

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.



МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ДИТЯЧА ГІНЕКОЛОГІЯ»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «27» серпня 2025р.

Завідувач кафедри _____  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Людмила МНІХ

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО

д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Зінаїда ЧУМАК

Рецензенти:

Завідувач кафедри пропедевтики педіатрії ОНМедУ, професор, доктор медичних наук Олена СТАРЕЦЬ

Завідувач кафедри симуляційних медичних технологій ОНМедУ, доктор економічних наук, к.мед.н Олександр РОГАЧЕВСЬКИЙ

Тема 1

«Анатомо-фізіологічні особливості розвитку геніталій та ендокринних залоз до статевої зрілості. Вікові періоди розвитку дівчинки».

Мета: Навчити особливостям фізіологічних змін репродуктивної системи дівчат та підлітків в залежності від вікового періоду. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних в залежності від віку. Зниження гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці - основа збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому. 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. Без знання анатомо-фізіологічних особливостей в дитячому та підлітковому віці, сучасних методів дослідження, без вмінь застосовувати їх на практиці неможливо встановити діагноз, провести диференційну діагностику і відповідне лікування.

Основна дидактична мета практичного заняття – розширення, поглиблення й деталізація наукових знань, отриманих здобувачами вищої освіти на лекціях та в процесі самостійної роботи, спрямованих на підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу, формування компетентностей, розвиток наукового мислення та усного мовлення здобувачів вищої освіти. Залучити до аналітичної діяльності та до самостійного рішення клінічних задач здобувачів вищої освіти, перевірити рівень засвоєння знань.

Основні поняття: Вікові періоди розвитку дівчинки, підлітка. Формування та функції системи гіпоталамус-гіпофіз-статеві органи. Взаємодія регуляторних залоз та яєчників. Становлення та регуляція менструальної функції. Особливості фізіології дівчат та підлітків.

Здобувачам вищої освіти потрібно знати

- Вікові періоди розвитку дівчат та підлітків.
- Внутрішньоутробне формування статевої системи.
- Анатомічні особливості статевої системи у новонародженої дитини.
- Що таке статевий криз.
- Особливості розвитку статевої системи у дівчинки в період дитинства.
- Становлення репродуктивної системи у препубертатний період.
- Методи обстеження в дитячому та підлітковому віці: морфограма, індекс маси тіла, гірсутне число та інше.
- Показники за якими оцінюється розвиток вторинних статевих ознак. Статеву формулу. Особливості становлення менструальної функції в підлітковому віці.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання

1. До лікаря звернулася дівчина 13 років. Вперше з'явилися помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів 2 доби тому. Вторинні статеві ознаки розвинені. Яка найбільш вірогідна причина кров'янистих виділень?

- A. Менархе
- B. Ювенільна кровотеча
- C. Гемофілія
- D. Рак ендометрію
- E. Хвороба Вельгофа

2. Коли зникають ознаки естрогенізації після народження:

- A. через 1 місяць
- B. через 2 місяці
- C. через 6 місяців
- D. через 1 рік
- E. через 8 місяців

3. До лікарні звернулася мати з дівчинкою три роки зі скаргами на періодичний тягнучий біль у нижніх відділах живота. Для проведення консилиуму був визваний дитячий гінеколог. При проведенні бімануального ректального дослідження потрібно мати на увазі, що дно матки знаходиться на рівні симфізу до:

- A. 1 року
- B. 6 років
- C. 3 років
- D. 9 років
- E. 12 років

4. Під час проведення ультразвукового дослідження було виявлено поширення комірцевого простору. Для виключення синдрому Дауна буде проводитись амніоцентез з каріотипуванням. Вагітна хоче знати стать майбутньої дитини. Який буде характер зиготи для генотипу жінки:

- A. XY
- B. XXX
- C. X0

D. XX

E. YY

Правильна відповідь 1-А, 2-А, 3-С, 4-Д

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою.

ПЕРІОДИ ЖИТТЯ

Міжнародний симпозіум по віковій періодизації (ВОЗ, 1987) рекомендував розрізняти слідуєчі періоди розвитку життя дівчини:

- новонародженості (1 – 10 днів);
- грудного віку (10 днів – 1 рік);
- раннього дитинства (1 – 3 роки);
- першого дитинства (4 – 7 років);
- другого дитинства (8 – 11 років);
- підлітковий вік (12 – 15 років);
- юнацький (16 – 20 років).

В даній схемі підлітковий вік зміщений на більш ранній термін.

