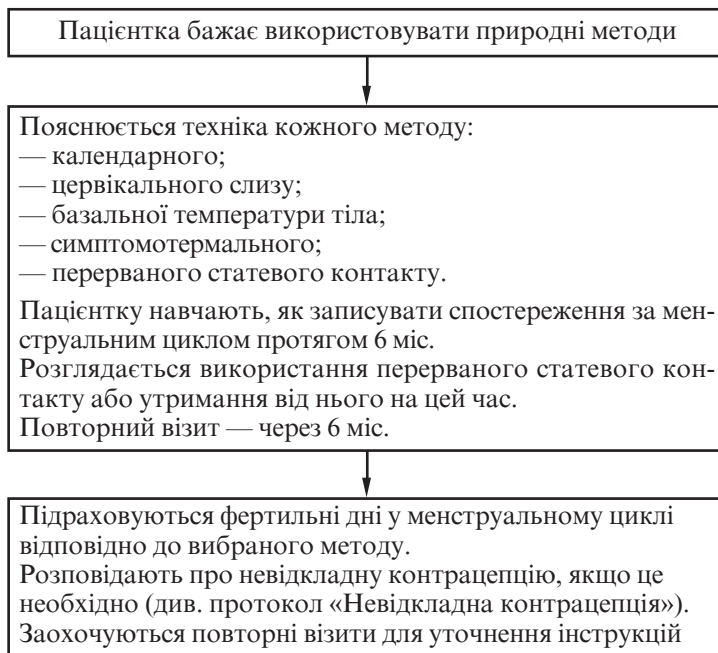


Рис. 40. Алгоритм призначення природних методів контрацепції

Методом вибору для молоді, що не має регулярних статевих стосунків, може бути поєднане використання механічних і хімічних бар'єрних засобів контрацепції, наприклад кондома в поєднанні зі сперміцидами. Важливо зазначити, що презервативи та сперміциди мають низку переваг перед іншими методами та засобами контрацепції. Бар'єрні методи є єдиним високонадійним засобом захисту від зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом. Окрім того, механічні та хімічні контрацептиви виявилися ефективним засобом профілактики раку шийки матки, розвиток якого спричинюють віруси, наприклад вірус папіломи людини. Ноноксінол-9, що входить до складу презервативів і низки сперміцидів, спричинює загибель трихомонад, гонококів, хламідій, мікоплазм, блідої трепонеми, багатьох вірусів, у тому числі вірусу герпесу, гепатиту В, ВІЛ і папіломавірусу. Такий спосіб контрацепції має високу ефективність (60–90 %) і забезпечує надійний захист від венеричних захворювань і СНІДу.

БАР'ЄРНІ МЕТОДИ ТА СПЕРМІЦИДИ

Презерватив — єдиний засіб, який у достатній мірі захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Належить до бар'єрних методів контрацепції. Може використовуватись як допоміжний метод для захисту від ІПСШ при застосуванні інших контрацептивів (рис. 41).

Правила використання чоловічого презерватива:

- користуватися новим презервативом при кожному статевому контакті;
- одягати презерватив перед статевим контактом на статевий член у стані ерекції; змащена сторона презерватива повинна бути ззовні; перевіряється, чи достатньо змазки;
- не використовувати змазку на масляній основі (вазелін, косметичні креми, кулінарні олії), тому що вона руйнує латекс;
- обережно розгортати презерватив уздовж усієї довжини статевого члена;
- стежити, щоб у прикінцевій частині презерватива (спермоприймальника) не було повітря, — для цього стискувати її двома пальцями під час розкриття презерватива;
- для того щоб запобігти зісковзуванню презерватива при вийманні з піхви після еякуляції, його потрібно притримувати за обідок і знімати, поки стан ерекції зберігається;

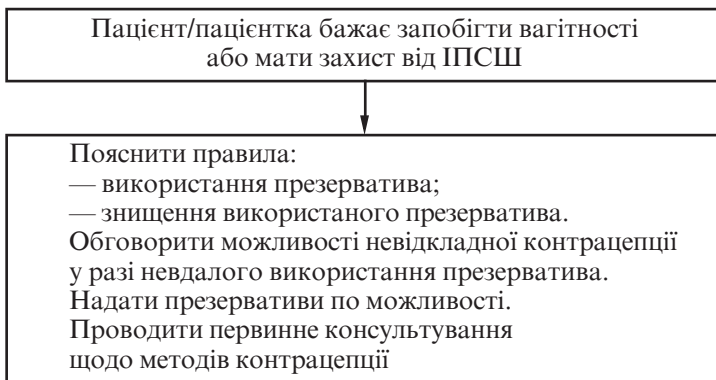


Рис. 41. Алгоритм призначення презерватива

— парам, які використовують інші методи контрацепції, наприклад гормональні таблетки або внутрішньоматкові засоби, належить також використовувати презервативи за умови ризику ураження ІПСШ;

— купувати презервативи в аптеках, звертаючи увагу на термін придатності та неушкодженість упаковки;

— зберігати у сухому прохолодному місці;

— відкривати упаковку руками, не використовувати ножиці;

— після використання презерватив загорнути у папір і викинути у сміття.

Сперміциди — хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до потрапляння у верхні відділи статевого тракту і певною мірою захищають від ІПСШ.

Особливо виражена сперміцидна та бактерицидна дія у хлориду бензалконію.

Сперміциди зараховують до бар'єрних методів. Випускаються у формі таблеток, супозиторіїв, кремів, аерозолів, тампонів, плівок. Можуть використовуватися практично всіма жінками як самостійний і допоміжний метод поряд із застосуванням інших контрацептивів (рис. 42).

При застосуванні сперміцидів у пацієнтки можуть виникнути деякі негаразди, які потребують обговорення та вирішення (табл. 30).

Питання про використання сучасних методів запобігання вагітності для підлітків, які перебувають у шлюбі або ведуть регулярне статеве життя, залишається дискусійним. Наприклад,

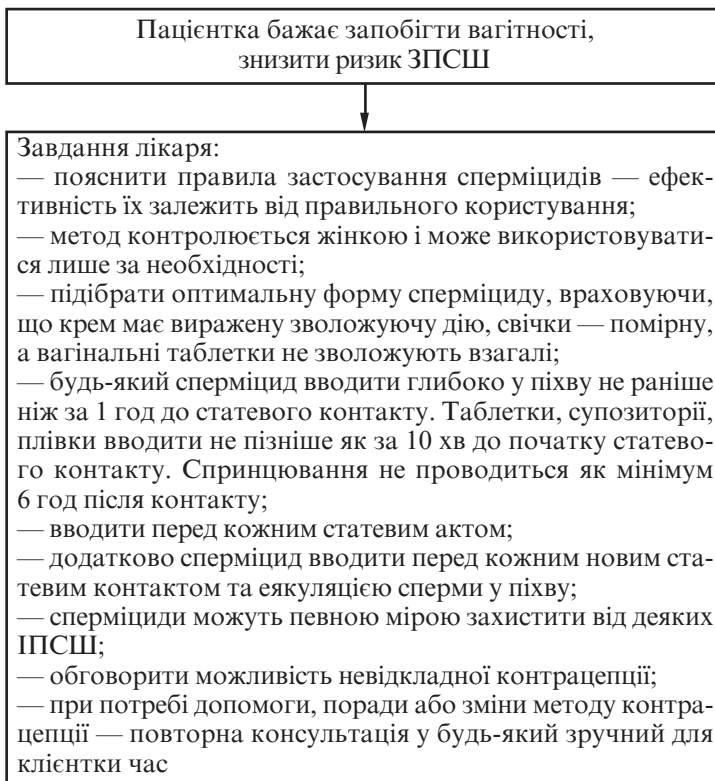


Рис. 42. Алгоритм призначення сперміцидів

Таблиця 30

Можливі проблеми та шляхи їх розв'язання

Скарги пацієнтки	Порада лікаря
Алергічна реакція на сперміцид або підвищена чутливість до нього, що проявляється печінням і свербіжем	Визначаються ознаки інфекції та призначається лікування. За відсутності інфекції пропонується інший тип сперміциду або інший метод контрацепції
Турбує надмірна вологість	Перехід на вагінальні таблетки
Не влаштовує час очікування початку дії	Перехід на крем або тампони
Не влаштовує необхідність введення нової дози при повторному статевому контакті	Перехід на тампони

оральні контрацептиви (ОК), на думку багатьох авторів, є оптимальним методом запобігання вагітності для сексуально активних підлітків. При цьому рекомендується віддавати перевагу низькодозованим комбінованим естраген-гестагенним препаратам або мікродозам гестагенів — «міні-пілі».

Сучасні гормональні контрацептиви здебільшого не мають вираженого впливу на ліпідний профіль, вуглеводний обмін, параметри гомеостазу, проте характеризуються вираженими сприятливими неконтрацептивними властивостями. Дотепер гормональну контрацепцію використовують не більше 10 % юних жінок.

Гормональні препарати можна рекомендувати як екстрений засіб запобігання вагітності при згвалтуванні, незахищеному статевому акті, у разі неправильного підрахунку фертильного періоду, невдалого перерваного статевого акту, експульсії ВМС, наявності сумнівів щодо цілості чи при зміщенні бар'єрного методу контрацепції, а також грубому порушенні послідовності прийому гормональних контрацептивів. Сьогодні використовуються методи «прогестагенної атаки» високими дозами гестагенів (постинор, у 1 таблетці якого 750 мкг левоноргестрелу) та метод Юзпе із застосуванням КОК. Ці методи потрібно застосовувати не пізніше ніж через 72 год після незахищеного статевого акту з інтервалами прийому 12 год. Ефективність методу — 96–98 %, проте знижується до 47 % при його використанні 3–4 рази на рік.

КОМБІНОВАНІ ОРАЛЬНІ КОНТРАЦЕПТИВИ

Однофазні: 30 мкг ЕЕ + 2 мг діеногесту, 30 мкг ЕЕ + 150 мкг дезогестрелу, 20 мкг ЕЕ + 75 мкг гестодену, 20 мкг ЕЕ + 150 мкг дезогестрелу, 30 мкг ЕЕ + 75 мкг гестодену, 30 мкг ЕЕ + 3 мг дроспиренону.

Трифазні: 35 мкг ЕЕ + 50 мкг дезогестрелу/30 мкг ЕЕ + 100 мкг дезогестрелу/30 мкг ЕЕ + 150 мкг дезогестрелу, 30 мкг ЕЕ + 50 мкг левоноргестрелу/40 мкг ЕЕ + 75 мкг левоноргестрелу/30 мкг ЕЕ + 125 мкг левоноргестрелу.

Високкодозовані: 50 мкг ЕЕ + 1 мг норетистерону ацетату.

Низькодозовані: 30 мкг ЕЕ + 2 мг діеногесту, 30 мкг ЕЕ + 150 мкг дезогестрелу, 30 мкг ЕЕ + 75 мкг гестодену, 30 мкг етинілестрадіолу (ЕЕ) + 150 мкг левоноргестрелу.

Мікродозовані: 20 мкг ЕЕ + 150 мкг дезогестрелу, 20 мкг ЕЕ + 75 мкг гестодену.

Початок прийому: в перші 5 днів менструального циклу, в будь-який день менструального циклу, якщо немає вагітності

(якщо ж прийом почати після 5-го дня, рекомендовано допоміжний метод протягом 7 днів).

Правила прийому: по одній таблетці щодня в один і той же час. Наступну упаковку починати без перерви, якщо в упаковці 28 таблеток. Якщо ж в упаковці 21 таблетка, то робиться перерва на 7 днів перед початком прийому нової упаковки.

Якщо пацієнтка з будь-яких причин пропустила прийом КОК, їй потрібно діяти за схемою, поданою в табл. 31.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила розподіл користувачів КОК за чотирма класами (табл. 32).

Пацієнтці необхідно терміново звернутися до лікаря, якщо з'явилися тривожні симптоми при застосуванні КОК:

- біль унизу живота або в ділянці малого таза;
- біль у грудях (сильний), кашель, утруднення дихання;
- сильний головний біль;

Таблиця 31

Дії за умови пропуску прийому таблеток

Пропущені таблетки	Дія
Одна активна	Приймається пропущена таблетка, щойно пацієнтка згадає, а наступна — у відповідний час
Дві і більше активних	Приймається по 2 таблетки на день, поки не досягається прийом за графіком і застосовується додатковий метод протягом 7 днів
Неактивні	Викидаються пропущені таблетки, упаковка закінчується за графіком

Таблиця 32

Розподіл користувачів комбінованих оральних контрацептивів за класами ВООЗ, 2000

<p>Клас 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> — вік (від менархе до 40 років); — після абортів (в першому, другому триместрах або септичного); — рак молочної залози у сімейному анамнезі; — цервікальний ектропіоз; — рак ендометрія та яєчників; — запальні хвороби органів малого таза, включаючи ІПСШ; 	<ul style="list-style-type: none"> — носійство вірусу гепатиту; — фіброміома матки; — позаматкова вагітність в анамнезі; — патологія щитоподібної залози; — анемія; — дисменорея; — ендометріоз; — варикозне розширення вен; — доброякісні пухлини молочних залоз; — головні болі, незначні; — прееклампсія в анамнезі.
---	--

<p>Клас 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> — вік понад 40 років; — ≥ 6 міс. після пологів; — куріння і вік до 35 років; — ожиріння; — діабет неускладнений тривалістю < 20 років; — тромбоз поверхневих вен; — неускладнені захворювання клапанів серця; — мігрень без вогнищевих змін у віці < 35 років; — холецистектомія в анамнезі. <p>Клас 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> — АТ 140/90–160/100 мм рт. ст.; — куріння більше 15 сигарет у віці після 35 років; — діабет ускладнений або протягом 20 років; — кровотеча зі статевих органів невідомої етіології; — захворювання жовчовивідних шляхів нині; — холестази в анамнезі, пов'язаний із використанням КОК; — мігрень із неврологічними симптомами у віці > 35 років. 	<p>Клас 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> — годування груддю (до 6 міс.); — після пологів у жінок, що не годують, до 21 дня; — куріння більше 15 сигарет на день у віці > 35 років; — гіпертензія: АТ вище 160/100 мм рт. ст.; — захворювання судин; — тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії в анамнезі або нині; — ішемічна хвороба серця нині або в анамнезі, або інсульт в анамнезі; — захворювання клапанів серця, ускладнене легеневою гіпертензією, фібриляцією або ендокардит в анамнезі; — головні болі з вогнищевими неврологічними симптомами; — рак молочної залози; — вірусний гепатит (активна форма); — цироз печінки (декомпенсований); — пухлини печінки
<p><i>При прийомі антибіотиків (рифампіцин і гризеовульвін) або протисудомних препаратів (фенітоїн, карбамазепін, барбітурати і примідон) призначаються КОК з більш високою дозою гормонів або застосування допоміжного методу</i></p>	

- проблеми із зором (втрата або порушення зору);
- сильний біль у нижніх кінцівках (гомілці або стегні).

Пацієнтці необхідно звернутися до жіночої консультації, якщо немає менструальноподібної реакції:

- під час прийому неактивних таблеток (упаковка — 28 таблеток);
- протягом тижня без таблеток (упаковка — 21 таблетка).

При застосуванні КОК можуть виникнути побічні ефекти, тому пацієнтка має бути поінформована про це, а також про способи їх усунення (табл. 33).

Алгоритм призначення КОК подано на рис. 43.

Кровотеча або мажучі кров'янисті виділення при використанні комбінованих оральних контрацептивів

Мажучі кров'янисті виділення та кровотечі «прориву» зазвичай спостерігаються у перші 3 міс. використання КОК.

Якщо застосування КОК почалося протягом останніх 3 міс., інформують пацієнтку, що може виникнути кровотеча «прориву», що найчастіше не шкодить здоров'ю. Якщо ж кровотеча продовжується тривалий час і стає проблемою для пацієнтки, їй допомагають вибрати інший метод (табл. 34, рис. 44).

Суто прогестинові оральні контрацептиви

Таблетки, що містять тільки гестагенний компонент (лінес-тронол), є суто прогестиновими оральними контрацептивами (СПОК). Сьогодні це єдиний надійний протизаплідний засіб, що відповідає вимогам контрацепції (табл. 35).

Таблиця 33

Побічні ефекти прийому комбінованих оральних контрацептивів

Побічний ефект	Усунення
Нудота	Прийом таблетки здійснюється перед сном або після вечері
Діарея або блювання	Застосування допоміжного методу протягом 7 днів
Кров'янисті виділення або кровотеча	Див. алгоритм «Кровотеча / мажучі кров'янисті виділення при використанні КОК»
Жовтяниця	Припиняється прийом КОК, консультація спеціаліста
Масталгія	Припиняється прийом КОК через 3 міс. Розглядається можливість використання бруфену
Аменорея	Обстеження на наявність вагітності. За умови відсутності вагітності можливе продовження прийому КОК

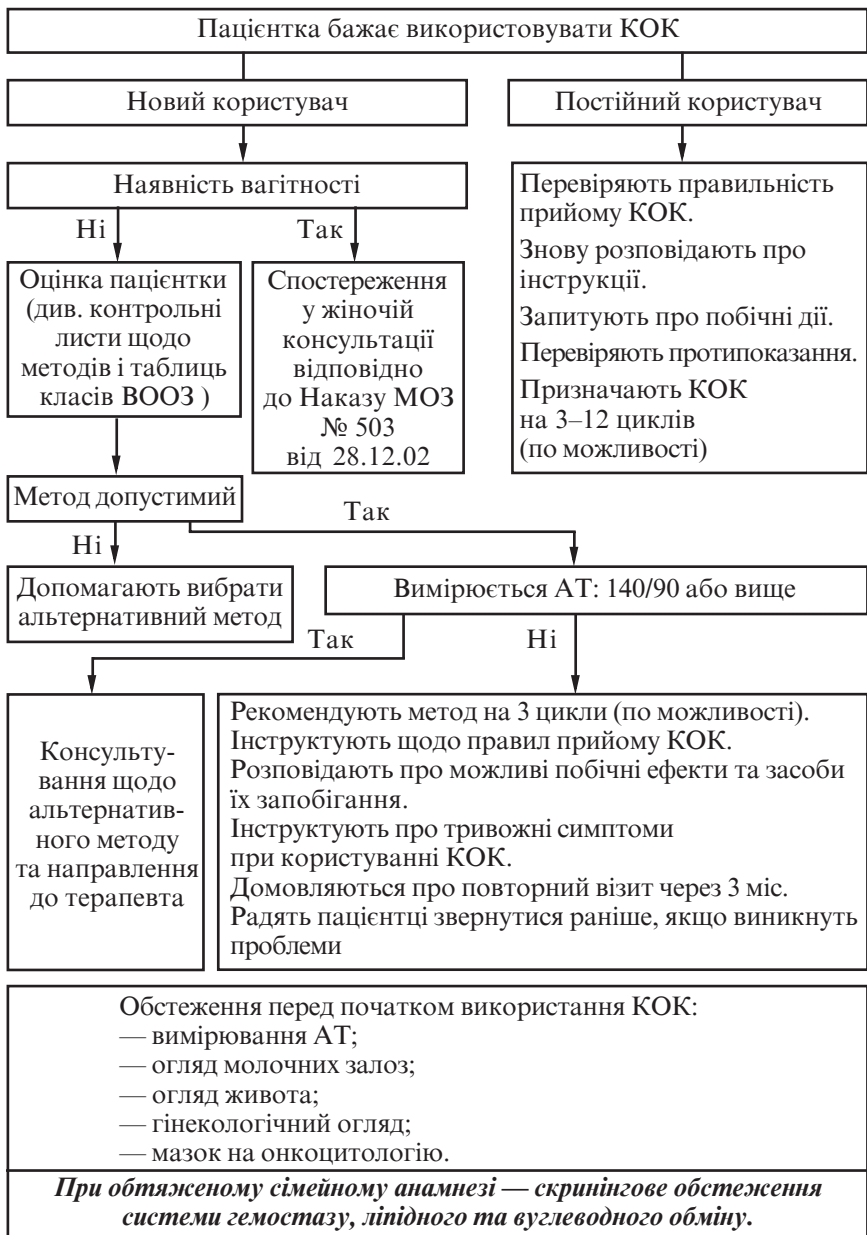


Рис. 43. Алгоритм призначення комбінованих оральних контрацептивів

Правила застосування комбінованих оральних контрацептивів

Оцінка застосування КОК	Заходи, яких слід вжити
Пацієнтка пропустила одну або більше таблеток чи змінила час прийому КОК	Якщо вона пропустила таблетку(и), їй допомагають відновити регулярний і правильний прийом. Якщо ж це неможливо, то рекомендують вибрати інший метод
Сильне блювання або діарея	Якщо у жінки були блювання або діарея, їй пояснюють, що це може впливати на ефективність КОК. Рекомендують використовувати допоміжний метод (презерватив, сперміциди або утримуватися від статевих контактів), доки не закінчиться блювання/діарея і пацієнтка не прийме 7 активних таблеток
Приймає антибіотики або протисудомні препарати	<p>Антибіотики рифампіцин і гризеофульвін, а також протисудомні препарати, крім вальпроїнової кислоти, значно посилюють метаболізм естрогену і прогестину в печінці, що знижує їх рівень у крові, спричинюючи кров'янисті виділення.</p> <p>Можливі шляхи розв'язання проблеми:</p> <ul style="list-style-type: none"> — якщо кров'янисті виділення не становлять великої проблеми, при короткочасних курсах лікування цими препаратами використовується додатковий метод (презерватив, сперміциди) для підвищення контрацептивного ефекту; — перехід на ДМПА або інші ефективні негормональні методи; — перехід на високодозовані КОК, які містять 50 мкг етинілестрадіолу або по 1,5–2 таблетки КОК, які містять 30–35 мкг етинілестрадіолу
<p>Виключаються гінекологічні проблеми:</p> <ul style="list-style-type: none"> — пухлини; — вагітність; — аборт; — запальні процеси органів малого таза; — ендометріоз; — позаматкова вагітність; — патологія шийки матки 	<p>Проводяться обстеження:</p> <ul style="list-style-type: none"> — огляд живота; — огляд у дзеркалах; — бімануальний огляд; — огляд профільних спеціалістів (за необхідності); — визначення рівня гемоглобіну (за показаннями)