Лікарі, які займаються гінекологією дітей та підлітків частіше використовують

іншу класифікацію:

- внутрішньоутробного розвитку (ембріональний, антенатальний);
- новонародженості;
- нейтральний (період спокою) – до 7 – 8 років;
- період статевого дозрівання (8- 16 років):
- а) препубертатний (8 – менархе);
- б) пубертатний: І фаза (менархе -16 років),
- Юнацький (16-18 років).

СТАНОВЛЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНКИ

Антенатальний період.

Генетична статевая детермінованість реалізується з моменту злиття жіночої і чоловічої статевих клітин – гамет, тобто з періоду зачаття. Згідно генетичної детермінованості первинні статеві клітини, які виникають у перші 4 – 5 тижнів диференціюються в оогонії або сперматогонії і індукують формування з навколишніх соматичних клітин жіночої чи чоловічої гонади. Крім того на формування статі мають вплив парагенетичні фактори: як внутрішні (ферментні, гормональні, геномні), так і зовнішні (хімічні, фізичні, інфекційні).

Формування статі по чоловічому чи жіночому типу відбувається під впливом яєчок або яєчників. Проте у випадку дії шкідливих зовнішніх факторів і порушення гормонального впливу диференціація гонад відбувається за жіночим

типом незалежно від генетичної детермінованості статі за рахунок естрогенних сполучень матері. Формування статі за чоловічим типом реалізується лише під впливом яєчок. Тобто, при агенезії гонад, інертних гонадах, а також при послабленні функції чоловічих гонад-яєчок формування статі буде відбуватись за жіночим типом. Таким чином, формування статі – складний багатоступеневий інтегрований процес, який здійснюється під впливом генетичних, гормональних, соматичних і ферментних факторів.

Статева система знаходиться у тісних взаємовідносинах з сечовою, вони розвиваються із середнього зародкового листка – мезодерми. У ході еволюції хребетних тварин і в ембріогенезі людини проходить зміна функцій сечовидільних органів та їх протоків. При включенні цих органів у розвиток статевих органів, їх будова і функції стають іншими. Вивідні протоки органів сечової і статевої систем закінчуються разом ,відкриваючись у сечостатевий синус.

Нирка в ході еволюції хребетних проходить три стадії розвитку і, як повторення цього розвитку в онтогенезі людини, закладаються і змінюють одна одну три генерації нирок: переднирка – пронефрон, первинна нирка – мезонефрон і постійна нирка –метанефрон. Первинна нирка в честь академіка Вольфа, який її відкрив, називається вольфовим тілом, а протока первинної нирки – мезонефральна протока – називається вольфовою протокою. До кінця 2-го місяця внутрішньоутробного життя сечові каналці переднирки також піддаються зворотному розвитку. Їх залишається шоста частина, яка вступає у сполучення зі статевою залозою і бере участь у розвитку

вивідних проток чоловічої статевої залози, або деяких рудиментарних утворень, пов'язаних з жіночою статевою залозою. Одночасно з розвитком первинної нирки напочатку другого місяця закладається третій сечовидільний орган – постійна нирка –метанефрос. Вона має подвійне походження: з сечовивідного вироста мезонефральної протоки і метанефральної тканини каудальних нефротомів. Спочатку органи статевого апарата закладаються в індіферентному, тобто у невизначеному відносно статі, вигляді. Первинна нирка (мезонефрос) та індіферентна гонада з правого і лівого боку від брижі кишки утворюють валики, які називаються сечостатевими. По зовнішньому боці валика тягнеться протока первинної нирки, а на медіальному боці знаходиться потовщення мезодермального епітелія, назване зачатковим,

котрий і являється закладкою статеві залози. Таким чином, статеві залози закладаються поряд з первинною ниркою, медіально від неї.

Протоки статевого апарату на індіферентній стадії розвитку зародка закладаються у вигляді мезонефральних (вольфових) і парамезонефральних (мюллерових) проток. Мезонефральна протока спочатку розвивається як протока переднирки, потім стає протокою первинної нирки. Парамезонефральна (мюллерова) протока виникає з кожного боку зовні від мезонефральної (вольфової) протоки, де мезодермальний епітелій целомічної порожнини утворює поздовжню витягнуту борозенку. Ця борозенка заглиблюється і згортається в трубку, верхній кінець цієї трубки не закривається, а залишається сполученим з целомічною порожниною, а нижній проростає у каудальному напрямку і відкривається у клоаку. Таким чином, мезонефральні протоки – це закладка протоків чоловічого статевого апарату, а парамезонефральні протоки – закладка шляхів жіночого статевого апарату.