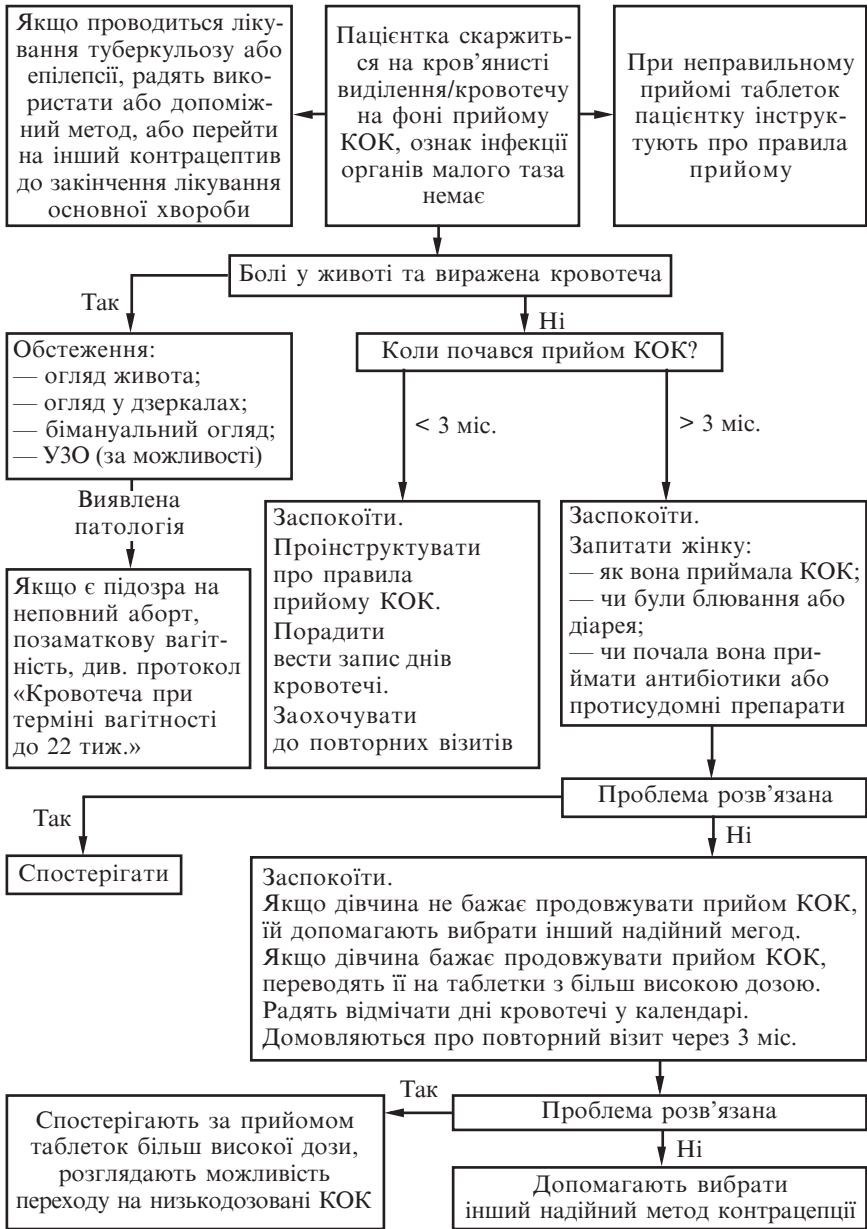


Рис. 44. Алгоритм дій при кровотечі або мажучих кров'янистих виділеннях під час використання комбінованих оральних контрацептивів

**Показання, умови прийому та час початку застосування
суто прогестинових оральних контрацептивів**

Показання/умови прийому	Коли починати
Грудне вигодовування	Через 6 тиж. після пологів
Після пологів, якщо жінка не годує груддю	Терміново або в будь-який час упродовж 4 тиж. після пологів. У будь-який час пізніше, якщо є впевненість, що дівчина не вагітна
Після викидня або аборту	Терміново або впродовж перших 7 днів. Пізніше, якщо є впевненість, що дівчина не вагітна
Після припинення використання іншого методу контрацепції	Терміново
Менструальний цикл	У будь-який час, якщо остаточно відомо, що дівчина не вагітна: — якщо перша таблетка вжита в один із перших 5 днів менструального циклу, додаткові методи не використовуються; — якщо дівчина почала приймати таблетки пізніше, необхідно, як мінімум, упродовж 48 год використовувати бар'єрні засоби або уникати статевих зносин

Переваги СПОК:

— єдиний надійний гормональний контрацептивний засіб для жінок, які годують груддю;

— придатні до використання при станах і захворюваннях, коли не можна рекомендувати КОК (протипоказані естрогени): паління, вік понад 40 років, серцево-судинні захворювання.

Правила прийому: по одній таблетці щодня. Якщо юна жінка не годує грудьми, таблетки слід приймати в один і той же час: у цьому разі затримка у прийомі чергової таблетки всього на кілька годин підвищує ризик небажаної вагітності.

Пропуск таблеток: якщо дівчина забула прийняти одну чи більше таблеток, вона повинна прийняти одну таблетку, щойно про це згадала, а потім продовжити звичайний графік використання методу.

Юна жінка, що годує грудьми та використовує СПОК як додатковий метод, захищена від вагітності, навіть якщо вона пропускає прийом таблеток.

У тому випадку, коли вона не годує грудьми або годує, але в неї досі відсутні місячні, запізнилась із прийомом чергової таблетки більше ніж на 3 год, необхідно протягом наступних 48 год утримуватися від статевих стосунків або використовувати бар'єрні засоби.

Тривожні симптоми при застосуванні СПОК (пацієнтці необхідно терміново звернутися до лікаря):

- ознаки вагітності, у тому числі позаматкової;
- жовтяниця;

— сильний головний біль, що посилюється при використанні СПОК;

- значні кровотечі (вдвічі триваліші та сильніші, ніж завжди).

При зміні характеру менструальних кровотеч на фоні прийому СПОК лікарю слід встановити причину та визначитися з подальшим застосуванням контрацепції (табл. 36).

Постійне використання прогестагенних контрацептивів у юних жінок обмежене. Застосування чистих прогестагенних препаратів забезпечує менш надійний захист від вагітності порівняно з КОК та зумовлює високий ризик виникнення нерегулярних маткових кровотеч і незначних кров'янистих виділень, розвиток позамат-

Таблиця 36

Можливі зміни характеру менструальних кровотеч та шляхи розв'язання проблеми

Характер кровотечі	Лікарська тактика
Аменорея або нерегулярні кровотечі у дівчат, що годують грудьми	Заспокоїти дівчину. Пояснити їй, що це нормальне явище у період грудного вигодовування і не залежить від приймання СПОК
Аменорея або нерегулярні кровотечі у дівчат, що не годують грудьми	Спитати, чи були в неї регулярні місячні у період приймання СПОК і виключити вагітність. Якщо дівчина не вагітна, пояснити їй, що такий характер кровотеч — нормальне явище при використанні СПОК, що є абсолютно безпечним для здоров'я
Недіагностовані вагінальні кровотечі	Дівчина може продовжувати застосовувати СПОК, доки не буде встановлена причина кровотеч. Виключити позаматкову вагітність та інші гінекологічні проблеми

кової вагітності та фолікулярних кіст яєчника. Крім того, швидка елімінація препарату оральних прогестагенних контрацептивів (протягом 19–24 год) потребує чіткого дотримання щоденного режиму прийому таблеток. Прийом препаратів, які містять левоноргестрел, лінестренол чи норетистерон, може супроводжуватися набуттям маси тіла, підсиленням вугрового висипання та збільшенням гірсутизму в підлітків, що пов'язано з залишковими андрогенними властивостями дериватів С19-нортестостерону.

В ін'єкційних прогестагенів (депо-провера) й імплантатів додатковим недоліком використання їх підлітками є затримка відновлення фертильності до 9–10 міс. для ін'єкційних прогестагенів і до 12–18 міс. для імплантатів.

Останнім часом велику увагу дослідників привертають можливості використання підлітками дво- і трифазних естрогенгестагенних ОК з перемінним вмістом стероїдів, які імітують коливання рівнів природних статевих гормонів у крові протягом менструального циклу. Ці препарати, як правило, не викликають значних метаболічних порушень і побічних реакцій, зберігають біотрансформацію ендометрія протягом менструального циклу.

Юним жінкам потрібний надійний і більш прийнятний КОК. Можна рекомендувати для тих із них, хто починає статеве життя, монофазні мікродозовані контрацептиви з прогестагенами третього покоління. Особливостями організму підлітків є помірна естрогенна насиченість, висока чутливість рецепторного апарату органів-мішеней і відносний дефіцит прогестерону. Тому сексуально активним підліткам найчастіше підходять препарати з низьким вмістом естрадіолу та вираженими гестагенними властивостями.

Переваги мікродозованих КОК полягають у зниженні ризику виникнення естрогензалежних побічних ефектів (нудота, затримка рідини, набухання молочних залоз, головний біль), відсутності суттєвого впливу на згортання крові. Використання КОК викликає гармонію, гарне самопочуття незалежно від днів менструального циклу. У підлітків, які приймають КОК, регулюється ритм менструацій, послаблюються чи зникають прояви передменструального синдрому та дисменореї, овуляторний біль, зменшуються об'єм менструальної крововтрати і, що не менш важливо для підлітка, — прояви підліткової гіперандрогенії. Виявлено, що мікродозовані КОК доцільно призначати пацієнткам з тяжкою формою дисменореї на фоні надлишкового рівня естрадіолу з переважанням парасимпатичного то-

нусу вегетативної нервової системи. Ці препарати дозволяють знизити надмірну активність яєчників і збалансувати простагландин-залежні реакції в організмі дівчат із дисменореєю напередодні та в перші дні менструацій. Відмічається значне зниження ризику розвитку позаматкової вагітності, частоти розвитку кіст яєчника, раку яєчників, ендометрія та молочних залоз.

У процесі прийому КОК в яєчниках тривають фізіологічні процеси дозрівання фолікулів до стадії малих і великих дозріваючих. На фоні прийому КОК частина дозріваючих фолікулів атрезується, але частина, як правило, найбільш генетично цінних зберігається до моменту відміни препарату. Завдяки цьому застосування КОК запобігає спонтанним абортам, пов'язаним із анеуплоїдією.

Прогестагени останнього покоління вирізняються високим ступенем безпеки відносно розвитку серцево-судинних захворювань, що дає можливість використовувати їх юним пацієнткам з вадами серця, цукровим діабетом, варикозною хворобою та тромбофлебитами в анамнезі, а також підліткам, що перенесли операції на судинах серця, при порушеннях ліпідного обміну.

Важливо зазначити, що КОК з лікувальною метою необхідно призначати за 21-денною схемою не менш ніж 6–9 міс. Зменшення вугрових висипань, зниження сальності шкіри та вираженості гірсутизму відмічаються вже через 2–3 міс. від початку прийому КОК останнього покоління, але помітне уповільнення росту волосся в гормонально залежних ділянках відмічається лише через 12 міс.

Переважає кількість ускладнень і побічних дій КОК, які були властиві препаратам першого та другого покоління, практично не трапляється при застосуванні препаратів останнього покоління (новінет, регулон та ін.). З огляду на це, ризик розвитку відомих раніше ускладнень, пов'язаних із застосуванням КОК, при прийомі препаратів останнього покоління є несуттєвим на фоні всіх їхніх переваг. Юна жінка може завершити освіту і поліпшити свій соціальний статус. Покращання економічного та соціального статусу дозволяє більш розумно підійти до питань застосування контрацепції.

У зв'язку з розробкою сучасних ВМС, що містять мідь, деякі дослідники вважають за можливе застосування їх підлітками, які не бажають використовувати інші методи та засоби контрацепції або мають протипоказання до застосування інших методів запобігання вагітності. Дискутується питання щодо ступеня відносного ризику при використанні ВМС у сексуально активних дівчат-підлітків.

Внутрішньоматкова система, яка містить мідь

Типи ВМС: мультилоуд Cu 375; Т Cu 380 А.

Успішне використання ВМС залежить від ретельного обстеження та оцінки ризику щодо ІПСШ/ВІЛ; кваліфікованого введення ВМС і дотримання правил профілактики інфекцій; ретельного й уважного консьультування пацієнтки.

Згідно з класифікацією ВООЗ, є чотири класи, що регламентують введення ВМС (табл. 37). Не має обмежень при користуванні ВМС (клас 1: ВМС увести можливо). Внутрішньоматкові системи можна використовувати при багатьох екстрагенітальних хворобах: гіпертензії, інсульті, хворобах ендокринної системи, після неускладненого аборту тощо.

При деяких захворюваннях уведенню ВМС повинно передувати проведення лікувальних заходів (табл. 38).

Перед уведенням ВМС обов'язково проводяться такі дослідження: огляд живота (больові симптоми, виключити новоутворення у черевній порожнині); обстеження у дзеркалах (стан шийки матки, піхви, виділення); бімануальне дослідження (стан шийки матки, збільшення або болісність матки та придатків); аналізи (кров на Нв, гематокрит і мазок із піхви та цервікального каналу на флору).

Таблиця 37

Умови застосування внутрішньоматкових систем (ВООЗ, 2003)

<p>Клас 2:</p> <ul style="list-style-type: none">— дівчата, які не народжували;— фіброміома матки без деформації порожнини матки;— після аборту;— ендометріоз. <p>Клас 3:</p> <ul style="list-style-type: none">— після пологів (від 48 год до 4 тиж.);— хвороба трофобласта;— рак яєчників;— ЗЗОТ без наступної вагітності;— високий ризик ІПСШ, ВІЛ/СНІДу	<p>Клас 4:</p> <ul style="list-style-type: none">— вагітність;— після септичного аборту;— післяпологовий сепсис;— кровотеча із піхви неясної етіології;— рак шийки матки та ендометрія;— злоякісна гестаційна пухлина;— ЗЗОТ нині або за останні 3 міс.;— ІПСШ нині або за останні 3 міс.;— аномалії розвитку статевих органів із деформацією порожнини матки;— туберкульоз органів малого таза;— фіброміома матки із деформацією порожнини
--	--

Проблеми, які потребують дій до введення ВМС

Проблема	Заходи
Анемія Нв < 90 г/л, гематокрит < 27 %	Лікування анемії
Дисменорея	ВМС (крім прогестинових) не має бути першим вибором
Порок серця (легенева гіпертензія, бактеріальний ендокардит в анамнезі)	Для профілактики ендокардиту проводиться профілактичне лікування антибіотиками

Пацієнтці необхідно звернутися до лікаря, якщо у неї є три-чотири симптоми при застосуванні ВМС:

— затримка менструації, мажучі кров'яністі виділення або кровотеча;

— біль у животі, сильні спазми;

— біль при статевому контакті;

— підвищення температури, тремтіння (на фоні болю у животі);

— жінка не може намацати вусики ВМС.

При застосуванні ВМС, яка містить мідь, можуть спостерігатися деякі побічні ефекти (табл. 39).

Лікар, який радить молодій пацієнтці користуватися ВМС, що містить мідь, повинен діяти за алгоритмом, поданим на рис. 45.

Депо-Провера

Депо-Провера — депо-медроксипрогестерон ацетату (ДМПА) є ін'єкційним контрацептивом, який вводиться через кожні три місяці. Одна доза містить 150 мг гормону.

Уведення ін'єкції — з дотриманням правил асептики й антисептики. Перед введенням флакон легко струшують, не допускаючи утворення піни. Розчин набирають у шприц, для ін'єкцій використовують ту саму голку, якою набирали розчин. Після дезінфекції шкіри спиртом дають антисептику просохнути. Після введення голки глибоко у м'яз перевіряють, чи не потрапила вона у судину (відтягують поршень назад). Не можна масажувати місце введення препарату.

Жінкам, які не народжували і є потенційними користувачами ДМПА, пояснюють, що при використанні препарату може трапитися затримка з поверненням фертильності, яка не означає наявності безплідності. Експертами ВООЗ визначені умови застосування ДМПА з метою контрацепції (табл. 40).

**Побічні ефекти, які можуть виникнути,
та заходи щодо їх усунення**

Побічні ефекти	Оцінка	Усунення
Аменорея	Обстеження на вагітність: — бімануальне дослідження; — тест на вагітність	Якщо виявлена вагітність, проводиться консультування про ризик переривання вагітності на фоні ВМС та при її видаленні. Якщо вагітність до 12 тиж., то ВМС можна видалити за бажанням жінки, якщо видно вусики; при вагітності понад 12 тиж., ВМС видаляти не рекомендується
Кровотеча	Виключають: — ектопічну вагітність; — неповний аборт; — запальний процес	При виявленні ектопічної вагітності жінку направляють до гінекологічного відділення. При ЗЗОТ видаляють ВМС і призначають лікування антибіотиками. За відсутності патології жінку заспокоюють і призначають ібупрофен 200 мг на добу через 8 год протягом 1 тиж.
Біль у животі	Обстеження з метою виявлення: — ЗЗОТ; — часткової експульсії; — ектопічної вагітності	При ЗЗОТ видаляють ВМС і проводять антибіотикотерапію. Причину не виявлено, біль не сильний — ібупрофен 200 мг на добу через 8 год Причину не виявлено, біль сильний — видаляють ВМС, допомагають вибрати інший метод. Ектопічна вагітність — госпіталізація у гінекологічне відділення
Партнер скаржиться на відчуття вусиків ВМС	Виключають часткову експульсію	Після виключення експульсії вкорочують вусики на рівні зовнішнього вічка. Роблять відмітку в історії хвороби

Якщо з'явилися тривожні симптоми при застосуванні ДМПА (кровотеча зі статевих органів, біль, гіперемія, інфільтрат на місці ін'єкції), жінці слід терміново звернутися до лікаря.

Юним пацієнткам, що живуть статевим життям, слід повідомити про побічні ефекти застосування ДМПА (табл. 41).

У разі призначення дівчині ДМПА потрібно користуватися алгоритмом, поданим на рис. 46.