На 7 – 8 тижні внутрішньоутробного життя відбувається статеві диференціація гонади і вона починає розвиватись як яєчко або яєчник. При розвитку яєчника індіферентна статеві залоза розподіляється, як правило, на два шари. Зовнішній шар називається первинною корковою, а внутрішній – первинною мозковою речовиною. При розвитку яєчника первинні нирки не з'єднуються з яєчником і піддаються зворотньому розвитку. Проте окремі з них зберігаються між яєчником і матковою трубою у вигляді кількох каналців, з'єднаних продовгуватою трубкою. Це додаток яєчника (над'єчник –epoophoron). Дещо ближче до матки між листками широкої зв'язки може з'являтися накопичення епітеліальних трубочок, яке називається приєчник, або додаток додатка яєчника (paraoophoron). Мезонефральний проток піддається зворотньому розвитку. Проте у 25% жінок він зберігається у вигляді продовгуватого епітеліального тяжу поряд з маткою і піхвою і носить назву гартнерового протоку. Всі ці органи фізіологічного значення не мають, проте легко піддаються патологічним змінам і можуть давати початок пухлинам, параоваріальним кістам.

Парамезонефральні (мюллерові) протоки дають початок матковим трубам, матці і піхві. Парамезонефральні протоки поділяються на три відділи: краніальний (поздовжній), середній (косий), каудальний (поздовжній). В той час, коли вольфові протоки починають зворотній розвиток, мюллерові, навпаки, посилено розвиваються. Краніальні їх відділи відкриваються у вторинній порожнині тіла і разом з оточуючою паренхімою перетворюються у маткові труби. З 8 – 10-го тижня відбувається поступове зближення середніх відділів парамезонефральних проток, їх медіальні стінки редукуються, внаслідок чого утворюється непарний матково-піхвовий канал. До 20-го тижня

матка відділяється від піхви, яка вже має склепіння і відкривається в сечостатевий синус.

Паралельно з формуванням органів відбувається і гістогенез. З 8 – 10-го тижнів починається диференціація слизової піхви, з 30-го тижня виражені процеси проліферації. Гістогенез ендометрію закінчується до 24-го тижня вагітності, а міометрію – до 27 – 28-го тижнів. Поступово до моменту народження матка, маткові труби та яєчник спускаються в порожнину малого тазу.

Зовнішні статеві органи також спочатку закладаються в індіферентному вигляді. В зв'язку з перетворенням клоачної мембрани на місці її передньої частини по середній лінії формується статевий горбик. До заду від нього знаходиться поздовжня сечостатева борозда, яка обмежена двома сечостатевими складками. По обидві сторони від них з'являються статеві валики. Диференціювання статевого зачатка розпочинається з 4-го місяця внутрішньоутробного розвитку. У плода жіночої статі ріст статевого горбика в порівнянні з іншими частинами статевого зачатка затримується. З нього утворюється клітор з двома печеристими тілами. Із сечостатевих складок беруть початок малі статеві губи і вуздечка клітора. Бокові частини статевого валика перетворюються у великі статеві губи, а його непарний передній відділ утворює венерин горбок. У процесі розвитку отвір сечостатевого синуса трансформується в статеву щілину, відмежовану великими і малими статевими губами. Частина сечостатевого синуса перетворюється в пристінок піхви (у вигляді щілини), обмежуваний з обох боків малими статевими губами, згори (спереду) – клітором, знизу (ззаду) – зрощенням малих статевих губ та їх вуздечкою. Дно присінка утворює дівоча плева.

Нервова і ендокринна системи регулюють функціонування статевої системи в антенатальному періоді її розвитку та подальший її розвиток до настання генеративної функції. Ці складні взаємовідношення знаходяться під контролем гіпоталамуса. Закладка основних ядер гіпоталамуса (супраоптичного та вентрикулярного) виявляється у ембріонавже у 8 тижнів, а у 16 тижнів антенатального розвитку закладаються останні ядра (всього 32 пари) і виявляються ознаки нейросекрета. Виділяють два види нейросекрета, які впливають на утворення ліберинів (стимулюють виділення гормонів гіпофіза) і статинів (інгібують функцію гіпофіза). Гіпофіз як основний орган ендокринної системи виділяється уже на 5-му тижні ембріонального періоду. В 13 – 30 тижнів накопичуються соматотропний, гонадотропні і лактогенний гормони. В 31 – 40 тижнів відбувається навіть їх викид.

Патологічний перебіг вагітності може подавляти чи посилювати активність гіпофіза. При цьому порушуються корелятивні зв'язки в системі

ендокринних залоз, розвивається неспроможність центральних механізмів гіпоталамуса, гіпофіза. На статевий розвиток в антенатальному періоді суттєвий вплив мають гормони периферичних ендокринних залоз (щитоподібної залози, наднирників) і самих гонад.

Зачатки і функціональна активність щитоподібної залози визначається уже в 6 – 7 тижнів, до 12-го тижня вона набуває фолікулярної будови, а до 17-го тижня – повністю диференційована. Активний період функціонування залози відмічається на 20 – 32-му тижнях, після чого до 40 тижнів спостерігаються ознаки її гіпофункції. При патологічному перебігу вагітності порушується правильний розвиток щитоподібної залози, що супроводжується в постнатальному періоді ендокринопатіями, перш за все у вигляді гіпертиреозу або гіпотиреозу.

Розвиток і ріст наднирників відбувається періодично. Початок їх розвитку відмічений вже на 3 – 4-му тижні ембріонального періоду, а у 6-8 тижнів вони мають округло-овальну форму і у 2 рази перевищують розміри нирок, з'являються перші ознаки функціональної активності. Характерна хвилеподібна активність кори наднирників: після її зниження на 15 – 23-му тижні відмічається підвищення на 24 – 26 тижнях, слабке проявлення на 30 – 35-му тижнях змінюється чітким зниженням до кінця вагітності. Спочатку відбувається ріст і дозрівання коркової, а потім мозкової частин наднирників. Ранні і пізні гестози вагітних можуть приводити до порушення розвитку наднирників, частіше до гіперплазії кори і підвищення продукції андрогенів, що проявляється адреногенітальним синдромом та іншими захворюваннями.

Анатомія жіночих статевих органів у дитячому і підлітковому віці .

Лобок у новонародженої дівчинки випуклий, великі статеві губи рихлі, неначе з набряком. Малі статеві губи прикриті великими статевими губами не повністю. Присінок піхви глибокий, особливо спереду, де знаходиться зовнішній отвір сечівника. Присінок піхви в задній третині обмежений великими статевими губами, а спереду – малими. Дівоча перетинка щільна. Залози присінка у новонароджених розвинуті недостатньо. Сечівник у новонародженої має довжину 2,5 – 3 см, відносно широкий, в нижній частині вигнутий, утворюючи тупий кут, який відкритий до переду. М'язова оболонка сечівника і зовнішній сфінктер сечівника формуються в дитячому віці (до 12 – 13 років).

Піхва у новонародженої дівчинки коротка (2,5 – 3,5 см), дугоподібно витягнута, передня стінка коротша задньої. Нижній відділ піхви звернутий до переду, отвір піхви вузький. До 10 років піхва змінюється мало, швидко росте в підлітковому віці. Матка у новонародженої дівчинки, в грудному віці і в

період раннього дитинства(до 3 років) має циліндричну форму, ущільнена в передньо-задньому напрямку. В період другого дитинства матка стає округлою, її дно розширюється. У підлітковому віці матка набуває грушоподібної форми. Ця форми зберігається і у зрілому віці. Довжина матки у новонародженої досягає 3,5 см (2/3 довжини складає шийка), до 10 років вона збільшується до 5 см. В юнацькому віці – до 5,5 см, а у дорослої жінки довжина матки дорівняє 6 – 8 см. В період другого дитинства (8 – 11 років) довжина тіла і шийки матки майже однакові. В підлітковому віці довжина тіла матки відносно збільшується, а в юнацькому віці досягає 5 см. Маса матки збільшується спочатку повільно, а потім швидко. У новонародженої маса матки дорівнює 3 – 5 г, в підлітковому віці (12 – 15 років) приблизно становить 6,5 г, а в юнацькому віці (16 – 20 років) – 25 – 30 г. Максимальну масу (45 – 80 г) матка має 30 – 40 років, а після 50 років її маса поступово зменшується.

Цервікальний канал шийки матки у новонародженої широкий, зазвичай містить слизову пробку. Слизова оболонка матки утворює розгалужені складки, які до 6 – 7 років вирівнюються. Залоз матки небагато, однак, при збільшенні віку дівчинки їх кількість збільшується, будова ускладнюється, а періоду статевої зрілості вони знову стають розгалуженими. М'язова оболонка матки, недостатньо розвинена у новонародженої дівчинки, потовщується в процесі росту матки, особливо після 5 – 6 років. У новонароджених дівчаток матка нахилена до переду. Шийка матки направлена до низу і до заду. Розміщена матка високо, виступає над лобковим симфізом. Зв'язки матки слабкі, в зв'язку з чим вона зміщується в сторони. Після 7 років навколо матки і між листками її широких зв'язок з'являються велика кількість сполучної та жирової тканини. При збільшенні розмірів тазу і при опусканні розміщених в ньому органів, матка поступово зміщується вниз і займає в підлітковому віці положення, яке характерне цьому органу у статевозрілої жінки. В похилому і старечому віці в зв'язку з зменшенням жирової тканини в порожнині малого тазу рухливість матки збільшується.