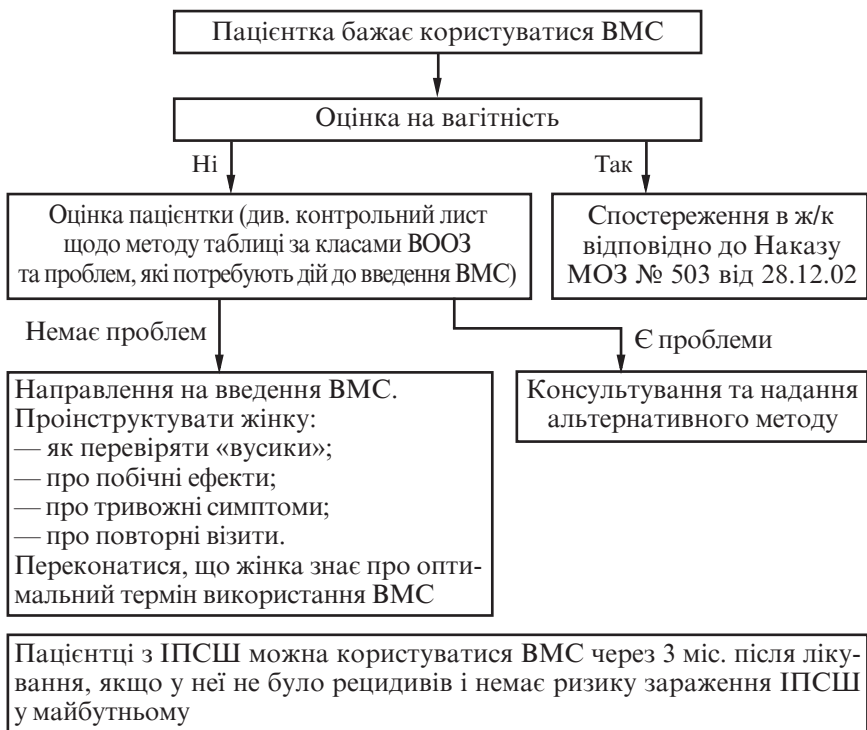


Рис. 45. Алгоритм призначення мідьвмісної спіралі

Таблиця 40

Розподіл користувачів Депо-Провера за класами (ВООЗ, 2001)

<p>Клас 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> — вік від 18 до 45 років; — годування груддю дитини віком понад 6 тиж.; — відразу ж після пологів, якщо пацієнтка не годує груддю; — після абортів (у першому, другому триместрах або септичного); — паління у будь-якому віці; — прееклампсія в анамнезі; — тромбоз поверхневих вен, оперативні втручання без тривалої іммобілізації нижніх кінцівок; 	<ul style="list-style-type: none"> — захворювання клапанів серця (неускладнені, ускладнені); — незначні головні болі; — доброякісні пухлини молочних залоз; — рак молочної залози у сімейному анамнезі; — цервікальний ектропіон; — рак ендометрія та яєчників; — запальні хвороби органів малого таза, включаючи ІПСШ; — носійство вірусу гепатиту; — холестаза в анамнезі, що має відношення до пологів;
--	---

<ul style="list-style-type: none"> — фіброміома матки; — позаматкова вагітність в анамнезі; — патологія щитоподібної залози; — хвороби трофобласта; — анемія, епілепсія; — дисменорея, ендометріоз; — туберкульоз; — варикозне розширення вен; — доброякісні пухлини яєчників. <p>Клас 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> — вік <18 та >45 років; — гіпертензія: АТ 140/90–160/100 мм рт. ст.; — діабет неускладнений до 20 років; — ожиріння; — операції з тривалою іммобілізацією; — головні болі, мігрень без неврологічних симптомів; — рак шийки матки; — цироз печінки (легка форма); 	<ul style="list-style-type: none"> — захворювання жовчного міхура, холестаза, пов'язаний з використанням КОК, холецистектомія в анамнезі; — тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії в анамнезі. <p>Клас 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> — АТ > 160/100 мм рт. ст.; — годування груддю < 6 тиж. після пологів; — діабет, ускладнений у віці після 20 років; — ішемічна хвороба серця зараз або в анамнезі, інсульт, головні болі з неврологічними симптомами; — вірусний гепатит (активна форма); — цироз печінки (некомпенсований); — пухлини печінки; — тромбоз глибоких вен; — кровотеча зі статевих органів неясної етіології (до встановлення діагнозу). <p>Клас 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> — рак молочної залози.
--	---

Таблиця 41

Побічні ефекти застосування Депо-Провера та методи їх усунення

Побічний ефект	Метод усунення
Кров'янисті виділення або кровотеча	Див. протокол «Кровотеча/мажучі кров'янисті виділення при використанні ДМПА»
Масталгія	Проходить через 3 міс. Розглядається можливість використання бруфену
Аменорея	Обстеження на вагітність. Якщо вагітності немає, заохочують до продовження прийому ДМПА
Збільшення маси тіла	Пояснюють пацієнтці, що вона може набрати 1–2 кг. Дають поради щодо раціонального харчування та фізичного навантаження
Головний біль	Збирають анамнез. Вимірюють АТ. Якщо він підвищений, жінку направляють до терапевта. Проходить обстеження в отоларинголога (гайморит, синусит)

Побічний ефект	Метод усунення
Зміна настрою	Збирають анамнез і консультують жінку. Якщо депресія пов'язана з використанням ДМПА і стан погіршується, допомагають вибрати інший метод
Жовтяниця	Виключається активний гепатит. У випадку активного гепатиту можна продовжувати ДМПА, тому що вагітність для такої жінки більш ризикована, ніж ДМПА

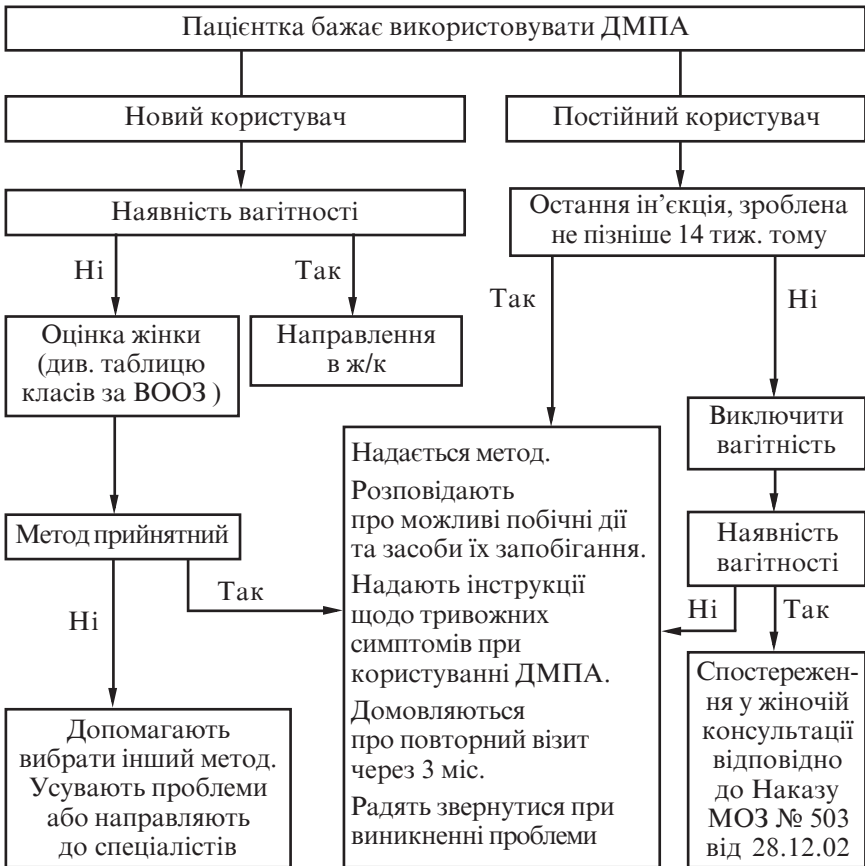


Рис. 46. Алгоритм призначення Депо-Провера

Для пацієнок з анемією перевага ДМПА полягає у тому, що зменшується втрата крові через розвиток аменореї.

Нерегулярні, тривалі кровотечі або невеликі мажучі кров'янисті виділення відмічаються протягом перших 2–6 міс. Кровотечі зменшуються та зовсім минають після 9–12 міс. користування ДМПА (табл. 42).

Зазвичай при кровотечах на фоні ДМПА спеціальне обстеження не потрібне, крім випадків, коли кровотеча триває, незважаючи на лікування.

При обстеженні виключають вагітність, у тому числі ектопічну, аборт, інфекції статевих органів, онкологічні й інші захворювання (рис. 47).

Невідкладна контрацепція

Невідкладну контрацепцію не можна використовувати часто. Після проведення невідкладної контрацепції допомагають пацієнтці зробити поінформований вибір регулярного контрацептивного методу.

Ситуації, які виникають і при яких рекомендується невідкладна контрацепція:

- незахищений статевий контакт;
- порушення цілості, зісковзування презерватива;
- сексуальне насильство;
- статевий контакт у фертильні дні при використанні природних методів протизапліднення (також при помилковому підрахунку фертильних днів);
- якщо пацієнтка турбується про можливу вагітність (невдача при використанні інших методів, жінка забула випити таблетки або пропустила термін наступної ін'єкції ДМПА тощо).

Для невідкладної контрацепції можна використовувати однофазні низькодозовані КОК, суто прогестинові таблетки, а також ВМС, які містять у собі мідь. Суто прогестинові таблетки, які містять левоноргестрел, мають таку ж ефективність, як і КОК, проте останні дають меншу кількість побічних ефектів.

Низькодозовані КОК містять 30 мкг етинілестрадіолу як естрогену та 150 мкг левоноргестрелу або 150 мкг дезогестрелу, або 75 мкг гестодену як гестагену.

Режим вживання: першу дозу (4 таблетки) приймають якомога раніше, проте не пізніше 72 год після незахищеного статевого контакту, другу (4 таблетки) — через 12 год після першої дози.

**Кровотеча або мажучі кров'яністі виділення
при використанні Демі-Провера**

Кров'яністі виділення	Заходи
<p>Мажучі кров'яністі виділення або незначна кровотеча (менше ніж під час менструації не становлять загрози, навіть якщо вони тривають протягом кількох тижнів)</p>	<p>Заспокоїти пацієнтку: пояснити їй, що це звичайне явище при використанні ДМПА, а якщо у неї виникнуть проблеми, вона зможе прийти на консультацію у будь-який час.</p> <p>Якщо жінка відчуває слабкість і є симптоми анемії, призначають препарати заліза та фолієвої кислоти.</p> <p>Якщо жінка залишається невдоволеною після консультації, їй призначають низькодозовані монофазні оральні контрацептиви протягом 7–21-го дня, які вона має приймати по одній таблетці щодня.</p> <p>Проводиться оцінка стану пацієнтки для виключення ускладнень, при яких не слід застосовувати КОК (див. протокол КОК та контрольний лист). Як альтернативу можна зробити наступну ін'єкцію раніше на 4 тиж. призначеного терміну, що тимчасово зменшить кровотечу</p>
<p>Помірна кровотеча (еквівалентна менструальній, тільки більш тривала, удвічі довша, ніж звичайна менструація)</p>	<p>Пояснити жінці, що це нормальне явище при використанні ДМПА у перші 3 міс. З часом періоди кровотечі стануть коротшими, а сама кровотеча — незначною.</p> <p>Якщо консультування та запевнення щодо безпеки недостатні, призначають низькодозовані оральні контрацептиви протягом 7–21-го дня, які жінка повинна приймати по одній таблетці щодня (естроген, що міститься у КОК, спричинює проліферацію ендометрія та зменшує кровотечу). Альтернативно призначають ібупрофен (200 мг) тричі на день протягом 5 днів. Можна також зробити наступну ін'єкцію на 4 тиж. раніше призначеного терміну, щоб тимчасово зменшити кровотечу. Нерегулярні або тривалі кровотечі можуть повторюватися, незважаючи на всі ці заходи, доти, поки не настане аменорея. Це зазвичай трапляється не раніше ніж через 9 міс. прийому препарату</p>
<p>Сильна кровотеча (сильніша та триваліша, ніж при менструації; такі кровотечі спостерігаються доволі рідко)</p>	<p>Призначити пацієнтці низькодозовані оральні контрацептиви протягом 7–21-го дня, які вона повинна приймати по одній таблетці щодня. Якщо кровотеча дуже значна і не зменшується:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обстеження жінки для виявлення інших причин кровотечі. 2. Після повного обстеження призначити по 2 таблетки КОК (подвоїти дозу естрогену) щодня протягом 3–7 днів, після чого рекомендують продовжити приймання КОК по одній таблетці на день протягом 21 дня

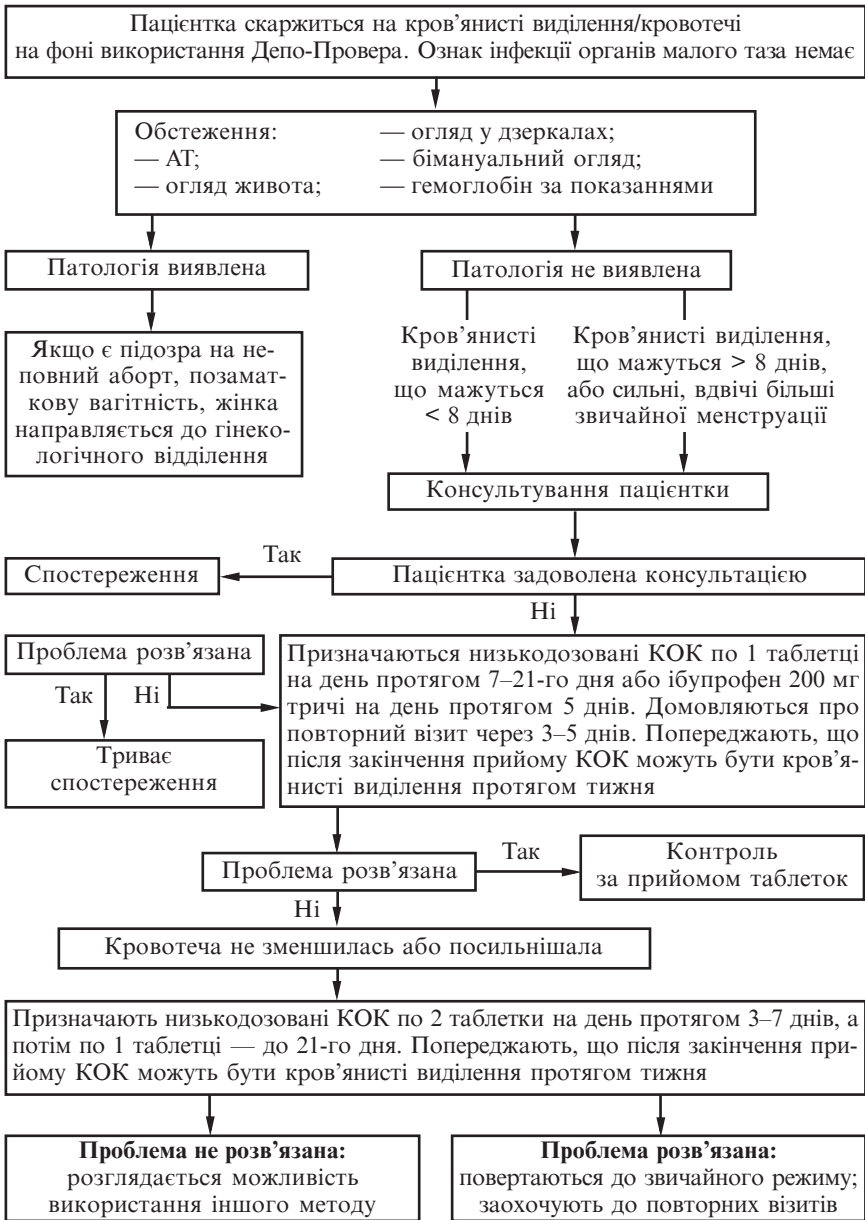


Рис. 47. Алгоритм дій у разі виникнення кровотечі або мажучих кров'янистих виділень при використанні Депо-Провера

Суто прогестинові таблетки містять 750 мкг левоноргестрелу.

Режим вживання: 1 таблетку приймають якомога раніше, проте не пізніше ніж за 72 год після незахищеного статевого контакту. Згодом, через 12 год, приймають ще 1 таблетку.

Мідьвмісні ВМС застосовуються для невідкладної контрацепції протягом 5 днів після незахищеного статевого контакту лише за відсутності протипоказань (рис. 48).

Усунення побічних ефектів (нудоти та блювання) полягає у такому:

— якщо у жінки виникло блювання протягом 2 год після їди, їй належить прийняти дозу повторно;

— якщо блювання повторюється, ввести таблетки у піхву.

Якщо пацієнтка приймала таблетки невідкладної контрацепції на фоні вагітності, пояснити, що це не позначиться на внут-

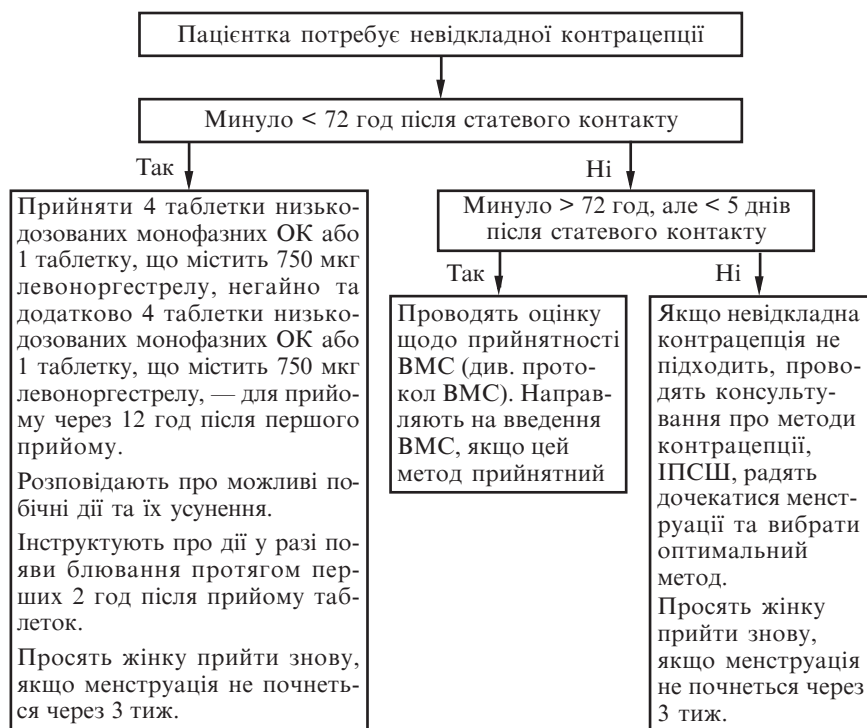


Рис. 48. Алгоритм призначення невідкладної контрацепції

рішньоутробному розвитку плода. Однак рішення про виношування вагітності залишається за пацієнткою.

Менструація може не початися протягом 3 тиж. після проведення невідкладної контрацепції, у цьому разі потрібно провести дослідження на вагітність:

— якщо з метою невідкладної контрацепції була введена ВМС, то рішення про те, видалити її чи залишити, залежить від пацієнтки;

— усім юним жінкам, яким була проведена невідкладна контрацепція, надають консультації щодо методів регулярного запобігання вагітності.

Левоноргестрел і міфепристон більш ефективні для невідкладної контрацепції, але мають допустимі побічні ефекти.

Слід зазначити, що при обстеженні дівчат, які використовують ВМС, виявлено високу частоту ризику незапланованої вагітності, запальних захворювань органів малого таза, мимовільних експульсій, порушень менструального циклу і болювого синдрому. Це потребує подальшого вивчення можливості використання ВМС у підлітків.

ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОГО МАТЕРИНСТВА

Швидке статеве дозрівання та ранній початок статевого життя призвели до появи феномена «підліткове материнство», яке негативно позначається на здоров'ї новонароджених і юних матерів. Останнім часом кожна десята дитина народжується від матері віком менше 20 років, а материнська смертність серед дівчаток-підлітків у кілька разів вища, ніж у загальній популяції. Середньорічний показник материнської смертності серед 15–19-річних матерів у США в 10 разів перевищує аналогічний показник у дівчат, що використовують контрацептивні засоби (11,1–12 випадків на 100 000 народжень проти 0,3–2,2 на 100 000 жінок, які використовують внутрішньоматкову контрацепцію).

Підлітки у 60–85 % випадків переривають вагітність, що становить 12 % серед усіх жінок, які переривають вагітність. Міні-аборт не поширений серед підлітків, оскільки дівчатка рідко звертаються до акушера-гінеколога в ранні терміни вагітності, також спостерігається високий відсоток ускладнень (гематометра у кожної шостої дівчинки). Вагітність у терміні 6–12 тиж.

переривають інструментальним методом. Перед перериванням вагітності проводять консультацію психолога та швидку санацію статевих шляхів за допомогою «Тержинану», «Поліжинаксу», «Гіналгіну» тощо. Штучне переривання вагітності проводять під загальним (внутрішньовенним) знеболюванням, після чого виконують контрольне УЗД. З першого дня після переривання вагітності використовують оральні контрацептиви у циклічному режимі.

Ускладнення абортів у дівчат трапляються однаково часто, як і у дорослих. Проте виникають ускладнення, частота яких значно вища, ніж у дорослих, і сягає 30 %: порушення вегетативної нервової системи, інволюція матки, нейроендокринна дисфункція, порушення менструального циклу, безплідність (табл. 43).

Реабілітація після абортів у дівчат включає антибіотико- та гормональну терапію, психокорекцію та відновну фізіотерапію.

Вагітність у терміні 12–22 тиж. переривають після консультації психолога, санації статевих шляхів і підготовки шийки матки (фолікуліном або препідилгелем). Використовують гіперосмолярний розчин натрію хлориду або препарат простагландин із подальшим вишкрібанням стінок порожнини матки. За наявності протипоказань до індукованого штучного пізнього викидня або його неефективності можна провести малий кесарів розтин із подальшою реабілітацією. Переривання вагітності після 28 тиж. допустиме лише в окремих випадках.

Один із провідних показників здоров'я дівчаток-підлітків — стан репродуктивної системи, що змушує приділяти значну увагу питанням їхньої підготовки до майбутнього материнства та свідомого сімейного життя.