Маткові труби у новонародженої дівчинки вигнуті і не досягають яєчників. В період статевого дозрівання (в підлітковому віці), у зв'язку з ростом матки, її широких зв'язок і збільшенням порожнини малого тазу маткові труби втрачають звивистість, опускаються донизу, наближаються до яєчника. Довжина маткової труби у новонародженої дорівнює 3,5 см, в період статевого дозрівання швидко збільшується і досягає 10 – 15 см.. У жінок похилого віку стінка маткової труби різко потоншується за рахунок атрофії м'язової оболонки, складки слизової оболонки вирівнюються.

Яєчник у новонародженої дівчинки має циліндричну форму, а в період другого дитинства (8 – 11 років) форма яєчника стає яйцеподібною. Довжина

яєчника новонародженої дорівнює 1,5 – 3 см, ширина – 4 – 8 мм. в період першого дитинства довжина стає 2,5 см. В підлітковому і юнацькому віці збільшується до 5 см, ширина досягає 3 см, товщина 1,5 см. Маса яєчника новонародженої дорівнює 0,16 г, в грудному віці (до 1 року) – 0,84 г, в період першого дитинства (4 – 7 років) – 3,3 г і в юнацькому віці – 6,03 г. Поверхня яєчників гладка у новонароджених і в грудному віці. В підлітковому віці на їх поверхні з'являються нерівності, бугристості обумовлені набуханням дозріваючий фолікулів і наявністю жовтих тіл в тканині яєчника.

В тканині яєчників новонароджених є примодіальні фолікули, в грудному віці з'являються первісні фолікули яєчника. В підлітковому віці в корковій речовині утворюються вторинні (пузирчасті) фолікули, які на розрізах органу мають вид порожнин зі світлим вмістом. У новонароджених яєчники ще розташовані поза порожниною малого тазу, надлобковим симфізом і сильно нахилені до переду. До 3 – 5 років яєчники при зміщені вниз і повороті своєю довгою віссю приблизно на 90 градусів набувають поперечне положення. До періоду першого дитинства (4 – 7 років) яєчники опускаються в порожнину малого тазу, де приймають те положення яке характерне їм у дорослої жінки.

Фізіологія жіночих статевих органів в дитячому і підлітковому віці.

Гіпофіз і гонади після народження повністю готові до функціонування в "зрілій формі", необхідний лише гіпоталамічний сигнал. Реакція піхвового середовища після народження - кисла. В мазках з піхви відмічається високий коріопікнотичний та еозинофільний індекси, міститься багато паличок Додерлейна. Така картина обумовлена естрогенною дією матері на статеві органи дівчинки. Уже через тиждень після народження в мазках переважають базальні та парабазальні клітини, відмічається кокова флора. Може бути статевий криз: незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів, нагрудання молочних залоз.

Нейтральний період: гормональний статус дівчаток суттєво не змінюється (період спокою). Зовнішні і внутрішні статеві органи розвиваються помалу. В 3 – 4 роки з'являються малі вестибулярні залози, які дозрівають у 6–7 років, великі вестибулярні залози стають малодиференційованими. В яєчниках містяться дозріваючі, зрілі і атретичні фолікули без циклічних змін, кількість їх зменшується вдвічі в порівнянні з періодом новонародженості. Піхвовий вміст має лужну або нейтральну реакцію з різною коковою і паличковою флорою.

Препубертатний період. Характеризується епізодичним викидом лютеїнізуючого РГ гіпоталамусом, що відбувається частіше під час нічного

сну. Підвищується рівень андроген-глюкокортикоїдів. Відмічається посилений ріст статевих органів. Виражена складчастість стінок, збільшується число шарів епітелію. Реакція піхвового вмісту кисла з великим числом паличок Додерлейна. Матка збільшується у розмірах, змінюється співвідношення розмірів тіла і шийки: довжина тіла складає $\frac{2}{3}$, а шийки – $\frac{1}{3}$. Гіпертрофуються і розростаються залози ендометрію, в стромі чітко вирізняються функціональний та базальний шари. Яєчники збільшуються до 20 x 25 мм в них інтенсивно дозрівають фолікули, зменшується кількість примордіальних фолікулів до 400 тисяч.