При диспансерному нагляді юних вагітних зараховують до високої групи ризику. Під час фізіологічного перебігу вагітності юна пацієнтка повинна відвідувати жіночу консультацію: у першій половині вагітності — двічі на місяць, після 20 тиж. — 4 рази, після 32 тиж. — 6 разів. Здорових юних вагітних обстежує підлітковий терапевт тричі протягом усього періоду вагітності: до 12 тиж. — для виявлення екстрагенітальної патології та своєчасного вирішення питання щодо переривання вагітності; з 13-го до 24-го тижня — для виявлення захворювань, які зумовлені вагітністю (анемія, авітаміноз, прееклампсія) або супровідних захворювань (туберкульоз, інфекції) та визначення необхідності госпіталізації вагітної. Юним вагітним рекомендується профілактичне перебування на денному стаціонарі на 12, 28,

Прогноз ризику гестаційних ускладнень

Чинники, їх градація	ПК	Чинники, їх градація	ПК
<i>Соціально-гігієнічні</i>		<i>Медико-біологічні</i>	
Шкідливі звички		Емоційна стійкість	
Є	5,41	Є	4,23
Немає	-1,20	Немає	-2,68
Поєднання роботи і навчання		Порушення встановлення менструальної функції	
Є	3,89	Є	3,83
Немає	-1,25	Немає	-1,59
Низьке матеріальне забезпечення		Наявність екстрагенітальної патології	
Є	3,12	Є	2,76
Немає	-0,93	Немає	-2,94
Неповна сім'я		Рубець на матці після операції	
Є	2,76	Є	2,38
Немає	-1,33	Немає	-0,10
Шкідливі звички батьків		Генітальний інфантилізм	
Є	0,91	Є	1,68
Немає	-0,46	Немає	-0,24
Вік до 15 років		Аборти перед справжніми пологами	
Є	1,96	Є	1,07
Немає	-1,12	Немає	-2,21
Не перебуває у шлюбі		Наявність урогенітальної інфекції під час вагітності	
Є	-0,35	Є	0,85
Немає	-0,82	Немає	-0,73
Початкова чи неповна освіта		Патологічний перебіг вагітності	
Є	-0,21	Є	0,75
Немає	-0,85	Немає	-0,68

Примітка. Сума більше +15 балів свідчить про високу ймовірність ризику розвитку гестаційних ускладнень у підлітків. Для прогностичного коефіцієнта (ПК) зі знаком «мінус» 13 балів — мінімальна ймовірність їх розвитку. Для ПК в інтервалі від -13 до +13 балів ризик розвитку гестаційних ускладнень вважається невизначеним.

32–36-му тижнях вагітності. У терміни 20–28 тиж. проводять комплекс заходів, спрямованих на покращання функції фетоплацентарного комплексу, запобігання розвитку преeklampсії, невиношуванню вагітності, аномаліям пологової діяльності тощо (табл. 44).

Диспансерний нагляд за юними вагітними (Ю. А. Гуркин, 1993)

Заходи	Терміни виконання
Госпіталізація до гінекологічного, спеціалізованого соматичного відділення	На початку спостереження або після взяття на диспансерний облік у жіночій консультації
Госпіталізація до відділення допологової патології пологового будинку	У терміни 27–28 і 36–37 тиж., а також у разі необхідності
Клінічний аналіз крові	На початку спостереження і далі — при кожній госпіталізації
Відвідування акушера-гінеколога в жіночій консультації або акушерки ФАП	Один раз на 2 тиж. незалежно від терміну гестації
Клінічний аналіз сечі	1 раз на 4 тиж.
Аналіз крові на тривалість кровотечі та час згортання крові, за необхідності — коагулограма	При останній госпіталізації
Реакція Вассермана	На початку госпіталізації та при двох останніх госпіталізаціях
Кров на ВІЛ/СНІД	У ті ж терміни
Визначення групової належності крові та резус-фактора	На початку спостереження
Бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви і цервікального каналу	При першому відвідуванні та протягом госпіталізації
Бактеріологічне дослідження	При першому відвідуванні і перед розродженням
Дослідження калу на яйця глистів	На початку спостереження
Дослідження калу на дизгрупу й іншу патогенну флору	На початку спостереження, а далі — за медичними показаннями
Гормональна кольпоцитологія	При першому відвідуванні та під час госпіталізацій
Вимірювання АТ, маси тіла, окружності живота і висоти стояння дна матки	При кожному огляді у жіночій консультації та в стаціонарі
УЗД живота і органів малого таза	При першому відвідуванні та під час госпіталізації
УФО, ЛФК, фізіопсихопрофілактична підготовка до пологів, вітамінізація	При двох останніх госпіталізаціях

Заходи	Терміни виконання
Вимірювання розмірів таза	На початку спостереження, у 32–37 тиж.
Огляд терапевта	На початку спостереження і далі — один раз на місяць
Огляд ЛОР-лікаря, стоматолога, окуліста	Перша і друга половина вагітності
КТГ, біофізичний профіль плода	Після 34 тиж.

Перебіг вагітності та пологи в юних жінок

1. Нестійкість системи адаптаційного гомеостазу, незрілість нервових процесів супроводжуються незадовільним формуванням гестаційної домінанти, яка трансформується в аномалії пологової діяльності.

2. Розміри кісткового таза у дівчат не завжди встигають досягти завершених величин або наявний вузький таз.

3. Диференціювання матки (міометрія та нервового апарату) у більшості випадків не завершено. Часто трапляються гіпоплазія матки та статевий інфантилізм, які зумовлюють надмірну крововтрату при пологах.

4. Гомеостатичні реакції вирізняються в юнацькому віці напруженням і нестійкістю, що погіршує прогноз при акушерських ускладненнях для юної матері.

5. Низький рівень секреції естрогенів і прогестерону в період, що передує вагітності, визначає формування плацентарної дисфункції, а відтак — гіпотрофії та гіпоксії внутрішньоутробного плода.

Усе це, з урахуванням соціальних чинників, призводить до цілої низки ускладнень вагітності та пологів у 90 % юних вагітних, що народжують уперше. Причому, загроза невиношування вагітності спостерігається у 39 %, ранній гестоз — у 69 %, залізодефіцитна анемія — у 81 %, хронічна фетоплацентарна дисфункція — у 31 %. Пологи ускладнюються несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод у 47 %, аномаліями пологової діяльності — у 22 %, пологовим травматизмом — у 85 %. Асфіксія

новонароджених констатується у 20 % юних першороділь, а пренатальна гіпотрофія плода — у 41 %.

Токсикози першої половини вагітності трапляються у підлітків частіше за інші ускладнення. У неповнолітніх вагітних визначається статистично достовірне зниження рівня прогестерону в терміни гестації з 7–8-го тижня до 13–14-го тижня, а також значно знижений синтез ХГ протягом усієї вагітності. Саме зі зростанням у крові вказаних гормонів, як правило, пов'язують початок раннього гестозу вагітності. Часті гестози у вагітних підліткового віку свідчать про неготовність організму неповнолітніх до виконання репродуктивної функції. У розвитку пізнього гестозу в підлітків певну роль відіграє значне зниження рівня прогестерону в другій половині вагітності. Хелп-синдром в юних першороділь виникає рідко. Клінічний перебіг вагітності у неповнолітніх характеризується частими ознаками загрози викидня та передчасних пологів. Загроза переривання вагітності реєструється в підлітковому віці частіше, ніж у репродуктивному. Частота мимовільних абортів у неповнолітніх удвічі вища, ніж у дорослих жінок. Однією з причин високої частоти загрози переривання вагітності в підлітковому віці може бути низький рівень гормонів (ХГ, Е, ПЛПР). Слід зазначити, що загроза переривання вагітності може бути водночас і причиною плацентарної дисфункції та її наслідками.

Залізодефіцитна анемія може бути зумовлена неповноцінністю кровотворної системи та її віковими особливостями (пригнічення еритропоезу естрогенами), недостатнім запасом заліза при народженні, втратою крові у випадках, що передують вагітності, тобто ювенільними матковими кровотечами (ЮМК), підвищеною потребою організму у залізі в період інтенсивного розвитку, низькими адаптаційними можливостями у цьому віці та низьким надходженням заліза з продуктами, зростанням його потреби при вагітності та лактації, низькою компенсацією затрат внаслідок зниженого депонування. При дефіциті заліза в юних вагітних виникає прогресуюча гемічна гіпоксія з подальшим розвитком вторинних метаболічних розладів. Ускладнює розвиток гіпоксії характерна для вагітності значно більша потреба у кисні. Анемія супроводжується дистрофічними процесами у міометрії та плаценті, що

призводить до її гіпоплазії, зниження рівня гормонів, а також порушення активності дихальних ферментів у синцитіотрофобласті та транспортування заліза до плода. Анемія ускладнює перебіг вагітності (гестоз), пологів (передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі) та післяпологового періоду (гнійно-септичні ускладнення, гіпогалактія), впливає на розвиток плода.

Неповнолітні вагітні належать до групи високого ризику щодо формування фетоплацентарної дисфункції, хронічної її форми, яка спостерігається у 16–72 % вагітних підлітків. Стан матки у неповнолітніх вагітних характеризується зниженим кровопостачанням, а також має ознаки, які свідчать про потовщення плацентарного бар'єру між кров'ю матері та плода: велика площа хоріального епітелію, недостатня кількість субепітеліально розташованих судин, велика кількість малодиференційованих клітин і маси аморфної проміжної речовини в стромі, що не відповідає зростаючому обміну плода наприкінці гестації. Дисфункція плаценти у неповнолітньої має багатогранну природу. Первинна плацентарна дисфункція може бути зумовлена:

- неповноцінністю гамет при заплідненні у зв'язку з низьким ступенем їх зрілості, оскільки, як відомо, ймовірність неповного дозрівання овоцита найвища у пацієнок у перші місяці після менархе;

- низьким рівнем секреції Е, П, плацентарного лактогену, андрогенів;

- запальними захворюваннями статевих органів, неповним ступенем розвитку судинної стінки матки, а також порушеннями адаптації юного організму до вагітності.

Вторинна плацентарна дисфункція розвивається внаслідок ускладненого перебігу вагітності (гестози, загроза переривання, анемії), інфекційних та екстрагенітальних захворювань.

Пологи в юних вагітних зараховують до групи високого ризику щодо акушерської та перинатальної патології. З огляду на недостатню біологічну готовність організму неповнолітніх до пологів, доцільно проводити підготовку шийки матки, використовуючи препарати простагландинів (препідил-гель, цервіпрост, динопростон), що сприяє більш активному процесу дозрівання шийки матки та профілактиці аномалій пологової діяльності.

Оскільки в підлітковому віці частими є передчасні пологи, малі розміри плода, невідповідність розмірів таза пацієнтки та голівки плода, високе розташування передлеглої частини та функціональна неповноцінність нижнього сегмента матки, існує підвищений ризик випадіння пуповини та дрібних частин плода. Для запобігання цим ускладненням після відходження вод і до огляду акушера-гінеколога юній вагітній рекомендується постільний режим.

Вибір методу розродження ухвалюється консилиумом лікарів. В. І. Кулаков пропонує такий алгоритм акушерської тактики (рис. 49).



Рис. 49. Схема вибору методу розродження юних вагітних (В. І. Кулаков)

У першому періоді пологів для запобігання швидкому перебігу пологів у юних роділей слід уникати ранньої амніотомії та нераціонального використання утеротонічних засобів. У активній фазі пологів, з урахуванням вікових особливостей, ригідності тканин і лабільності нервової системи, для профілактики аномалій пологової діяльності обов'язково необхідно проводити медикаментозне знеболювання, використовуючи комплекс лікувальних засобів: седативних (седуксен, реланіум), анагетиків (анальгін, баралгін, промедол, нейролептаналгензія фентанілом і дроперидолом), спазмолітиків (но-шпа, папаверин, ганглерон — дозою 30 мг збільшують скорочувальну активність матки, знижують її основний тонус і чинять слабку нормалізуючу дію на коагуляційні властивості крові).

При передчасних пологах (термін до 36 тиж.), цілому плодовому міхурі, розкритті шийки матки до 2–4 см, за відсутності ознак інфекції та наявності регулярної пологової діяльності рекомендується консервативно-очікувальна тактика. Має значення досвід використання препаратів нітрогліцерину при передчасних пологах, а саме трансдермальної системи «Депоніт», яка є препаратом пролонгованої дії, простим у використанні (пластир наклеюють на живіт на 24 год), що сприяє зниженню маткової активності та зменшенню інтенсивності болю. Один курс терапії триває не менше 5 днів, за необхідності 2-й курс призначають через 12–24 год. Вагітність можна пролонгувати до терміну пологів.

Висока частота травматизму під час пологів у дівчат диктує необхідність застосування знеболювання. Період вигнання при передчасних пологах необхідно вести із захистом промежини та своєчасно проводити її розрізання з метою профілактики пологового травматизму плода.

При виникненні ускладнень, які загрожують життю матері чи плода, необхідно вирішити питання про термінове розродження шляхом кесаревого розтину.

У групі неповнолітніх вагітних крововтрату від 250 до 400 мл (0,5 % від маси тіла) слід вважати патологічною, а вище 400 мл — акушерською кровотечею. Гемотрансфузію необхідно починати при крововтраті вище 1 % від маси тіла (500–

700 мл). Синдром масивної крововтрати у підлітків проявляється при меншому об'ємі (нижче 25 % ОЦК) при крововтраті 800–1000 мл крові.

У післяпологовому періоді необхідні ретельний нагляд і профілактика гнійно-септичних ускладнень, психічних і нервових розладів, депресій, які зазвичай проявляються на 3–5-й день після пологів, та обов'язкове сумісне перебування матері та дитини, а також грудне вигодовування для формування материнських почуттів.

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ З ДИТЯЧОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ОДНІЄЮ ПРАВИЛЬНОЮ ВІДПОВІДДЮ

1. Рівень статевих гормонів в організмі дівчинки віком 7 років:
 1. Високий
 2. Низький
 3. Постійний
 4. Циклічно змінюється

2. Ювенільна кровотеча — це:
 1. Ациклічна маткова кровотеча у віці 15 років
 2. Ациклічна маткова кровотеча у віці до 18 років
 3. Кровотеча в постменопаузі
 4. Носова кровотеча при аменореї

3. Період дитинства у дівчинки триває:
 1. До 14 років
 2. До 10–11 років
 3. До 16 років
 4. До 7 років

4. Період новонародженості триває:
 1. 10–11 днів після народження
 2. 28 днів після народження
 3. 2 міс. після народження
 4. 7 днів після народження

5. Хірургічний гемостаз при ювенільних кровотечах застосовується:
 1. Обов'язково
 2. За життєвими показаннями
 3. Допускається як метод вибору
 4. Не допускається як метод вибору

6. При ювенільних кровотечах настає ефект гемостазу естрогенами:
 1. Через тиждень
 2. Негайно
 3. Через 12 год
 4. Не настає

7. У патогенезі ювенільних кровотеч основну роль відіграють порушення функції:
 1. Фолікулів
 2. Гіпоталамо-гіпофізарної системи
 3. Матки
 4. Згорання крові

8. Частота ювенільних кровотеч серед захворювань пубертатного періоду становить:
 1. 40 %
 2. 10 %
 3. 90 %
 4. 1 %

9. При ювенільних кровотечах в ендометрії найчастіше відбувається:
 1. Атрофія
 2. Аденоматоз
 3. Гіперплазія
 4. Секреторне перетворення

10. При ювенільних кровотечах рекомендується застосування з 16-го по 25-й дні циклу:
 1. Естрогенів
 2. Кломіфену
 3. Гестагенів
 4. Андрогенів

11. При вагітності у рудиментарному розі матки:
 1. Можна доношувати її до терміну пологів
 2. Необхідно викликати пологи на 38-му тижні
 3. Необхідно провести кесарів розтин у 28 тиж.
 4. Рекомендується оперативне втручання після встановлення діагнозу

12. При вагітності у сідлоподібній матці:
 1. Рекомендується переривання у I триместрі
 2. Рекомендується дострокове розродження у 28 тиж.
 3. Часто спостерігається неправильне положення плода
 4. Завжди рекомендується кесарів розтин

13. За умов подвоєння матки та піхви без порушення функції рекомендується:

1. Видалення однієї матки
2. Видалення обох маток
3. Реконструктивна операція
4. Хірургічне втручання не рекомендується

14. При виявленні пухлини яєчника у дівчинки рекомендується:

1. Протизапальне лікування
2. Хірургічне лікування
3. Вичікування до статевого дозрівання
4. Гормонотерапія
5. Нагляд

15. Злоякісні новоутворення у дівчаток найчастіше локалізуються у ділянці:

1. Зовнішніх статевих органів
2. Піхви
3. Тіла матки
4. Яєчників
5. Круглих маткових зв'язок

16. Радикальні операції з приводу злоякісних пухлин статевих органів у дівчаток проводять за умов:

1. Підозри на злоякісну пухлину
2. Візуального огляду макропрепарату
3. Екстреного гістологічного дослідження препарату під час операції
4. Біохімічного аналізу перитонеальної рідини
5. Оцінки консистенції пухлини

17. Визначити рівень ураження системи регуляції репродуктивної функції: у дівчини вторинна аменорея протягом року, виражені вегетосудинні реакції при однофазній базальній температурі, позитивній естроген-прогестагенній пробі та негативній пробі з хоріогоніном:

1. Кора головного мозку
2. Гіпоталамус
3. Гіпофіз
4. Яєчник
5. Матка

18. Визначити рівень ураження системи регуляції репродуктивної функції: у дівчини наявна первинна аменорея при однофазній базальній температурі, позитивній естроген-прогестагенній пробі та пробі з хоріогоніном, негативна проба з кломіфеном:

1. Кора головного мозку
2. Гіпоталамус
3. Гіпофіз
4. Яєчник
5. Матка

19. Визначити рівень ураження системи регуляції репродуктивної функції: у дівчини наявна вторинна аменорея, втрата маси внаслідок «косметичної» дієти, астенія, блювання при прийомі їжі, при краніографії турецьке сідло в нормі, офтальмолог патології не виявив:

1. Кора головного мозку
2. Гіпоталамус
3. Гіпофіз
4. Яєчник
5. Матка

20. Функціональний стан яких ланок можна визначити за «тестами овуляції»?

1. Кора головного мозку
2. Гіпоталамус
3. Гіпофіз
4. Яєчник
5. Матка

21. Оваріальні естрогени:

1. Продукуються тільки перед овуляцією
2. Поліпептидами
3. Викликають ріст похідних мюллерових проток
4. Пригнічують скорочення матки
5. Підтримують лактацію

22. Що таке первинна аменорея:

1. Вихідною причиною є патологія яєчника
2. Дефект генетичного походження
3. Менструацій ніколи не було
4. Матка не реагує на гормони

23. Найвищий рівень секреції естрогенів припадає на:

1. 7-й день циклу
2. 14-й день циклу
3. 21-й день циклу
4. 28-й день циклу

24. Найвищий рівень секреції прогестерону припадає на:

1. 1-й день циклу
2. 7-й день циклу
3. 14-й день циклу
4. 21-й день циклу
5. 28-й день циклу

25. За сучасними поглядами, овуляція настає під впливом:
1. Фолітропіну
 2. Лютропіну
 3. Пролактину
 4. Синергізму фолітропіну та лютропіну
26. Найчастіша причина затримки статевого розвитку:
1. Порушення харчування
 2. Недостатня функція статевих залоз
 3. Адреногенітальний синдром
 4. Органічне ураження гіпофіза
27. Позитивна прогестинова проба вказує на:
1. Утворення гонадотропіну
 2. Ендогенне утворення естрогену
 3. Ендокринне утворення естрогену
 4. Наявність вагітності
28. Статеве дозрівання дівчинки визначається гормональною функцією:
1. Гіпофіза
 2. Гіпоталамуса
 3. Яєчника
 4. Яєчка
 5. Молочних залоз
29. Передчасний статевий розвиток може бути викликаний:
1. Гранульозоклітинною пухлиною яєчника
 2. Адренобластомою яєчника
 3. Злоякісною тератомою
 4. Гіпернефромою
30. Діагностичним критерієм при вторинній аменореї є:
1. Кров'янисті виділення зі статевих шляхів
 2. Наявність вагітності в анамнезі
 3. Наявність менструації в анамнезі
 4. Нормальний статевий розвиток
31. Негативна естроген-гестагенова проба при аменореї вказує на патологію:
1. Матки
 2. Яєчників
 3. Гіпофіза
 4. Гіпоталамуса

32. Для кольпоцитології найдостовірніший мазок із:
1. Присінка піхви
 2. Бічного склепіння піхви
 3. Піхвової частини склепіння
 4. Слизової оболонки щік
 5. Сечостатевого тракту
33. Для гіпоплазії матки не є характерними:
1. Незначні менструації
 2. Довжина матки менше 6 см
 3. Довжина шийки матки більша за довжину її тіла
 4. Неплідність
 5. Висока фертильність
34. Діагноз ювенільної маткової кровотечі потрібно виключити, якщо за гемограмою встановлено:
1. Зниження кількості лейкоцитів
 2. Збільшення кількості лімфоцитів
 3. Зниження гемоглобіну
35. Після ефективного гемостазу синтетичними прогестинами при пубертатних менорагіях слід:
1. Відмінити гормони
 2. Призначити естрогени та прогестерон
 3. Призначити андрогени
 4. Продовжити синтетичні прогестини в режимі контрацепції
36. Гемостаз при пубертатних менорагіях зазвичай виконують:
1. Кюретажем
 2. Синтетичними прогестинами
 3. Андрогенами
37. Для лікування адреногенітального синдрому застосовують:
1. Тиреоїдин
 2. Соматотропін
 3. Адrenокортикотропін (АКТГ)
 4. Кортизон
 5. Хоріогонін
38. Причина адреногенітального синдрому:
1. Дефект синтезу кортизолу
 2. Дефект синтезу АКТГ
 3. Дефект синтезу тестостерону
 4. Дефект синтезу естрогенів

39. Матковій аменореї не властиві такі ознаки:

1. Двофазна базальна температура
2. Негативна проба з прогестероном
3. Позитивна проба з прогестероном
4. Феномени «вічка» та «папороті»

40. Вид контрацепції, який знижує ризик інфікування внутрішніх статевих органів:

1. Внутрішньоматкові контрацептиви
2. Бар'єрні (механічні) методи
3. Оральні контрацептиви
4. Стерилізація
5. Фізіологічні методи

41. Клініка: слабка запальна реакція, білі рідкої консистенції, сіруватого кольору, неприємного «рибного» запаху. Збудниками кольпіту можуть бути:

1. Трихомонади
2. Мікоплазми
3. Хламідії
4. Коринібактерії
5. Папіломавірус

42. Сальпінгофорити не викликаються:

1. Стрептококами
2. Ешерихіями
3. Папіломавірусами
4. Хламідіями
5. Бактероїдами

43. Для лікування генітального кандидозу не застосовують:

1. Ністатин
2. Трихопол
3. Нізорал
4. Амфотерицин
5. Клотримазол

44. Вірус, який не можна виявити у вмісті виділень із піхви:

1. Вірус простого герпесу
2. Папіломавірус
3. Вірус гепатиту В
4. Цитомегаловірус
5. Вірус краснухи

45. Найчастіший збудник вірусних захворювань статевих органів:
1. Вірус простого герпесу I типу
 2. Вірус простого герпесу II типу
 3. Змішана інфекція
 4. Цитомегаловірус
 5. Аденовірус

46. Для клініки герпетичного ураження геніталій не характерно:
1. Висипання везикул
 2. Виразки, які загоюються без рубців
 3. Свербіж, біль, печіння
 4. Збільшення регіонарних лімфовузлів
 5. Висока температура

47. Найоптимальніший метод лікування папіломавірусної інфекції статевих органів:

1. Антибактеріальна терапія
2. Антимікотична терапія
3. Антипротозойна терапія
4. Лазерна терапія
5. Противірусна терапія

48. Під час операції з приводу вродженого адреногенітального синдрому виконують видалення:

1. Малих соромітних губ
2. Великих соромітних губ
3. Бартолінієвих залоз
4. Шийки матки
5. Клітора

49. Для фолікулярної кісти яєчника, як правило, не характерні:
1. Невеликі розміри
 2. Тонкостінне утворення
 3. Двобічне утворення
 4. Відсутність збільшення в динаміці

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ З ДВОМА ПРАВИЛЬНИМИ ВІДПОВІДЯМИ _____

50. Статева криза у новонародженої:
1. Здуття живота
 2. Кров'янисті виділення з піхви
 3. Молочні залози не змінюються
 4. Підвищення рівня материнських естрогенів
 5. Підвищення рівня материнських гестагенів

51. У період дитинства у дівчинки:
 1. Довжина тіла матки коротша за довжину шийки матки
 2. Шийка матки товща порівняно з маткою
 3. Піхва розміщена під кутом, відкритим до переду
 4. Епітелій піхви містить багато глікогену
 5. Матка довша за шийку

52. Епітелій піхви у період дитинства:
 1. Під слабким естрогенним впливом
 2. З низьким вмістом глікогену
 3. З високою стійкістю до інфікування
 4. Має 5–6 шарів епітеліальних клітин
 5. Під значним естрогенним впливом

53. У пубертатному періоді:
 1. Ростуть і розвиваються внутрішні статеві органи
 2. Збільшується кількість фолікулів у яєчниках
 3. З'являється оволосіння білої лінії живота
 4. Менструації відсутні
 5. Зменшується кількість фолікулів у яєчниках

54. У пубертатному періоді у дівчинки:
 1. Виникає циклічна секреція гонадотропінів
 2. Усі менструальні цикли овуляторні
 3. Усі менструальні цикли ановуляторні
 4. Постійний овуляторний цикл не формується
 5. Виникає ациклічна секреція гонадотропінів

55. У пубертатному періоді у дівчинки:
 1. Зростає продукція естрогенів
 2. Збільшується продукція андрогенів
 3. Зменшується продукція прогестерону
 4. Виникає овуляція

56. Передчасне статеве дозрівання:
 1. Поява менархе та вторинних статевих ознак у віці до 8 років
 2. Настання вагітності у віці до 16 років
 3. Календарний вік випереджає кістковий
 4. Настання вагітності неможливе
 5. Поява менархе та вторинних статевих ознак у віці до 12 років

57. Несправжнє передчасне статеве дозрівання:
 1. Зростає секреція ліберинів і гонадотропінів
 2. Зростає секреція естрогенів
 3. Як наслідок запальних пухлин яєчника
 4. Кістковий вік відповідає календарному
 5. Відставання фізичного розвитку

58. При передчасному статевому дозріванні необхідно:
1. Обстеження для виявлення причини
 2. Пригнічення гормональної функції яєчників
 3. Консервативна терапія пухлини яєчника
 4. Фізіотерапія
 5. Стимуляція гормональної функції яєчника
59. Гетеросексуальне передчасне статеве дозрівання:
1. Внаслідок гіперсекреції андрогенів наднирковими залозами
 2. Календарний вік випереджає кістковий
 3. Раннє менархе
 4. Можливість настання вагітності
 5. Помірний розвиток м'язів при високому зрості
60. Прояв естрогенного впливу у новонародженій:
1. Епітелій піхви складається з 30–40 шарів
 2. Епітелій піхви складається з 3–4 шарів
 3. Реакція піхвового вмісту лужна
 4. Каріопікнотичний індекс сягає 80 %
 5. У мазку з піхви не визначаються палички Додерлейна
61. У періоді дитинства:
1. Маткові труби тонкі, звивисті
 2. Епітелій піхви складається з 2–4 шарів
 3. Яєчники збільшуються за рахунок підвищення кількості ооцитів
 4. Чутливість аденогіпофіза та гіпоталамуса до естрадіолу нижча, ніж у дорослих жінок
 5. Секреція естрадіолу незначна
62. Пубертатний період:
1. Триває з 11 до 17 років
 2. Завершується першою менструацією
 3. Не супроводжується ростом тіла в довжину, фемінізації обміну речовин не відбувається
 4. Завершується вагітністю
 5. Стійкі овуляторні цикли не формуються
63. У пубертатному періоді:
1. Збільшується довжина шийки матки
 2. Збільшуються розміри матки
 3. Збільшується передня частка гіпофіза
 4. Не відбувається «стрибка росту»
 5. Гіпофіз не змінюється

64. У пубертатному періоді андрогени надниркових залоз:
1. Гальмують ріст скелета
 2. Спричинюють скостеніння росткових зон трубчастих кісток
 3. Сприяють збільшенню м'язової маси
 4. Викликають дозрівання кісткової тканини
 5. Не впливають на збільшення м'язової маси
65. У пубертатному періоді естрогени:
1. Прискорюють ріст скелета
 2. Викликають дозрівання кісткової тканини
 3. Спричинюють скостеніння росткових зон трубчастих кісток
 4. Сприяють покращанню росту в довжину
 5. Сприяють збільшенню маси тіла
66. До кінця пубертатного періоду останнім завершується:
1. Телархе
 2. Менархе
 3. Пубархе
 4. Ріст волосся у пахвових ділянках
 5. Менархе та пубархе
67. Час настання і перебіг статевого дозрівання залежить від:
1. Спадкових факторів
 2. Групи крові
 3. Росту
 4. Вираженості м'язової маси
 5. Резус-належності
68. У пубертатному періоді жирова тканина:
1. Зменшується
 2. Розміщується переважно в ділянці верхнього плечового пояса
 3. Становить 50 % маси тіла
 4. Є джерелом утворення естрогенів
 5. Є джерелом утворення гестагенів
69. Менархе настає:
1. При досягненні критичної маси тіла
 2. Після формування овуляторних циклів
 3. Коли жирова тканина становить близько 50 % маси тіла
 4. Коли завершується лобкове та пахвове оволосіння
 5. Не залежить від маси тіла

70. Причини ювенільних кровотеч:
1. Персистенція жовтого тіла
 2. Персистенція зрілого фолікула
 3. Овуляція
 4. Нормальний розвиток фолікулів
 5. Нормальне співвідношення ФСГ/ЛГ
71. Ювенільні кровотечі виникають внаслідок:
1. Тривалої гіперестрогенії
 2. Тривалої гіпоестрогенії
 3. Гіперандрогенії
 4. Гіперпрогестеронемії
 5. Гіпервітамінозу
72. Для ювенільної кровотечі характерно:
1. Затримка менструації на 1,5–6 міс.
 2. Кровотеча помірна, нетривала
 3. Немає ознак анемізації хворої
 4. Аборти в анамнезі
 5. Затримка менструації на 10–12 міс.
73. Вибір методу гемостазу при ювенільних маткових кровотечах залежить від:
1. Зросту хворої
 2. Віку хворої
 3. Маса тіла
 4. Не залежить від ступеня анемізації
 5. Не залежить від стану хворої
74. Мета лікування при ювенільних кровотечах:
1. Гемостаз
 2. Припинення менструації
 3. Формування овуляторного циклу
 4. Пригнічення функції яєчників
 5. Пригнічення функції гіпофіза
75. Гормональний гемостаз при ювенільних кровотечах проводять, як правило:
1. Андрогенами
 2. Естрогенами
 3. Гестагенами
 4. Простагландінами
 5. Комбінацією андрогенів та естрогенів

76. При ювенільних кровотечах при проведенні гемостазу синтетичними прогестинами використовують:

1. «Синдром віддачі»
2. Початкову дозу — 4–6 таблеток на добу
3. Відміну після припинення кровотечі
4. Різке припинення прийому після досягнення гемостазу
5. Початкову дозу — 1 таблетку на добу

77. Клініка ювенільної кровотечі залежить від:

1. Віку дівчинки
2. Зросту дівчинки
3. Приєднання ДВЗ-синдрому
4. Тривалості попередньої аменореї
5. Не залежить від ступеня анемізації

78. Ювенільні кровотечі необхідно диференціювати з:

1. Хворобою Верльгофа
2. Синдромом виснажених яєчників
3. Синдромом Рокитанського — Хаузера
4. Синдромом Шерешевського — Тернера
5. Пухлиною яєчників

79. Для ювенільної кровотечі характерно:

1. Овуляторний цикл
2. Тривала кровотеча
3. Відсутність ознак анемізації хворої
4. Виникнення гіперкоагуляції
5. Відсутність менархе

80. При ювенільних кровотечах показанням до хірургічного гемостазу є:

1. Задовільні показники гемодинаміки
2. Рівень Нb — 100 г/л, Нt — 29 %
3. Рівень Нb — 70 г/л, Нt — 20 %
4. Наявність тривалої кровотечі
5. Відсутність ефекту від негормональної гемостатичної терапії

81. При ювенільних кровотечах лікування передбачає:

1. Препарати заліза
2. Інсулін
3. Анаболічні стероїди
4. Кортикотропін
5. Преднізолон

82. 3-поміж немедикаментозних методів лікування ювенільних кровотеч корисні:

1. Ендоназальний електрофорез вітаміну В1
2. Діатермія вагінальним електродом
3. Ультрафіолетове опромінення крові
4. Електростимуляція шийки матки
5. Електрорелаксація матки

83. Вади розвитку піхви:

1. Атрезія піхви після дифтерії
2. Аплазія піхви
3. Чужорідне тіло піхви
4. Опущення стінок піхви
5. Набряк слизової оболонки піхви

84. Порушення злиття парамезонефральних проток може призвести до:

1. Подвоєння матки і піхви
2. Аплазії матки
3. Інфантильної матки
4. Дисгенезії гонад
5. Синдрому Рокитанського — Хаузера

85. Дисгенезія гонад — це:

1. Ембріопатія
2. Хромосомна патологія
3. Патологія надниркових залоз
4. Гермафродитизм
5. Чоловічий фенотип

86. Гіменатрезія призводить до:

1. Гематокольпосу
2. Метроендометриту
3. Піосальпінксу
4. Менорагії
5. Метрорагії

87. Несправжній жіночий гермафродитизм:

1. Чоловіча гонада та розвиток зовнішніх статевих органів за жіночим типом
2. Жіноча гонада та розвиток зовнішніх статевих органів за чоловічим типом
3. Жіноча гонада та розвиток зовнішніх статевих органів за жіночим типом
4. Помилка при визначенні статі не буває
5. Є хромосомною аномалією

88. Несправжній жіночий гермафродитизм:
1. При каріотипі 46 ХУ
 2. При каріотипі 46 ХХ
 3. Гіперсекреція андрогенів наднирковими залозами
 4. Зовнішні статеві органи — без особливостей
 5. Гіперсекреція гонадотропінів
89. У мікрофлорі піхви дівчаток переважають:
1. Лактобацили
 2. Віруси
 3. Кишкова паличка
 4. Гонококи
 5. Бактероїди
90. Патогенна флора піхви за відсутності запальної реакції:
1. Є ознакою патологічного процесу
 2. Не є ознакою патологічного процесу
 3. Не може стати вірулентною
 4. Легко проникає в матку та труби
 5. Потребує антибактеріальної терапії
91. Вульвіт у дівчаток:
1. Вторинне захворювання
 2. Наслідок сальпінгіту
 3. Трапляється зрідка
 4. Становить більше половини всіх захворювань статевої системи
 5. Ознака підвищеної імунореактивності
92. Вульвовагініт у дівчаток розвивається:
1. При підвищенні опірності організму
 2. На фоні ексудативного діатезу, хронічних інфекцій
 3. При зловживанні вітамінами
 4. При суворому дотриманні правил гігієни
 5. При пухлинах яєчника
93. При вульвіті у дівчаток спостерігається:
1. Біль, печіння, свербіж вульви
 2. Сонливість
 3. Блідість і сухість у ділянці вульви
 4. Здуття живота
 5. Порушення акту дефекації

94. Лікування вульвовагініту у дівчаток включає:

1. Дотримання гігієни тіла
2. Звичайний режим харчування
3. Збільшення кількості жирів у харчуванні
4. Рефлексотерапію
5. Родонові ванни

95. Лікування вульвовагініту у дівчаток включає:

1. Піхвове спринцювання 0,02 % розчином фурациліну
2. Промивання піхви через тонкий катетер
3. Гарячі ванни з морською сіллю
4. Змазування спиртовим розчином хлорофіліпу
5. Змазування спиртом

96. При лікуванні вульвовагініту у дівчаток можна використовувати:

1. Відвар квіток ромашки
2. Відвар листя липи
3. Відвар листя подорожника
4. Відвар кори дуба
5. Відвар листя кропиви

97. Для лікування гострого бактеріального вульвовагініту у дівчаток використовують антибіотики:

1. Внутрішньовенно
2. У вигляді вагінальних тампонів
3. *Per rectum*
4. Зрошування піхви через катетер
5. Внутрішньом'язово

98. При лікуванні гострого вульвовагініту у дівчаток спринцювання піхви проводять:

1. 0,02 % розчином фурациліну
2. 3 % розчином перексиду водню
3. Настоянкою фукорцину
4. Настоянкою йоду
5. Не менше 10 процедур

99. При вульвовагініті на фоні ентеробіозу рекомендуються:

1. Антибіотики
2. Антисептики *per os*
3. Протиглісні препарати
4. Протигрибкові препарати
5. Анаболічні стероїди

100. При лікуванні грибкового вульвовагініту у дівчаток рекомендується:

1. Змазування ділянки вульви 10 % розчином брильянтового зеленого
2. Макропен
3. Мазі з ністатином, леворином
4. Трихопол
5. Пеніцилін

101. Пухлини статевих органів у дівчаток частіше:

1. З метастазами
2. З ускладненнями
3. Доброякісні
4. Злоякісні
5. Придатків матки

102. Серед пухлин статевих органів у дівчаток частіше спостерігаються:

1. Міома матки
2. Аденокарцинома матки
3. Кіста яєчника
4. Кістома яєчника
5. Саркома піхви або матки

103. Пухлини статевих органів у дівчаток характеризуються:

1. Повільним ростом
2. Наявністю спайок
3. Частим перекрутом ніжки
4. Больовим синдромом при великих розмірах

104. Гранульозоклітинні пухлини у дівчаток спричинюють:

1. Затримку статевого дозрівання
2. Ріст волосся в пахвових ділянках
3. Ріст волосся на обличчі
4. Збільшення клітора
5. Кровотечі з піхви

105. Для пухлин статевих органів у дівчаток характерно:

1. Розміщення у порожнині таза
2. Розміщення у черевній порожнині
3. Симптоми стиснення шлунка
4. Порушення функції сечового міхура не відмічається
5. Повільний ріст

106. Пухлини статевих органів у дівчаток необхідно диференціювати з:
1. Копростазом
 2. Гастритом
 3. Дистопованою ниркою
 4. Переповненим сечовим міхуром
 5. Лейкозом
107. При підозрі на пухлину яєчника у дівчинки необхідно:
1. Піхвове дослідження
 2. Рентген турецького сідла
 3. Ректальне дослідження
 4. Визначення гемоглобіну крові
 5. Зондування матки
108. При появі кров'янистих виділень із піхви у дівчаток раннього віку необхідно:
1. Бімануальне дослідження
 2. Ультразвукове сканування
 3. Піхвове дослідження
 4. Огляд у дзеркалах
 5. Зондування матки
109. Обсяг планового оперативного втручання при кістомі яєчника у дівчаток:
1. Надпівхова ампутація матки з придатками
 2. Видалення пухлини яєчника і маткової труби
 3. Вилущення пухлини зі збереженням тканини яєчника
 4. Екстирпація матки з придатками
 5. Видалення обох яєчників
110. Обсяг оперативного втручання при перекруті ніжки кістоми яєчника у дівчаток:
1. Вилущення пухлини зі збереженням тканини яєчника
 2. Видалення яєчника після розкручування ніжки зі збереженням маткової труби
 3. Резекція яєчника
 4. Видалення пухлини яєчника з трубою
 5. Надпівхова ампутація матки з придатками
111. Діагностичні тести для визначення фази менструального циклу:
1. Метросальпінгографія
 2. Лапароскопія
 3. Біопсія шийки матки
 4. Зондування матки
 5. Симптом кристалізації цервікального слизу

112. Діагностичні тести для визначення фази менструального циклу:
1. Біопсія шийки матки
 2. Кольпоцитологія
 3. Кольпоскопія
 4. Вимірювання температури тіла
 5. Проба Шиллера
113. Без яких ланцюгів неможлива регуляція менструальної функції:
1. Мозочок
 2. Гіпофіз
 3. Епіфіз
 4. Нирки
 5. Щитоподібна залоза
114. Які зв'язки притаманні системі регуляції репродуктивної функції:
1. Ієрархічний
 2. Горизонтальний
 3. Круговий позитивний
 4. Боковий
 5. Круговий негативний
115. Чинники, які беруть участь у регуляції репродуктивної функції:
1. Ліберин
 2. Еритропоетин
 3. Тестостерон
 4. Кортизол
 5. Прегнандіол
116. Природні естрогени:
1. Щитоподібна залоза
 2. Естріол
 3. Прогестерон
 4. Естрадіолу дипропіонат
 5. Синестрол
117. День овуляції можна визначити:
1. За базальною температурою
 2. За виділенням естрогенів із сечею
 3. За виділенням прегнандіолу з сечею
 4. За еозинофільним індексом
118. Під впливом естрогенів виникає:
1. Епіфізарне скостеніння
 2. Зниження тонуусу матки
 3. Ріст епітелію ацинусів молочних залоз
 4. Зниження каріопікнотичного індексу
 5. Секреторна фаза маткового циклу

119. Ановуляторні цикли характерні для:
1. Підліткового періоду
 2. Дітородного періоду
 3. Нейтрального періоду
 4. Менопаузи
 5. Вагітності
120. До дисфункціональних маткових кровотеч належать всі, крім:
1. Ювенільних кровотеч
 2. Клімактеричних кровотеч
 3. Кровотеч у менопаузі
 4. Ановуляторних кровотеч
 5. Пов'язаних із персистенцією фолікула
121. Діагноз ановуляторної маткової кровотечі підтверджується всім, окрім:
1. Однофазної гіпотермічної кривої базальної температури
 2. Проліферації ендометрія до початку кровотечі
 3. Високого рівня КІ
 4. Високого рівня ЕІ
 5. Двофазної кривої базальної температури
122. Мета лікувальних заходів при дисфункціональній матковій кровотечі в молодому віці:
1. Зменшення крововтрати
 2. Відновлення двофазного циклу
 3. Відновлення дітородної функції
 4. Припинення менструальної функції
 5. Відновлення овуляторного циклу
123. При дисфункціональних маткових кровотечах для гемостазу застосовують:
1. Медикаменти, які скорочують матку
 2. Гормони
 3. Кюретаж або вакуум-аспірацію
 4. Препарати, що покращують реологію крові
 5. Антибіотики
124. Вкажіть вірільний синдром:
1. Синдром Шихана
 2. Синдром Штейна — Левенталя
 3. Синдром Кіарі — Фроммеля
 4. Синдром Мейгса
 5. Адипозогенітальна дистрофія

125. Вкажіть вірільні синдроми:
1. Адипозогенітальної дистрофії
 2. Адреногенітальний
 3. Синдром Кіарі — Фроммеля
 4. Полігіпопітуїтаризм
 5. Синдром Мейгса

126. У патогенезі склерокістозних яєчників провідним є все, крім:
1. Гіпопролактинемії
 2. Ановуляції
 3. Гіперандрогенемії
 4. Підвищення рівня лютропіну
 5. Гіперестрогенемії