Пубертатний період. Характеризується активацією всіх ланок репродуктивної системи. Перша фаза (10 – 13 років) – посилюється процес дозрівання гіпоталамічних структур. Сигнал з гіпоталамусу поступає в гіпофіз в пульсуючому ритмі 1 на 60 – 90 хвилин, що стимулює синтез естрогенів в яєчнику, приводить до дозрівання фолікула і овуляції, яка супроводжується першою менструацією (менархе). Статеві органи набувають схожості із статевими органами дорослої жінки: кольпоцитологія характеризує циклічні зміни, маса матки збільшується до 25 г, появляється перистальтика труб. З'являються вторинні статеві ознаки: розвиток молочних залоз, оволодіння на лобку і під пахвами, збільшується ріст, активно функціонують потові і сальні залози, переважає відкладання жиру в області стегон.

Друга фаза (14 – 16 років) – відбувається становлення овуляторного менструального циклу, активація пролактин-секретуючої функції гіпофіза.

Оцінка розвитку вторинних статевих ознак проводиться по ступеню їх виразності, причому керуються єдиними позначеннями: молочні залози – Ма, оволодіння на лобку – Рb, оволодіння в підпахвинних ділянках – Ах, менструація – Ме.

Ступінь статевого розвитку визначається за формулою $Ma \cdot Pb \cdot Ax \cdot Me$.

Стадії розвитку молочних залоз:

Ma0 – молочна залоза не збільшена, сосок маленький, не пігментований.

Ma1 – набухання навколососкового кружка, збільшення його діаметра, пігментація соска не виражена.

Ma2 – молочна залоза конічної форми, навколососковий кружок не пігментований, сосок не підвищений.

Ma3 – зріла молочна залоза округлої форми.

Стадії оволодіння:

Pb0Ax0 – волосся на лобку і в пахвинних ділянках відсутнє.

Pb1Ax1 – поодинокі прямі волосся.

Pb2Ax2 – волосся більш густе і довге, розміщене на центральній частині вищеназваних ділянок.

Pb3Ax3 – волосся на всьому трикутнику лобка статевих губ густе кучеряве; пахвова ділянка вся покрита кучерявим волоссям.

Вираженість менструальної функції:

Me0 – відсутність менструації.

Me1 – менархе в період обстеження.

Me2 – нерегулярна менструація.

Me3 – регулярна менструація.

Оцінюючи статевий розвиток, застосовують визначення морфотипів. Морфограма креслиться по показникам росту, обхвату грудей, суми зовнішніх розмірів таза, віку. В нормі лінія на сітці морфограми пряма, можливі відхилення в 1,5 бали. При передчасному статевому розвитку характерні макросомічний інтерсексуальний і рівномірно відстаючий (інфантильний) морфотип.

Лікарський контроль над перебігом процесу статевого дозрівання включає оцінку віку появи пубертатних зрушень.

9 – 10 років – ріст кісток тазу, заокруглення сідниць, незначне підняття сосків молочних залоз.

10 – 11 років – поява волосся на лобку, припідняття молочних залоз.

11– 12 років – поява волосся під пахвами, посилення росту, збільшення зовнішніх статевих органів.

12–13 років – розвиток залозистої тканини молочних залоз, пігментація сосків, поява менархе.

13 – 14 років – активний ріст волосся під пахвами, менструації можуть бути нерегулярними.

14 – 15 років – зміна форми тазу і сідниць.

15 – 16 років – регулярний менструальний цикл, мутація голосу.

16 – 17 років – зупинка росту скелету, закінчення періоду статевого дозрівання.

Найбільш рання межа появи статевих ознак – 8 – 8,5 років, менструації – в 9 років. Раніше – свідчить про передчасне статеве дозрівання. Відсутність статевих ознак до 13 років і менструації до 15 років вказує на затримку статевого дозрівання.

Для уніфікації оцінки пубертатних змін більшість лікарів користуються класифікацією J.Tanner (1969) та S. Frasier (1980),

залози

I – а Ma0 Pb0 Ax0 Me0 До 9 років

I – б Ma1 Pb1 Ax1 Me0 9 – 10 років

II Ма2 Рb2 Ах1 Ме0 10 – 11 років

III Ма3 Рb3 Ах2 Менархе(Ме1)12 – 13 років

IV Ма4 Рb3 Ах3 Овуляція 14 – 15 років

V Акне, зниження тембру голосу, зупинка росту 15 – 17 років

Для оцінки статевої зрілості і її порушень визначається також оволосіння шкірних покривів інших локалізацій: верхньої губи, підборіддя, грудей, верхньої і нижньої половин спини і живота, плечей, передпліч, стегон, гомілок. Вираженість оволосіння в цих місцях оцінюється за 4 бальною шкалою:

- 1- окреме, розсіяне волосся;
- 2- помірне розсіяне оволосіння;
- 3- помірне суцільне, або розсіяне тотальне оволосіння;
- 4- інтенсивне суцільне оволосіння.