127. Клініка синдрому склерокістозних яєчників включає все, крім:
1. Галактореї
 2. Безплідності
 3. Гірсутизму
 4. Аменореї
 5. Ожиріння

128. Форми адреногенітального синдрому:
1. Набутий
 2. Пізній
 3. Постпубертатний
 4. Старечий
 5. Перехідний

129. Клінічні прояви уродженого адреногенітального синдрому в новонароджених:

1. Жіночий псевдогермафродитизм
2. Синдром дихальних розладів
3. Гіпертонія
4. Ожиріння
5. Набряки

130. Для передменструального синдрому характерно:

1. Гіперандрогенемія
2. Гіперальдостеронізм
3. Посилення виведення води
4. Гіпертрофія клітора
5. Мастопатія

131. Для патогенетичного лікування синдрому склерокістозних яєчників використовується все, крім:

1. Естрогенів
2. Прогестерону
3. Кломіфену
4. Резекції яєчників
5. Фенестрації яєчників

132. При аменорей-галакторей необхідно:

1. Дослідження секреції пролактину
2. Виключення пухлини гіпофіза
3. Психіатричне дослідження
4. Естрогенотерапія
5. Дослідження основного обміну

133. При яких захворюваннях спостерігається аменорея гіпофізарного походження:

1. Дієнцефальний синдром
2. Синдром Шихана
3. Карликовий нанізм
4. Хвороба Сіммондса
5. Синдром Марфана

134. Первинна гіпофізарна аменорея може бути при таких захворюваннях:

1. Синдром «порожнього» турецького сідла
2. Хвороба Іценка — Кушинга
3. Акромегалія
4. Хвороба Сіммондса
5. Синдром Мендельсона

135. Гіпоталамічний генез аменорей можна запідозрити за наявності всіх чинників, окрім:

1. Психогенного фактора
2. Відсутності статевого хроматину
3. Перенесеної нейроінфекції
4. Аліментарного чинника
5. Гіперпролактинемії

136. Ріст запальних захворювань жіночих статевих органів є наслідком усього, крім:

1. Урбанізації
2. Зростаючої міграції населення
3. Зміни статевої поведінки молоді
4. Проституції
5. Гормональної контрацепції

137. Мікрофлора піхви в нормі може містити все, крім:

1. Лактобацили
2. Кишкової палички
3. Хламідій
4. Клебсієли
5. Коринебактерій

138. До фізіологічних захисних механізмів, що запобігають розвитку запальних захворювань статевих органів, належать усі, крім:

1. Фагоцитозу
2. Кислої реакції вмісту піхви
3. Фізіологічної десквамації та цитолізу поверхневих клітин піхви
4. Слизової пробки цервікального каналу
5. Відкритої статевої щілини

139. Інфікування через неушкоджені статеві шляхи можливе при всьому, крім:

1. Трихомоніазу
2. Гонореї
3. Кандидомікозу
4. Хламідіозу
5. Правця

140. Симптоми, найхарактерніші для вильовоагініту, — всі, крім:

1. Порушення нервово-психічного статусу
2. Гіперемії, набряку
3. Печіння, свербіж
4. Кров'янистих виділень
5. Гнійних виділень

141. Чинники, що сприяють виникненню первинного вильовоагініту:

1. Порушення гігієнічних навичок
2. Гіперестрогенія
3. Атрофічні зміни м'язової оболонки
4. Гіперкератоз слизової оболонки
5. Тиреотоксикоз

142. Скарги, типові для початку гострого запалення придатків матки:

1. Біль у епігастрії
2. Невпинне блювання
3. Підвищення температури тіла
4. Позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга
5. Порушення менструальної функції

143. Обмеженню процесу при гострому пельвіоперитоніті сприяє все, крім:

1. Бактерицидних властивостей очеревини
2. Бактерицидних властивостей великого сальника
3. Випадіння фібрину
4. Утворення ексудату
5. Утворення трансудату

144. Найчастіші збудники запалення внутрішніх статевих органів у дівчаток — усі, крім:

1. Гонококів
2. Стафілококів
3. Кишкової палички
4. Хламідій
5. Трихомонад

145. Виникненню кандидомікозу не сприяють:

1. Цукровий діабет
2. Луже середовище піхви
3. Прийом антиметаболітів
4. Нейроендокринні зміни під час вагітності
5. Гіпертонічна хвороба

146. Причини рецидиву трихомоніазу можуть бути пов'язані з:

1. Одночасною терапією обох партнерів
2. Зростаючою стійкістю збудників до медикаментів
3. Гіперфункцією яєчників
4. Тривалим прийомом гормональних засобів
5. Гіпофункцією яєчників

147. Основні місця паразитування трихомонад — усі, крім:

1. Слизової оболонки піхви
2. Ендоцервіксу
3. Вивідних проток великих залоз присінка
4. Скенієвих ходів
5. Маткових труб

148. Вірус простого герпесу II типу часто уражує:

1. Молочні залози
2. Тіло матки
3. Шийку матки
4. Маткові труби
5. Яєчник

149. Медикаментозні засоби для лікування генітального герпесу:

1. Антибактеріальні препарати
2. Продигіозан
3. Ацикловір
4. Леворин
5. Глюкокортикоїди

150. Прояви папіломавірусної інфекції статевих органів:

1. Тупокінцеві кондиломи
2. Плоскі кондиломи
3. Кондиломи на широкій основі
4. Внутрішньом'язові кондиломи
5. Папіломи

151. Етіотропне лікування хламідійних інфекцій проводять препаратами:

1. Ацикловіром
2. Гентаміцином
3. Еритроміцином
4. Клеворіном
5. Трихополом

152. Основні шляхи передачі вірусу СНІД:

1. Статевий
2. Побутовий
3. Повітряно-крапельний
4. Контактний
5. Пероральний

153. Ознаки внутрішньоутробного ураження СНІДом:

1. Синдром дихальних розладів
2. Гідроцефалія
3. Хондродистрофія
4. Саркома Капоші
5. Мертвонародження

154. Локалізація гонорейної інфекції у геніталіях дівчинки:

1. Піхва
2. Яєчники
3. Шийка матки
4. Ендометрій
5. Очеревина

155. Лабораторні дослідження, що застосовуються для уточнення трихомонадного кольпіту:

1. Метод «роздавленої» або «висячої краплі»
2. Забарвлення мазків за методом Романовського — Гімзе, або 1 % розчином метиленового синього
3. Забарвлення мазків за методом Грама
4. Серологічне дослідження виділень з цервікального каналу
5. Гістологічне дослідження шийки матки

156. Лікування гострої гонореї у дівчаток включає все, крім:

1. Антибіотиків
2. Сидячих ванночок із слабким розчином марганцевокислого калію
3. Промивання піхви розчином срібла
4. Інстиляцій у піхву 2 % розчину азотнокислого срібла
5. Лікування із застосуванням гоновакцини

157. Найчастіші збудники запальних захворювань статевих органів у дівчаток:

1. Палички дифтерії
2. Віруси
3. Гонокок
4. Стафілококи
5. Трихомонади

158. Препарати, ефективні при лікуванні уrogenітального хламідіозу:

1. Герпевір
2. Солковагін
3. Еритроміцин
4. Нітрофурани
5. Сорбенти

159. Антибіотики, до яких чутлива уrogenітальна хламідія:

1. Цитостатичні
2. Цефалоспорини
3. Напівсинтетичні пеніциліни
4. Макроліди
5. Ампіокс

160. Відмітьте органи, в яких паразитує гонокок, окрім:

1. Уретри
2. Шийки матки
3. Тонкого кишечника
4. Синовіальної рідини
5. Кон'юнктиви ока

161. Шляхи зараження гонореєю такі:

1. Статевий
2. Ентеральний
3. Трансфузійний
4. Краплинний
5. Повітряний

162. Укажіть вірну класифікацію гонореї:

1. Свіжа, хронічна, латентна
2. Гостра, підгостра, хронічна
3. Свіжа, хронічна, рецидивна
4. Гостра, підгостра, рецидивна
5. Гостра, хронічна, латентна

163. У лікуванні сечостатевого трихомоніазу ефективні препарати — всі, крім:

1. Метронідазолу
2. Трихополу
3. Ампіциліну
4. Тинідазолу
5. Клотримазолу

164. Зараження сифілісом виникає в усіх випадках, окрім:

1. Через шкіру
2. Через слизові оболонки
3. Прямим статевим шляхом
4. Повітряно-крапельним шляхом
5. Через предмети домашнього вжитку

165. Обсяг оперативного втручання при атрезії дівочої пліви може бути таким:

1. Вирізання пліви
2. Розтягнення пліви
3. Викроювання ромбоподібного шматка дівочої пліви
4. Діатермокоагуляція пліви
5. Викроювання овального шматка дівочої пліви

166. За наявності серединної перегородки піхви рекомендовані:

1. Діатермокоагуляція перегородки
2. Діатермоексцизія перегородки
3. Кріокоагуляція перегородки
4. Відсікання перегородки від стінок піхви
5. Лапароскопія

167. Найоптимальніший метод оперативного лікування за наявності двох маток та однієї шийки:

1. Видалення однієї з маток
2. Видалення обох маток
3. Розсікання різнойменних ребер обох маток і зшивання її разом
4. Екстирпація обох маток із шийкою
5. Видалення однієї матки із шийкою

168. При аплазії піхви методом вибору слід вважати:

1. Кольпопоез із сигмоподібної кишки
2. Кольпопоез із шматочків тканини малих статевих губ
3. Кольпопоез із твердої мозкової оболонки плода
4. Кольпопоез зі шкіри стегна

169. Укажіть деякі з етапів метропластики за Штрассманом при внутрішньоматковій перегородці:

1. Поздовжнє розрізання тіла матки
2. Поперечне розрізання тіла матки біля її дна
3. Хрестоподібне розрізання тіла матки
4. Перерізання перегородки
5. Ромбоподібне вирізання шматка тіла матки біля її дна

170. У разі нагноєння гематометри та гематосальпінксу виконують:

1. Спорожнення гематометри інструментальним шляхом
2. Екстирпацію матки з придатками
3. Ампутацію тіла матки і труб
4. Екстирпацію тіла матки і труб
5. Видалення придатків

171. Ендокринна функція притаманна таким пухлинам яєчників:

1. Дисгерміномі
2. Цистаденомі
3. Серозній папіломі
4. Фібромі
5. Серозній кістомі

172. Бластоматозні пухлини яєчників — це:

1. Фолікулярна кіста
2. Сецернуюча циліоепітеліальна кістома
3. Цистаденома
4. Параоваріальна кіста
5. Дисгермінома

173. Епітеліальні пухлини яєчників — це:
1. Шоколадна кіста
 2. Фіброма
 3. Метастатичний рак
 4. Саркома
 5. Аденобластома
174. Сполучнотканинні пухлини яєчників — це:
1. Фіброма
 2. Циліоепітеліома
 3. Гранульозоклітинна пухлина
 4. Текома
 5. Псевдоміксосома
175. Гормонопродукуючі пухлини яєчників — це:
1. Фіброма
 2. Аденобластома
 3. Тератома
 4. Псевдоміксосома
 5. Шоколадна кіста
176. Фемінізуючі пухлини яєчників — це:
1. Саркома
 2. Фолікулома
 3. Аденобластома
 4. Псевдоміксосома
 5. Тератобластома
177. Провокуючі чинники для апоплексії яєчників:
1. Гіподинамія
 2. Фізичне перенапруження
 3. Гостре респіраторне захворювання
 4. Перенесені раніше оперативні втручання на органах малого таза
178. При апоплексії яєчників спостерігається:
1. Напруження передньої черевної стінки
 2. Біль у епігастральній ділянці
 3. Підвищення температури тіла
 4. Брадикардія
 5. Зовнішня кровотеча
179. Апоплексія яєчників характеризується:
1. Кровотечею в черевну порожнину
 2. Зовнішньою кровотечею
 3. Болями в попереку
 4. Болями в епігастральній ділянці
 5. Гектичною температурою

180. При полікістозі яєчників:

1. Білкова оболонка стоншена
2. Є численні кісти атретичних фолікулів
3. Однобічне збільшення яєчника
4. Є симптоми подразнення очеревини
5. Напружена передня черевна стінка

181. Нейтральний період розглядають як:

1. Асексуальний
2. Гіперсексуальний
3. Ізосексуальний
4. Препубертатний
5. Пубертатний

182. При гіпоменструальному синдромі найчастіше використовують проби з:

1. Прогестероном
2. Синтетичними прогестинами
3. Дексаметазоном
4. Дефеніном
5. Еленіумом

183. З метою гемостазу пацієнткам з ювенільними матковими кровотечами застосовують засоби — всі, крім:

1. Окситоцину
2. Пітуїтрину
3. Ерготалу
4. Ергомету
5. Прогестерону

184. Основним і провідним симптомом у клініці первинної альгоменореї є:

1. Біль
2. Нудота
3. Блювання
4. Запаморочення
5. Загальна слабкість

185. Альгоменореї поділяють на:

1. Первинну, вторинну
2. Первинну, вторинну, третинну
3. Первинну, вторинну, латентну
4. Первинну, вторинну, рецидивну
5. Функціональну, вторинну, латентну

186. Олігоменорея характеризується:

1. Короткими менструаціями
2. Рідкими менструаціями
3. Рясними менструаціями
4. Тривалими менструаціями
5. Відсутністю менструацій

187. Апоплексія яєчника — це:

1. Розрив тканини яєчника
2. Доброякісне новоутворення
3. Злоякісне новоутворення
4. Перекрут ніжки кісти яєчника

188. При вагіноскопії на слизовій оболонці піхви при дифтерійному вульвовагініті виявляються:

1. Сірі плівки
2. Білі плівки
3. Гнійні плівки
4. Серозні плівки
5. Кров'янисто-гнійні плівки

189. Температурний метод базується на вимірюванні:

1. Базальної температури
2. Загальної температури тіла
3. Кімнатної температури
4. Температури навколишнього середовища
5. Вагінальної температури

190. Повний розвиток вторинних статевих ознак закінчується в:

1. Пубертатному періоді
2. Препубертатному періоді
3. Нейтральному періоді
4. Підлітковому періоді
5. Ювенільному періоді

191. Початок становлення менструальної функції називають:

1. Менархе
2. Пубархе
3. Телархе
4. Пубертат
5. Препубертат

192. Симптом Френкеля — це:
1. Зміщення шийки матки вбік, що супроводжується запаленням геніталей і різким болем
 2. Зміщення шийки матки, що супроводжується кровотечею
 3. Крововилив у порожнину матки
 4. Дворога матка
 5. Пухлина матки
193. Яєчник складається з шарів, крім:
1. Епітеліального покриву
 2. Білкового
 3. Кіркового
 4. Мозкового
 5. Жовткового
194. Гонорея є:
1. Венеричним захворюванням
 2. Грибковим захворюванням
 3. Вірусним захворюванням
 4. Протозойним захворюванням
 5. Паразитарним захворюванням
195. До пубертатного періоду зростає кількість:
1. Жирової тканини
 2. М'язової тканини
 3. Сполучної тканини
 4. Фібрознаї тканини
 5. Кісткової тканини
196. Синдром полікістозних яєчників — це захворювання, що характеризується:
1. Порушенням структури і функції яєчників
 2. Зменшенням паренхіми яєчників
 3. Збільшенням паренхіми яєчників
 4. Запаленням яєчників
 5. Збільшенням продукції естрогенів
197. Аномалії розвитку піхви і матки виникають при:
1. Відсутності злиття мюллерових ходів
 2. Злитті мюллерових ходів
 3. Злитті скенієвих пазух
 4. Злитті мезонефральних проток
 5. Відсутності злиття мезонефральних проток

198. Збудник гонореї — це:
1. Гонокок
 2. Стафілокок
 3. Стрептокок
 4. Хламідія
 5. Уреаплазма
199. Орган малого таза, що найлегше візуалізується при УЗД:
1. Матка
 2. Яєчники
 3. Труби
 4. Сечовий міхур
 5. Пряма кишка
200. Вторинні статеві ознаки з'являються у віці:
1. 8–12 років
 2. 6–7 років
 3. 7–8 років
 4. 8–9 років
 5. 12–14 років

ЗАДАЧІ З ОДНІЄЮ ПРАВИЛЬНОЮ ВІДПОВІДДЮ

Задача 1. Хвора 16 років надійшла зі скаргами на відсутність менструацій, періодичні носові кровотечі. При огляді: правильної статури, вторинні статеві ознаки розвинуті достатньо. При огляді зовнішніх статевих органів відмічається відсутність входу у піхву. При ректоабдомінальному дослідженні матка не визначається. Яку патологію можна запідозрити при даному симптомокомплексі?

- 1) атрезію дівочої пліви;
- 2) аплазію матки і піхви (синдром Майєра — Рокитанського — Кюстнера — Хаузера);
- 3) геморагічний васкуліт;
- 4) синдром склерокістозних яєчників.

Задача 2. Хвора 15 років звернулася зі скаргами на різкі нападоподібні болі внизу живота, які виникають за кілька годин до початку менструації; загальну слабкість, головний біль у перші дні менструації. Менструації рясні, зі згустками, тривалістю 6–7 днів. При ректоабдомінальному дослідженні патології не виявлено. Яке захворювання, насамперед, слід запідозрити у хворої?

- 1) альгодисменорею;
- 2) пухлину яєчника;
- 3) запалення придатків;
- 4) статевий інфантилізм.

Задача 3. Хвора 14 років надійшла до стаціонару зі скаргами на мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів, які тривають протягом 1 міс. і з'явилися після затримки чергової менструації на 1,5 міс. Який стан ендометрія можливий у даної хворої?

- 1) атрофія;
- 2) аденоматоз;
- 3) секреторне перетворення;
- 4) гіперплазія ендометрія.

Задача 4. Хвора 18 років звернулася зі скаргами на болісність і нагрубання молочних залоз, головні болі, роздратованість, набряклість кінцівок. Ці скарги з'являються за 3–4 дні до початку чергової менструації і тривають до її закінчення. При гінекологічному огляді патології не виявлено. Яке захворювання, швидше за все, у цієї хворої?

- 1) неврастенія;
- 2) захворювання нирок;
- 3) передменструальний синдром;
- 4) мастопатія.

Задача 5. Хвора 14 років надійшла зі скаргами на періодичні болі та відчуття тиску внизу живота, утруднене сечовипускання. При об'єктивному обстеженні: $A_{x_3}P_3Ma_3Me_6$. У нижньому відділі живота пальпується пухлиноподібне утворення. При гінекологічному огляді: дівоча пліва випинається, має синюшний колір, крізь неї просвічується темний вміст. При якому захворюванні може спостерігатися описана клінічна картина?

- 1) запальній пухлині яєчників;
- 2) вагітності;
- 3) атрезії дівочої пліви;
- 4) цистаденомі яєчника.

Задача 6. Хвора 17 років надійшла до стаціонару зі скаргами на різкі болі внизу живота, лихоманку, підвищення температури тіла до $38,2^{\circ}C$, нудоту. Статевим життям не живе. Менструальний цикл нерегулярний. При огляді: пульс 94 ударів за 1 хв, АТ 110/70 мм рт. ст., живіт напружений, болісний над лобком, тут же визначається сумнівний симптом Щоткіна — Блюмберга. При піхвовому дослідженні внаслідок вираженої болісності пропальпувати тіло матки і придатки не вдається, задне склепіння болісне, нависає. Про яке захворювання свідчить описана вище клінічна картина?

- 1) гострий цистит;
- 2) гостре запалення придатків матки;
- 3) гострий апендицит;
- 4) гострий ентероколіт.

Задача 7. До стаціонару надійшла хвора 13 років із скаргами на значні кров'янисті виділення зі згустками протягом 2 тиж. після затримки менструації на 1 міс., АТ 90/60 мм рт. ст., пульс 120 ударів за 1 хв, шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, акроціаноз. Які лабораторні дані є показанням до хірургічного лікування цієї патології?

- 1) рівень гемоглобіну 100 г/л, гематокрит > 30 %;
- 2) рівень гемоглобіну 90 г/л, гематокрит < 30 %;
- 3) рівень гемоглобіну 90 г/л, гематокрит < 25 %;
- 4) рівень гемоглобіну 70 г/л, гематокрит < 25 %.

Задача 8. До стаціонару надійшла хвора 15 років із скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів після затримки менструації на 3 тиж. Рівень гемоглобіну 95 г/л, гематокрит 30 %. Кровотеча триває. Який вид терапії рекомендується у даному випадку?

- 1) негормональна гемостатична;
- 2) гормональна гемостатична;
- 3) хірургічна;
- 4) протизапальна

Задача 9. Хвора 18 років звернулася зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла до 37,5 °С, гнійні виділення зі статевих шляхів, різі при сечовипусканні. Менструальна функція не порушена. Статеве життя з 17 років, поза шлюбом, вагітностей не було. Запобігання вагітності — за допомогою ритм-методу. Захворювання виникло гостро, на 7-й день менструального циклу, коли з'явилися вказані симптоми. Об'єктивно: пульс 96 ударів за 1 хв, ритмічний, живіт здутий, при пальпації м'який, болісний у нижніх відділах. Гінекологічний статус: уретра інфільтрована, шийка матки гіперемована, набрякла, з великою ерозією, виділення — рясні, слизово-гнійні. Матка не збільшена, болісна при пальпації, придатки з обох боків потовщені, болісні, склепіння глибокі. При бактеріоскопії мазків із уретри і каналу шийки матки виявлені гонококи, розташовані поза- і внутрішньоклітинно. Ваш діагноз?