Сума балів оволосіння передпліч і гомілок становить індиферентне число (ІЧ), а всіх останніх частин тіла – гормональне число (ГЧ). В сумі вони утворюють гірсутне число (ГЧ), яке в середньому дорівнює 4 – 5 балів і не повинне перевищувати 10 – 12 балів. Більш високе число балів цих показників свідчить про гормональні порушення.

Патологічний перебіг менархе:

- раніше ніж 11,5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15-16 років – запізніле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12-16 діб або тривалі затримки до 45-60 діб і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1:

Пацієнтка 13 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на нерегулярні менструальні кровотечі протягом 6 місяців з менархе. Кров'янисті виділення тривають 3-4 дні, цикл становить 21-35 днів. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: дитячі інфекції, гострий пієлонефрит. Ма2-3Ах2Р2Ме2-3. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно без запальних змін. При УЗД визначається нормальних розмірів матка і придатки.

Оцініть статеве дозрівання дівчинки.

Тактика ведення

Відповідь: Нормальне статеве дозрівання, яке відповідає віку. Враховуючи, що після менархе менструальний цикл може встановлюватись протягом двох років і, якщо не має кровотеч, та затримок більш ніж 3 місяця, то не потребує лікування.

Клінічна ситуація 2

Пацієнтка 16 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на відсутність менархе. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: коклюш в шість років. Мати наполягає на тому, що в неї менархе почались у 17 років. Під час огляду набухання навколососкового кружка, збільшення його діаметра, пігментація соска не виражена. Поодинокі волосся в пахвових западинах та на статевих губах. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки не відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Затримка статевого дозрівання. Дообстеження для підтвердження конституціональної (генетично обумовленої) затримки статевого дозрівання. Спостереження протягом року.

Клінічна ситуація 3

На другий день після народження мати дівчинки звернула увагу на появу на крилах носа, перенісся, в області чола, підборіддя висипання у вигляді білуватого-жовтих вузликів набухання та збільшення молочних залоз, спочатку виділення у вигляді слизу сірувато-білого кольору з піхви, а потім появу незначної кількості кров'янистих виділень зі статевих шляхів новонародженої. Вагітність та пологи протікали фізіологічно. Загальний стан задовільний. Об'єктивний статус без патологічних відхилень.

Завдання: встановити діагноз. Тактика подальшого ведення.

Відповідь: Статевий криз новонародженої. Вичікувальна тактика.

Клінічна ситуація 4

До дитячого гінеколога звернулася дівчинка 15,5 років зі скаргами на відсутність менструації. З анамнезу з'ясовано ріст молочних залоз з'явився у 14 років, оволошіння на лобку та пахвових западинах в 15 років. При огляді дівчинки: рост 164 см, вага 56 кг. Розподіл жирової тканини за жіночим типом. Молочна залоза, округлої форми, навколососковий кружок пігментований,

сосок підвищений. Волосся в пахвових западинах та на лобку густе, розміщене на центральній частині вищеназваних ділянок.

Завдання: чи є це фізіологічним станом? Скласти статеву формулу, які додаткові методи обстеження можуть бути рекомендовані?

Відповідь: Враховуючи, що з моменту телархе пройшло менше ніж два роки, це може бути фізіологічним статевим дозріванням. Ма3, Ах2Р2, Ме0. Можливо провести УЗ дослідження для верифікації матки та придатків.

Тема 2

«Сучасні методи обстеження дівчаток та підлітків з гінекологічними захворюваннями».

Мета: Навчити методам обстеження, які використовуються в дитячій гінекології. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних в залежності від віку. Обстеження дівчаток з гінекологічними захворюваннями відрізняється від обстеження дорослих і за підходом до хворої дитини, і за методикою обстеження. Дитина завжди відчуває страх, незручність перед лікарем, тому привітна зустріч, ласкаве слово, а іноді декілька запитань, що не стосуються захворювання, викликають довіру до лікаря, допомагають контактіві. Окрім того контакт повинен бути налагоджений і з батьками дитини. Спеціальне гінекологічне дослідження у жодному разі не повинно викликати у дитини психічної травми. А додаткові методи дослідження повинні призначатись строго відповідно показанням. Певні складнощі виникають і з інтерпретацією отриманих результатів в залежності від віку дівчини. Тому знання всіх цих особливостей так необхідно в загальній практиці лікаря.

Основні поняття: Методи обстеження, які застосовуються в дитячій гінекології. Інтерпретація даних обстеження в дитячому та підлітковому віці. Показання та умови проведення спеціальних методів дослідження в дитячій гінекології.