- 1) свіжа гостра гонорея нижнього відділу сечостатевих органів;
- 2) свіжа гостра висхідна гонорея;
- 3) підгостра висхідна гонорея;
- 4) хронічна гонорея нижнього відділу сечостатевих органів.

Задача 10. Хвора 18 років звернулася до гінеколога зі скаргами на нагрубання і болісність молочних залоз, набряклість обличчя і гомілок, здуття живота, роздратованість, пітливість. Вважає себе хворою протягом 3 років. Ці симптоми з'являються під час другої фази менструального циклу і припиняються після чергової менструації. З роками тяжкість клінічних симптомів не збільшується. При гінекологічному огляді пато-

логії не виявлено. Яка форма передменструального синдрому найімовірніша в цьому разі?

- 1) цефалгічна;
- 2) нервово-психічна;
- 3) кризова;
- 4) набрякова.

Задача 11. Дівчинка 14 років скаржиться на різкий біль внизу живота, який з'явився близько 10 год тому. Схожі напади з'являлися за останні 6 міс. один раз на місяць. Менструацій ще не було. При гінекологічному обстеженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, вхід у піхву зарощений. Через пряму кишку пальпується болісна пухлина з ознаками флукуації. Який найімовірніший діагноз?

- 1) атрезія гімена;
- 2) первинна аменорея;
- 3) гострий апендицит;
- 4) позаматкова вагітність.

Задача 12. Хвора 16 років скаржиться на відсутність менструацій. Ріст 120 см, маса 32 кг, привертає увагу бочкоподібна грудна клітка, шия «сфінкса». Рентгенологічно виявляється остеопороз кісток таза, хребта, черепа, трубчастих кісток. Молочні залози відсутні. Статеві органи недорозвинуті. Слизова оболонка піхви тонка, блискуча. Мазки з піхви свідчать про атрофічні процеси. При якому захворюванні може спостерігатися описана клінічна картина?

- 1) синдром Шерешевського — Тернера;
- 2) синдром Рокитанського — Кюстнера — Майєра — Хаузєра;
- 3) синдром Шихана;
- 4) хворобі Іценка — Кушинга.

Задача 13. Хвора 18 років надійшла до стаціонару зі скаргами на різкі болі внизу живота, що іррадіюють у пряму кишку, лихоманку, нудоту, одноразове блювання, підвищення температури тіла до 38,5 °С, діарею до 3 разів на добу. Менструальна функція не порушена, статеве життя нерегулярне, з частою зміною статевих партнерів. У анамнезі один медичний аборт без ускладнень. Захворіла гостро на 5-й день менструального циклу, коли з'явилися названі вище симптоми. При огляді: загальний стан середньої тяжкості, пульс 110–112 ударів за 1 хв, АТ 125/70 мм рт. ст., язик сухий, обкладений білим нальотом; живіт помірно здутий, різко болісний у гіпогастральній ділянці, де визначається позитивний симптом Щоткіна — Блюмберга. При піхвовому дослідженні: шийка матки з явищами ендочервіциту; тіло матки і придатки пропальпувати не вдається через різке напруження м'язів передньої черевної стінки, задне склепін-

ня піхви нависає, різко болісне. При яких захворюваннях можлива описана вище клінічна картина?

- 1) гострому деструктивному апендициті;
- 2) кишковій токсикоінфекції;
- 3) гострому запаленні придатків матки, пельвіоперитоніті;
- 4) хворобі Крона.

Задача 14. Хвора 18 років скаржиться на затримку чергової менструації на 10 днів. Порушення менструальної функції відмічає вперше. Статеве життя регулярне, для уникнення вагітності запобіжними засобами не користувалася. При огляді: стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 удари за 1 хв. При трансвагінальній ехографії запідозрено прогресуючу трубну вагітність. Правильна тактика лікаря жіночої консультації:

- 1) екстрено госпіталізувати хвору для уточнення діагнозу і вирішення питання про тактику лікування;
- 2) рекомендувати повторно з'явитися через тиждень для контролю УЗД;
- 3) рекомендувати повторно з'явитися в жіночу консультацію після отримання результатів дослідження титру ХГ у крові чи сечі;
- 4) провести дослідження за тестами функціональної діагностики.

Задача 15. Хвора 16 років звернулася зі скаргами на головний біль за типом мігрені, набряклість обличчя, кінцівок, нагрубання молочних залоз, здуття живота, пітливість. Ці скарги виникають під час другої фази менструального циклу і припиняються разом з черговою менструацією. Гінекологічної патології не виявлено. Які можливі патогенетичні механізми розвитку передменструального синдрому?

- 1) зниження секреції прогестерону в другій фазі менструального циклу, відносна гіперестрогенія;
- 2) порушення в системі ренін-ангіотензин-ангіотензиноген II;
- 3) транзиторна гіперпролактинемія;
- 4) все перераховане вище.

Задача 16

Хвора 15 років звернулася зі скаргами на періодичні болі внизу живота, переважно зліва. Менструальна функція не порушена. Статевим життям не живе. Ректоабдомінальне обстеження: матка не збільшена, безболісна; справа придатки не визначаються, зліва пальпується овоїдної форми утворення розміром 10×11 см з гладенькою поверхнею, тугоеластичної консистенції, рухоме, безболісне, склепіння глибокі. Який діагноз найвірогідніший?

- 1) загострення хронічного сальпінгоофориту з тубооваріальним утворенням зліва;
- 2) міома матки з підчеревинним розташуванням одного з вузлів;
- 3) кістома лівого яєчника;
- 4) рак яєчників.

Задача 17. Хвора 18 років звернулась із скаргами на рідкі, мізерні менструації, загальне нездужання. Менструації з 16 років, нерегулярні, із затримками на 20–25 днів. Живе статевим життям. Від вагітності не застерігалася. В анамнезі часті гострі респіраторні вірусні інфекції, ексудативний плеврит. Об'єктивно: температура тіла 37 °С, пульс 78 ударів за 1 хв; живіт м'який, безболісний. При піхвовому дослідженні: матка зменшена в розмірах, обмежено рухома, безболісна; з обох боків від матки визначаються утворення щільної консистенції неправильної форми розміром 5×6 і 7×5 см, чутливі при пальпації; склепіння вільні. Який діагноз найвірогідніший?

- 1) пухлина Крукенберга;
- 2) хвороба полікістозних яєчників;
- 3) зовнішній генітальний ендометріоз;
- 4) туберкульоз статевих органів.

Задача 18. Хвора 17 років доставлена у стаціонар бригадою «Швидкої допомоги» зі скаргами на гострі болі внизу живота, блювання, почастішання сечовипускання. При огляді: живіт помірно здутий, позитивний симптом Щоткіна — Бломберга. Пульс 90 ударів за 1 хв, температура тіла 37 °С. При піхвовому обстеженні: тіло матки щільне, не збільшене, рухоме, безболісне, справа і спереду від матки пальпується утворення розміром 6×6 см, щільноеластичної консистенції. Різко болісне при зміщенні, зліва придатки не визначаються, склепіння вільні, виділення слизові. Який діагноз найвірогідніший?

- 1) кишкова непрохідність;
- 2) ниркова коліка;
- 3) перекут ніжки пухлини яєчника;
- 4) гостре запалення придатків матки з тубооваріальним утворенням справа.

Задача 19. Під час абортів трапилася перфорація матки кюреткою. Ваша тактика?

- 1) спостереження, холод на живіт, антибактеріальна й утеротонічна терапія;
- 2) видалення залишків плідного яйця під контролем гістероскопії, в подальшому — антибактеріальна й утеротонічна терапія;
- 3) екстрена лапаротомія, ушивання перфораційного отвору, ревізія органів черевної порожнини;
- 4) лапаротомія у разі відсутності ефекту від консервативної терапії, наростання ознак внутрішньочеревної кровотечі.

Задача 20. Хвора 17 років доставлена у стаціонар «Швидкою допомогою» зі скаргами на переймисті болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість; АТ 100/60 мм рт. ст.,

пульс 90 ударів за 1 хв, температура тіла 36,9 °С. Остання менструація — 2 міс. тому. Живе статевим життям, від вагітності не застерігається. При піхвовому обстеженні: шийка матки не ерозована, ціанотична. Симптом «зіниці» негативний, зовнішнє вічко пропускає палець. Матка збільшена до 6 тиж. вагітності, безболісна. Придатки з обох боків не визначаються. Склепіння вільні, безболісні. Який діагноз найвірогідніший?

- 1) дисфункціональна маткова кровотеча;
- 2) запалення придатків матки;
- 3) неповний аборт;
- 4) порушена позаматкова вагітність.

Задача 21. Хвора К. 17 років звернулася зі скаргами на різкі болі внизу живота, що виникли кілька годин тому, загальну слабкість, затримку менструації на 3 тиж. Протягом останнього тижня турбували мажучі кров'янисті виділення з піхви темного кольору. Статеве життя розпочала в 16 років, від вагітності не застерігалася. При гінекологічному огляді тіло матки звичайних розмірів, рухоме, щільне; в ділянці лівого придатка — утворення розмірами 6×6 см, різко болісне. Тест на вагітність — позитивний. Попередній діагноз:

- 1) апоплексія яєчника;
- 2) позаматкова вагітність;
- 3) хронічний лівобічний аднексит у стадії загострення;
- 4) кіста лівого придатка.

Задача 22. Хвора М. 16 років звернулася до поліклініки зі скаргами на свербіж у ділянці зовнішніх статевих органів, рясні слизові виділення з піхви з неприємним запахом. Захворіла 7 днів тому. Гінекологічний огляд: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння за жіночим типом, *virgo*. Слизова оболонка вульви гіперемована, з піхви — слизові виділення. При ректоабдомінальному обстеженні патології не виявлено. Попередній діагноз:

- 1) гострий вульвовагініт;
- 2) кіста яєчника;
- 3) хронічний аднексит у стадії загострення;
- 4) абсцес бартолінієвої залози.

Задача 23. Лікарем «Швидкої допомоги» до стаціонару доставлена хвора О. 15 років зі скаргами на різкі болі в лівій здухвинній ділянці, загальну слабкість. У дівчинки відмічалися втрата свідомості, нудота. Остання менструація — 14 днів тому, почалася своєчасно. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 98 ударів за 1 хв, ритмічний. Симптоми подразнення очеревини — слабопозитивні. Гінекологіч-

ний огляд: *virgo*. При ректоабдомінальному обстеженні — болісність передньої стінки прямої кишки. Діагноз:

- 1) хронічний аднексит у стадії загострення;
- 2) прогресуюча позаматкова вагітність;
- 3) гострий апендицит;
- 4) апоплексія яєчника.

Задача 24. На прийом у поліклініку звернулася хвора Є., 14 років, зі скаргами на болі внизу живота. Менструації розпочалися 6 міс. тому, нерегулярні, по 4–5 днів через 21–30 днів, безболісні. Об'єктивно: молочні залози при огляді конічні, навколососковий кружок блідий, сосок плоский. При огляді пахвових западин і лобкової ділянки ріст волосся відмічається тільки по центру. Оцінити формулу статевого розвитку:

- 1) $Ma_3Me_3Ax_2P_1$;
- 2) $Ma_1Me_0Ax_3P_3$;
- 3) $Ma_2Me_2Ax_2P_2$;
- 4) $Ma_1Me_0Ax_0P_0$.

Задача 25. Хвора 15 років звернулася зі скаргами на болі в лівій здухвинній ділянці з іррадіацією в ліву поперекову ділянку, стегно, підвищення температури тіла до $37,8\text{ }^{\circ}\text{C}$ протягом 3 днів. Остання менструація розпочалася 10 днів тому, своєчасно. Гінекологічний огляд: *virgo*. При ректоабдомінальному обстеженні — тіло матки в *anteflexio*, звичайних розмірів, безболісне, придатки справа без особливостей, зліва — тяжисті, збільшені, болісні. Діагноз:

- 1) гострий лівобічний аднексит;
- 2) апоплексія яєчника;
- 3) розрив кісти жовтого тіла;
- 4) прогресуюча позаматкова вагітність.

Задача 26. Хвора 16 років скаржитись на гострі болі внизу живота, нудоту, блювання, часте сечовипускання. При огляді: живіт помірно здутий, позитивний симптом Щоткіна — Блумберга. Пульс 88 ударів за 1 хв, температура тіла $37,1\text{ }^{\circ}\text{C}$. При ректоабдомінальному обстеженні: тіло матки відповідає віковим нормам, справа і спереду від матки пальпується утворення 7×7 см щільноеластичної консистенції, різко болісне при зміщенні; зліва придатки не визначаються. Який діагноз найвірогідніший?

- 1) перекрут ніжки пухлини яєчника;
- 2) апоплексія яєчника;
- 3) кишкова непрохідність;
- 4) ниркова коліка;
- 5) хронічне запалення придатків матки.

Задача 27. Хвора 15 років скаржиться на кров'янисті виділення із піхви протягом 15 днів після затримки менструації на 2,5 міс. Із анамнезу: хворіє на хронічний тонзиліт, часті носові кровотечі. При огляді: шкірні покриви бліді, пульс 82 ударів за 1 хв; АТ 110/70 мм рт. ст., гемоглобін 90 г/л, гематокрит 28 %. При ректоабдомінальному обстеженні: матка відповідає віковим нормам, щільна, придатки з обох боків без особливостей, виділення зі статевих шляхів кров'янисті, помірні. Який додатковий метод дослідження необхідно виконати з метою уточнення діагнозу?

- 1) розгорнутий аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів;
- 2) УЗД органів малого таза;
- 3) гістероскопію;
- 4) вагіноскопію;
- 5) лапароскопію.

Задача 28. У дівчинки 1,5 року спостерігається швидкий ріст молочних залоз (конусоподібні з блідими ареолами), волосся в аксілярних западинах і на лобку відсутнє. Яка формула статевого розвитку відповідає зазначеній патології?

- 1) $Ax_0P_0Ma_2Me_0$;
- 2) $Ax_1P_0Ma_0Me_1$.
- 3) $Ax_0P_0Ma_0Me_1$;
- 4) $Ax_2P_1Ma_1Me_1$.

Задача 29. Пацієнтка С. 17 років з явищами гіпертрихозу звернулася до підліткового гінеколога з метою призначити їй один із методів контрацепції. В анамнезі: оперативне лікування фолікулярної кісти яєчника в 16 років. На даний момент діагностовано, за ультразвуковими ознаками, полікістоз яєчників. Який із гормональних контрацептивів рекомендований пацієнтці?

- 1) Діане-35;
- 2) Триквілар;
- 3) Нон-овлон;
- 4) Постинор;
- 5) Депо-Провера.

Задача 30. Семирічна дівчинка обстежена з приводу вагінальної кровотечі. Встановлено: $Ax_0P_1Ma_3Me_1$, зрілість кісток на 9,5 роки, комп'ютерна томографія голови й ультрасонографія таза — у нормі. Рівень ФСГ, ЛГ, естрадіолу вищий препубертатної норми. Адекватним лікуванням для даної хворої є:

- 1) а-ГнРГ;
- 2) Депо-Провера;
- 3) малі дози даназолу;
- 4) лапароскопія.

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1 — 2	41 — 4	81 — 1	121 — 5	161 — 1
2 — 2	42 — 3	82 — 1	122 — 4	162 — 1
3 — 2	43 — 2	83 — 2	123 — 5	163 — 3
4 — 2	44 — 5	84 — 1	124 — 2	164 — 4
5 — 2	45 — 2	85 — 2	125 — 2	165 — 5
6 — 3	46 — 5	86 — 1	126 — 1	166 — 1
7 — 2	47 — 4	87 — 2	127 — 1	167 — 3
8 — 2	48 — 5	88 — 2	128 — 3	168 — 3
9 — 3	49 — 3	89 — 5	129 — 1	169 — 2
10 — 3	50 — 2	90 — 2	130 — 2	170 — 1
11 — 4	51 — 1	91 — 4	131 — 1	171 — 1
12 — 3	52 — 1	92 — 2	132 — 1	172 — 2
13 — 4	53 — 1	93 — 1	133 — 2	173 — 3
14 — 2	54 — 1	94 — 1	134 — 1	174 — 1
15 — 4	55 — 1	95 — 1	135 — 2	175 — 2
16 — 3	56 — 1	96 — 1	136 — 5	176 — 2
17 — 4	57 — 2	97 — 4	137 — 3	177 — 2
18 — 2	58 — 1	98 — 1	138 — 5	178 — 1
19 — 1	59 — 1	99 — 3	139 — 5	179 — 1
20 — 4	60 — 2	100 — 3	140 — 4	180 — 2
21 — 3	61 — 2	101 — 3	141 — 1	181 — 1
22 — 3	62 — 1	102 — 4	142 — 3	182 — 1
23 — 2	63 — 3	103 — 3	143 — 5	183 — 1
24 — 4	64 — 3	104 — 5	144 — 3	184 — 1
25 — 4	65 — 3	105 — 2	145 — 5	185 — 1
26 — 2	66 — 1	106 — 3	146 — 2	186 — 1
27 — 3	67 — 1	107 — 3	147 — 5	187 — 1
28 — 3	68 — 4	108 — 2	148 — 3	188 — 1
29 — 1	69 — 1	109 — 3	149 — 3	189 — 1
30 — 3	70 — 2	110 — 4	150 — 2	190 — 1
31 — 1	71 — 2	111 — 5	151 — 3	191 — 1
32 — 2	72 — 1	112 — 2	152 — 1	192 — 1
33 — 5	73 — 2	113 — 2	153 — 4	193 — 1
34 — 2	74 — 1	114 — 1	154 — 1	194 — 1
35 — 4	75 — 2	115 — 1	155 — 2	195 — 1
36 — 2	76 — 2	116 — 2	156 — 5	196 — 1
37 — 4	77 — 3	117 — 1	157 — 4	197 — 1
38 — 1	78 — 1	118 — 1	158 — 3	198 — 1
39 — 3	79 — 2	119 — 1	159 — 4	199 — 1
40 — 2	80 — 3	120 — 3	160 — 4	200 — 1

ВІДПОВІДІ ДО ЗАДАЧ _____

1 — 2	7 — 4	13 — 3	19 — 3	25 — 1
2 — 1	8 — 2	14 — 1	20 — 3	26 — 1
3 — 4	9 — 2	15 — 4	21 — 2	27 — 1
4 — 3	10 — 4	16 — 3	22 — 1	28 — 1
5 — 3	11 — 1	17 — 4	23 — 4	29 — 1
6 — 2	12 — 1	18 — 3	24 — 3	30 — 1

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- а-ГнРГ — агоністи гонадотропін-релізинг-гормону
АГС — адреногенітальний синдром
АКТГ — адренокортикотропний гормон
АМГ — антимюллерів гормон
ВАРГ — вроджені аномалії розвитку геніталій
ВМС — внутрішньоматкова система
ГнРГ — гонадотропін-релізинг-гормон
ЕОП — ендогенні опіоїдні пептиди
ЗДА — залізодефіцитна анемія
ЗСР — затримка статевого розвитку
ІПСШ — інфекції, що передаються статевим шляхом
КОК — комбіновані оральні контрацептиви
ЛГ — лютеїнізуючий гормон
ЛТГ — лактогенний гормон
ОК — оральні контрацептиви
ПМК — пубертатні маткові кровотечі
ПМС — передменструальний синдром
ПРЛ — пролактин
ПСР — передчасний статевий розвиток
РФ — релізинг-фактор
СТГ — соматотропний гормон
ТТГ — тиреотропний гормон
УГКНЗ — уроджена гіперплазія кори надниркових залоз
УЗД — ультразвукове дослідження
ФСГ — фолікулостимулювальний гормон
ХГ — хоріонічний гонадотропін

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Айламазян Э. К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. – М. : Медкнига, 2003. – 161 с.
2. *Бабнева Т. Н.* Экстренная контрацепция у подростков и молодежи. Основы консультирования / Т. Н. Бабнева // Репродуктивное здоровье у детей и подростков. – 2008. – № 2. – С. 13–18.
3. *Богданова Е. А.* Гинекология детей и подростков / Е. А. Богданова. – М. : МИА, 2000. – 332 с.
4. *Бороян Р. Г.* Клиническая фармакология для акушеров-гинекологов : практ. рук. для врачей / Р. Г. Бороян. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 1997. – 224 с.
5. *Бочков Н. П.* Медицинская генетика : рук. для врачей / Н. П. Бочков, А. Ф. Захаров, В. И. Иванов. – М. : Медицина, 1984. – 368 с.
6. *Василевская Л. Н.* Кольпоскопия / Л. Н. Василевская. – М. : Медицина, 1986. – 156 с.
7. *Вдовиченко Ю. П.* Оптимізація медико-соціальної допомоги зі збереження репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків / Ю. П. Вдовиченко, Т. М. Тітенко // ПАГ. – 2006. – № 3. – С. 96–97.
8. *Вишневская Е. Е.* Детская онкогинекология / Е. Е. Вишневская. – Мн. : Выш. школа, 1997. – 396 с.
9. *Гінекологія* дитячого та підліткового віку / за ред. В. Я. Голоти. – К., 1998. – 379 с.

10. *Гінекологія* : підручник / за ред. В. І. Грищенко. – Х. : Основа, 2003. – 734 с.

11. *Гречанина Е. Я.* Генетика для всіх / Е. Я. Гречанина. – Х., 1998. – 18 с.

12. *Грицько М. І.* Вплив екзогенних і ендогенних чинників на розвиток репродуктивної системи у дівчат-підлітків / М. І. Грицько // Вплив екопатологічних чинників на стан здоров'я дітей : матеріали Всеукр. симп. педіатрів. – Тернопіль, 2004. – С. 36–37.

13. *Грицько М. І.* Гормонально-імунологічні аспекти гомеостазу у дівчат-підлітків з ювенільними матковими кровотечами і тиреопатіями / М. І. Грицько // Буковинський медичний вісник. – 2004. – Т. 8, № 2. – С. 42–45.

14. *Грицько М. І.* Екстрагенітальна патологія як фактор ризику порушень репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків і її значення в плануванні сім'ї / М. І. Грицько // Вісник наукових досліджень. – 2004. – № 2 (35). – С. 276–277.

15. *Грицько М. І.* Імунний статус та функція щитовидної залози у дівчат-підлітків із порушенням репродуктивної системи / М. І. Грицько // Перинатологія та педіатрія. – 2001. – № 3. – С. 112–113.

16. *Грицько М. І.* Імуногормональні зміни у дівчат-підлітків із порушеннями репродуктивної системи і екстрагенітальною патологією / М. І. Грицько // Перинатологія та педіатрія. – 2002. – № 3. – С. 120.

17. *Грицько М. І.* Корекція порушень менструальної функції у дівчат-підлітків / М. І. Грицько // 65-та наук. конф. з міжнар. участю студентів та молодих вчених : тези доп. – Львів, 2004. – С. 322–323.

18. *Грицько М. І.* Особливості порушення репродуктивного здоров'я у дівчат-підлітків Львівського регіону / М. І. Грицько // 8-й Міжнар. конгр. студентів та молодих вчених : матеріали. – Тернопіль, 2004. – С. 258.

19. *Грицько М. І.* Соматичні захворювання як причини порушення статевого дозрівання у дівчат-підлітків / М. І. Грицько // Сучасна педіатрія: досягнення і перспективи : наук.-практ. конф. : матеріали. – Львів, 2004. – С. 90–91.

20. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков : рук. для врачей / Ю. А. Гуркин. – СПб. : ИКФ «Фолиант», 2000. – 574 с.

21. Зелінський О. О. Передчасний статевий розвиток у дівчат / О. О. Зелінський, Н. Б. Сербенюк, Л. С. Будяк ; за ред. О. О. Зелінського. – Одеса : ОКФА, 2003. – 152 с.

22. Клиническое применение Протефлазида при герпесвирусных инфекциях : рекомендации для врачей. – К. : НПК «Экофарм», 2004. – 19 с.

23. Коколина В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков / В. Ф. Коколина. – М. : МИА, 1998. – 287 с.

24. Коколина В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. – М. : МИА, 2001. – 368 с.

25. Коколина В. Ф. Детская и подростковая гинекология / В. Ф. Коколина. – М., 2006. – 640 с.

26. Коломийцев М. Г. Проблемы полового воспитания и охраны репродуктивного здоровья подростков / М. Г. Коломийцев // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 36–39.

27. Краснопольский В. И. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек-подростков и молодых женщин / В. И. Краснопольский, И. С. Савельева, Ю. Б. Белохвостова // Гинеколог. – 2005. – № 10. – С. 3–6.

28. Кротин П. Н. Медико-социальная помощь в охране репродуктивного здоровья девушек-подростков / П. Н. Кротин // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 4. – С. 52–59.

29. Кулаков В. И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста / В. И. Кулаков, М. Н. Кузнецова, Н. С. Мартыш. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 1997. – 112 с.

30. Лабораторная диагностика и функциональные пробы в детской эндокринологии / под ред. Н. П. Шабалова. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 136 с.

31. Мислицький В. Ф. Спадкові синдроми : епонімічний словник-довідник / В. Ф. Мислицький, В. П. Пішак, В. І. Проняєв. – Чернівці : Прут, 1998. – 321 с.

32. *Паращук Ю. С.* Репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків / Ю. С. Паращук. – К. : Здоров'я, 2003. – 112 с.
33. *Передчасний статевий розвиток у дівчат / за ред. проф. О. О. Зелінського.* – Одеса : ОКФА, 2003. – 128 с.
34. *Пирогова В. І.* Особливості клініки, діагностики та лікування гіперандрогенних станів у дівчат-підлітків / В. І. Пирогова, М. І. Грицько // *Практична медицина.* – 2004. – Т. X, № 3. – С. 19–24.
35. *Пирогова В. І.* Стан репродуктивного здоров'я у дівчат-підлітків / В. І. Пирогова, Е. Ф. Чайківська, М. І. Грицько // *Роль фізичної культури і спорту в здоровому способі життя : 5-та Всеукр. наук.-практ. конф. : тези доп.* – Львів, 2001. – С. 71–72.
36. *Пирогова В. І.* Шляхи реалізації сексуальності в сучасних умовах дівчат-підлітків / В. І. Пирогова, О. Р. Цьолко, Е. Ф. Чайківська // *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.* – К. : Інтермед, 2011. – С. 612–616.
37. *Преконцепционная* профілактика вроджених пороков розвитку и самопроизвольных абортів / Е. Я. Гречанина, О. В. Ромадина, Е. Н. Бабаджанян, Л. А. Куксова. – Х., 1998. – 22 с.
38. *Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні та державної цільової соціальної програми «Молодь України» на 2009–2015 рр. : Доповідь на виконання Декларації Верховної Ради України від 15.12.1992.* – № 2859.-XII. – К., 1992.
39. *Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги : Наказ № 582 МОЗ України від 15.12.03.* – К., 2003.
40. *Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні : Наказ № 503 МОЗ України від 28.12.02.* – К., 2002.
41. *Про удосконалення служби дитячої та підліткової гінекології : Наказ № 391 МОЗ України від 27.12.96.* – К., 1996.
42. *Сметник В. П.* Неоперативная гинекология : рук. для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – М. : МИА, 1999. – 592 с.

43. *Стандартные* принципы обследования и лечения детей и подростков (Настольная книга детского гинеколога) / под ред. В. И. Кулакова, Е. В. Уваровой. – М. : Триада-Х, 2004. – 136 с.

44. *Фармакотерапия*. Клиническая фармакология : практ. руководство Ф. фон Бруххаузен, Х. Вельхенер, Х. Грокер [и др.] ; под ред. Г. Фюльграфа, Д. Пальма; пер. с нем. Г. И. Шаранды и др. – Мн. : Беларусь, 1996. – 689 с.

45. *Чайка В. К.* Аменорея у девочек-подростков / В. К. Чайка, И. Б. Вовк, Л. А. Матыцина. – К. : Здоров'я, 2001. – 644 с.

46. *Чайківська Е. Ф.* Застосування гормональних препаратів у лікуванні порушень менструальної функції у дівчат-підлітків / Е. Ф. Чайківська, М. І. Грицько // 9-й Міжнар. конгр. студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2005. – С. 260.

47. *Чеботарева Ю. Ю.* Гинекология детского и подросткового возраста / Ю. Ю. Чеботарева, Т. А. Яценко ; под ред. В. П. Юровской. – Ростов н/Д : Феникс, 2003. – 384 с.

48. *Шушунова М. С.* Нетрадиционные методы лечения гинекологических заболеваний у девочек и девочек-подростков / М. С. Шушунова. – М. : Триада-Х, 2000. – 210 с.

49. *Яковлева Е. Б.* Клініко-анамнестична характеристика дівчат-підлітків з передменструальним синдромом / Е. Б. Яковлева, О. В. Лоскутова, А. І. Даманова // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2011. – С. 976–982.

50. *Яковлева Э. Б.* Акушерство и гинекология подросткового возраста / Э. Б. Яковлева. – Донецк : Семья и здоровье, 1997. – 381 с.

51. *Bryman I.* Valuable medical information and experience of patients from vaginal ultrasound in women with Turner syndrome / I. Bryman. – Goteborg, 1998.

52. *Hrycko M.* Factors of Heredity in Menstrual Disorders During Adolescence / М. Hrycko, S. Latoch // VHI-th European Congress on Pediatric and Adolescent Gynecology. – Prague Czech Republic, 2000. – P. 217.

53. *Pirohova V.* Reproductive health of adolescent girls with extragenital pathology / V. Pirohova, M. Hrytsko, E. Chaykovskaya // The events of the year in gynecology and obstetrics : 1-st Euro-Asian Congress. – СПб., 2004. – С. 45.

54. Polycystic Ovary Syndrom / ed. by Dunaif A. [et al.]. – Wiene, 1992. – P. 3–18; 24–27; 138–142.

55. *Speroff L.* Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility / L. Speroff. – 5th ed. – 1994.

Лікувально-профілактичні заходи при порушеннях менструальної функції

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Первинна аменорея. Вторинна аменорея. Шифр МКХ-10 N91.0, N91.1	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ППСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Своєчасне лікування соматичної та ендокринологічної патології Запобігання надмірній втраті маси тіла
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Визначення прогестерону, естрадіолу, ЛГ, ФСГ, пролактину в крові Визначення 17-КС у сечі Рентгенологічне обстеження турецького сідла Проведення ТФД Консультація ендокринолога, генетика Визначення статевого хроматину, каріотипування (за показаннями)
Лікувально-реабілітаційні заходи	Загальнозміцнювальна негормональна терапія Фізіотерапія Рефлексотерапія Гомеопатичні засоби За неефективності — гормональна терапія
Показання до госпіталізації	Комплексне обстеження для встановлення причини аменореї Проведення комплексної стимулювальної терапії, підбір необхідної гормональної терапії

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Критерії ефективності та лікування	Встановлення рівня ураження Досягнення менструальноподібної реакції при гормональній терапії
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 4 рази на рік) При нормальній менструальній функції протягом року
Первинна олігоменорея. Вторинна олігоменорея. Шифр МКХ-10 N91.3, N91.4	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Своєчасне лікування соматичної та ендокринологічної патології Запобігання надмірній втраті маси тіла
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Визначення прогестерону, естрадіолу, ЛГ, ФСГ, пролактину в крові Визначення 17-КС у сечі Рентгенологічне обстеження турецького сідла Проведення ТФД Консультація ендокринолога, генетика Визначення статевого хроматину, каріотипування (за показаннями)
Лікувально-реабілітаційні заходи	Загальнозміцнювальна негормональна терапія Фізіотерапія Рефлексотерапія Гомеопатичні засоби При неефективності — гормональна терапія

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Показання до госпіталізації	Комплексне обстеження для встановлення причини олігоменореї Проведення комплексної стимулювальної терапії Для підбору необхідної гормональної терапії Неефективність лікування в амбулаторних умовах
Критерії ефективності та лікування	Покращання даних гінекологічного й УЗ-обстежень Досягнення менструальноподібної реакції при гормональній терапії
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 4 рази на рік) При нормальній менструальній функції протягом року
Надмірні менструації в період статевого дозрівання. Пубертатна менорагія. Пубертатна кровотеча. Шифр МКХ-10 N92.2	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Свочасне лікування соматичної та ендокринологічної патології
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Група крові та резус-фактор Коагулограма Визначення ЛГ, ФСГ і статевих гормонів яєчників у крові Проведення ТФД Консультація ендокринолога, гематолога

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Лікувально-реабілітаційні заходи	Симптоматична терапія При неефективності — гормональна терапія Лікувально-діагностичне вишкрібання за життєвими показаннями (ПГД) Протизапальна терапія (за показаннями) Протирецидивне лікування
Показання до госпіталізації	Маткова кровотеча
Критерії ефективності та лікування	Припинення маткової кровотечі Регуляція менструальної функції
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Огляд щомісяця протягом 3 міс., потім 1 раз на 3 міс. Протягом року після нормалізації менструальної функції, після вишкрібання — 2 роки

Таблиця Д.2

**Лікувально-профілактичні заходи
при запальних процесах жіночих статевих органів**

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Гострий сальпінгіт та оофорит. Гостре запальне захворювання матки. Шифр МКХ-10 N70.0, N71.0	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Консультація хірурга (за показаннями)

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Лікувально-реабілітаційні заходи	Антибактеріальна терапія Десенсибілізуюча терапія Дезінтоксикаційна терапія
Показання до госпіталізації	Загострення запального процесу Необхідність проведення комплексного лікування
Критерії ефективності та лікування	Нормалізація загального стану, клінічних аналізів Зникнення запальних вогнищ
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 3–4 рази на рік) Стійка ремісія протягом 6 міс.
Хронічний сальпінгіт та оофорит. Гідросальпінкс. Хронічне запальне захворювання матки. Шифр МКХ-10 N70.0, N71.0	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ППСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Своєчасна діагностика та лікування соматичної патології Реабілітація після апендектомії
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Консультація хірурга (за показаннями)
Лікувально-реабілітаційні заходи	Імуномодулююча терапія Розсмоктувальна терапія з фізіотерапією Адаптогени та мембраностабілізатори Посиндромна терапія
Показання до госпіталізації	Загострення запального процесу Неефективність амбулаторного лікування

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Критерії ефективності та лікування	Відсутність клінічних проявів Нормалізація гінекологічного статусу, лабораторних та УЗ-досліджень
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 3–4 рази на рік) Стійка ремісія протягом 6 міс.

Таблиця Д.3

**Лікувально-профілактичні заходи
при інших запаленнях піхви та вульви**

Заходи	Обсяг вжитих заходів
	Гострий вагініт. Гострий вульвіт. Шифр МКХ-10 N76.0, N76.2
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Своєчасна діагностика та лікування соматичної патології та глистної інвазії
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза
Лікувально-реабілітаційні заходи	Загальнозміцнювальні заходи Місцеве лікування Гігієнічні процедури Фізіотерапія
Показання до госпіталізації	Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболюванням
Критерії ефективності та лікування	Відсутність клінічних проявів і нормалізація лабораторних досліджень

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 1 раз на місяць — 3 міс., потім — 1 раз на місяць) При стійкій ремісії — один рік
Підгострий і хронічний вагініт. Підгострий і хронічний вульвіт. Шифр МКХ-10 N76.1, N76.3	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Своєчасна діагностика і лікування соматичної патології та глистної інвазії
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза
Лікувально-реабілітаційні заходи	Загальнозміцнювальні заходи Місцеве лікування Гігієнічні процедури Фізіотерапія Пробіотики інтравагінально та перорально
Показання до госпіталізації	Неефективність амбулаторної терапії Необхідність проведення вагіноскопії під загальним знеболюванням
Критерії ефективності та лікування	Відсутність клінічних проявів і нормалізація лабораторних досліджень
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Один рік (огляд 1 раз на місяць — 3 міс., потім — 1 раз на 3 міс.) При стійкій ремісії — один рік

Заходи	Обсяг вжитих заходів
Абсцес вульви. Фурункул вульви. Шифр МКХ-10 N76.4	
Профілактичні заходи	Рекомендації щодо формування здорового способу життя Рекомендації щодо планування сім'ї Рекомендації щодо профілактики ІПСШ Профілактика онкогінекологічних захворювань і раку молочної залози Профілактика запалень, ушкоджень зовнішніх статевих органів
Діагностичні заходи	Анамнез Загальне фізикальне обстеження Бімануальне ректоабдомінальне обстеження Клінічне обстеження молочних залоз Загальний аналіз крові Загальний аналіз сечі Цукор крові Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви Аналіз калу на яйця глистів Консультація педіатра Консультація отоларинголога УЗД органів малого таза Група крові та Rh-фактор Дослідження крові на сифіліс, ВІЛ, Hbs-a/g Онкоцитологічне дослідження Бактеріологічне дослідження виділень із піхви, цервікального каналу, уретри Бактеріологічне дослідження вмісту абсцесу на мікрофлору з визначенням чутливості до антибіотиків
Лікувально-реабілітаційні заходи	Оперативне лікування Антибактеріальна терапія Синдромологічна терапія
Показання до госпіталізації	Наявність абсцесу або фурункула вульви
Критерії ефективності та лікування	Клінічне одужання. Відсутність ускладнень оперативного лікування
Тривалість диспансерного нагляду та критерії зняття з обліку	Протягом 3 міс. після оперативного лікування Відсутність рецидиву

ПЕРЕДМОВА	5
ВСТУП	7
<i>Розділ 1. МІЖНАРОДНО-ПРАВОВІ, ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНІ ТА БІОЕТИЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ ДИТЯЧОГО ГІНЕКОЛОГА</i>	9
Міжнародно-правові та загальнодержавні документи щодо прав хворої дитини	9
Біоетичні основи роботи дитячого гінеколога	20
<i>Розділ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІВЧАТАМ-ПІДЛІТКАМ В УКРАЇНІ</i>	31
Деонтологія та медична етика в дитячій гінекології	33
Кабінет дитячої та підліткової гінекології	37
Організація роботи лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку	39
Організація роботи відділення дитячої та підліткової гінекології	41
Організація лікувально-профілактичної роботи в дитячій гінекології	42
<i>Розділ 3. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ДІВЧАТ</i>	48
Періоди життя дівчинки	48
Внутрішньоутробний період розвитку плода дівчинки	58
Статевий розвиток дівчат	61
<i>Розділ 4. МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ В ДИТЯЧІЙ ГІНЕКОЛОГІЇ</i>	66
Особливості збору анамнезу у дівчаток і дівчат	67
Об'єктивне обстеження дівчат і підлітків	69
Особливості гінекологічного обстеження дівчаток і дівчат	70
Лабораторні методи дослідження в дитячій гінекології	82
Показники ступеня чистоти піхвового вмісту у дівчаток	83
Визначення гормонів та їх метаболітів у біологічних рідинах	85
Діагностичні гормональні проби в дитячій гінекології	86
Діагностика туберкульозу геніталій у дівчаток	87
Регуляція репродуктивної функції дівчат	88

<i>Розділ 5. ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТ</i>	95
<i>Розділ 6. ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІВЧАТ. АМЕННОРЕЯ. ПУБЕРТАТНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ</i>	110
<i>Розділ 7. АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ</i>	139
Вроджені вади розвитку статевих системи	140
Ембріогенез статевих системи	141
<i>Розділ 8. ПУХЛИНИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ. КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ</i>	166
Кісти яєчника	166
<i>Розділ 9. «ГОСТРИЙ ЖИВІТ» У ГІНЕКОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ТА ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ. ТРАВМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ</i>	176
«Гострий живіт» у гінекології дитячого та підліткового віку	176
Травма статевих органів у дівчат	186
<i>Розділ 10. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ</i>	191
Становлення мікробіоценозу статевих каналу у дівчат ...	191
Клініка, діагностика та лікування запальних захворювань статевих органів у дівчаток і підлітків	197
<i>Розділ 11. РЕАЛІЗАЦІЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ У ДІВЧАТ. КОНТРАЦЕПЦІЯ. ПРОБЛЕМИ ПІДЛІТКОВОГО МАТЕРИНСТВА</i>	245
Природні методи планування сім'ї	246
Бар'єрні методи та сперміциди	250
Комбіновані оральні контрацептиви	253
Проблеми підліткового материнства	274
ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ З ДИТЯЧОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ	284
Тестові завдання з однією правильною відповіддю	284
Тестові завдання з двома правильними відповідями	291
Задачі з однією правильною відповіддю	316
Правильні відповіді на тестові завдання	325
Відповіді до задач	326
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	327
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	328
ДОДАТОК	334

3-33

Запорожан В. М.

Дитяча гінекологія / В. М. Запорожан, С. П. Польова, М. Л. Аряєв. — Одеса : ОНМедУ, 2013. — 344 с. — (Серія «Бібліотека студента-медика»)

ISBN 978-966-443-056-9

У підручнику викладено матеріал, що стосується розвитку та становлення репродуктивної системи у дівчат препубертатного та пубертатного віку, описано особливості змін фізіологічного та статевого розвитку, ендокринної функції та внутрішніх геніталій. Детально висвітлені порушення функції репродуктивної системи в період статевого дозрівання, аномалії розвитку статевих органів у дівчат, пухлини і травматичні ураження геніталій. Окремі розділи підручника присвячені проблемам «гострого живота» в дитячій гінекологічній практиці та методам контрацепції в гінекології дитячого і підліткового віку.

Для студентів, лікарів-інтернів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів та сімейних лікарів.

УДК 618.1-053.2/6(075.8)

ББК 57.337.1я73

Навчальне видання

Серія «Бібліотека студента-медика»

**ЗАПОРОЖАН Валерій Миколайович,
ПОЛЬОВА Світлана Петрівна,
АРЯЄВ Микола Леонідович**

ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ

Підручник

Провідний редактор **В. М. Попов**
Редактори **А. А. Гречанова, О. М. Фащевська**
Художній редактор **А. В. Попов**
Технічний редактор **Р. В. Мерешко**
Коректор **О. В. Титова**
Поліграфічні роботи **І. К. Каневський, Ю. В. Гречанов**

Формат 60x84/16. Ум. друк. арк. 20,81. Тираж 500. Зам. 1605.

Видавець і виготовлювач Одеський національний медичний університет.
65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001.