- Особливості збору анамнезу у гінекологічно хворих дівчаток.
- Загальні методи дослідження гінекологічних хворих у дитячому та підлітковому віці (тип конституції, характер розподілу жирової тканини, волосяного покриву, формулу статевого розвитку, стан внутрішніх органів).
- Спеціальне дослідження тазових органів (огляд зовнішніх статевих органів, огляд шийки матки за допомогою дзеркал, вагінальне, бімануальне, ректальне, ректо-абдомінальне обстеження).
- Інструментальні методи дослідження (кольпоскопія, біопсія, цитологічна діагностика, взяття матеріалу для цитологічного дослідження аспірату з порожнини матки).
- Рентгенологічне дослідження тазових органів, рентгенографія черепа і турецького сидла, визначення кісткового віку
- Ультразвукова діагностика у практиці дитячого гінеколога
- Ендоскопічні методи дослідження (вагіноскопія, лапароскопія)

План:

1.Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання Кольпоскопічна картина нормальної слизової оболонки шийки матки:

- A. У підлітків та жінок репродуктивного віку не відрізняються
- B. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію розміщена в ділянці зовнішнього зіву
- C. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію нерідко розміщена зовні від вічка зовнішнього зіву
- D. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію знаходиться в ділянці нижньої треті цервікального каналу
- E. У підлітків не має зони сполучення

2. При проведенні УЗД у випадку регулярного менструального циклу ендометрій в ранній фолікуліновій фазі становить:

- A. 12-14 мм
- B. 10-12 мм
- C. 4-5 мм
- D. 6-7 мм
- E. 8-10 мм

3. Дівчинка 6 років скаржиться на болі в ділянці піхви, значні виділення гнійного характеру, які турбують протягом 5 днів і поступово посилюються. При огляді лікар виявив значний набряк зовнішніх статевих органів, почервоніння, гнійні виділення з піхви з неприємним запахом. Який метод дослідження бажано провести?

- A. КТ малого тазу
- B. Вагіноскопію
- C. ПАПП-тест
- D. Зондування порожнини піхви
- E. Гістероскопію

4. 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:

- A. $Ma_3Me_3Ax_2P_1$
- B. $Ma_1Me_0Ax_3P_3$
- C. $Ma_2Me_2Ax_2P_2$
- D. $Ma_1Me_0Ax_0P_0$
- E. $Ma_1Me_0Ax_0P_2$

Правильні відповіді Правильна відповідь 1-С, 2-С, 3-В, 4-С

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

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 його проведення необхідно щоб попередньо був спорожнений сечовий міхур і кишечник. Спочатку оглядають зовнішні статеві органи. При цьому дають оцінку ступеня їхнього розвитку, стану присінка піхви, оглядають дівочу плівку (цілісність, товщина, еластичність, стан навколишніх тканин, наявність виділень із піхви).

Беруть мазки з піхви, її присінка та уретри (для бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження). Для взяття матеріалу з піхви можна використовувати піпетку з гумовою грушею, жолобуватий зонд.

Типи мазків:

I тип - відображає норму. Він характеризується малою кількістю лейкоцитів, переважно гранулоцитів; фагоцитоз не виражений. Вміст лейкоцитів у дівчинки в віці від 1 до 3 років не перевищує 1-5 в полі зору; в 4-6-річному - 1-7; в 10-15-річному - 1-10. Кількість клітин злушеного епітелію в дошкільному віці також коливається від 4-5 в полі зору до 5-7 - в препубертатну фазу і 10-15 - в пубертатну. Мікрофлора незначна і представлена в основному грампозитивними коками, диплококами. Паличка Додерлейна іноді зустрічається у дівчаток в віці від 1 до 3 років, в більш частому віці вона майже не виявляється.

II тип - може зустрічатись при відсутності клінічної картини запального процесу, однак говорить про загрозу запалення. Вміст лейкоцитів такий же, як і при I типі. Слиз в помірній кількості, виділення негнійні. Лактобактерії, як правило відсутні. Характерна наявність значної кількості умовно-патогенної і патогенної мікрофлори при відсутній або незначно вираженій клінічній картині запалення статевих органів.

III тип - супроводжує клінічно виражене запалення статевих органів (вульвовагініт). При цьому лейкоцити представлені нейтрофілами і макрофагами, їх кількість перевищує 15 в полі зору. Фагоцитоз виражений. Кількість слизу значна (2+...3+). Кількість злущених клітин сягає 15-20 і більше. Лактобактерії відсутні. В значній кількості виявляється умовно-патогенна і патогенна флора. Характер виділень слизово-гнійний, гнійний, іноді з домішками крові.

Ректально-абдомінальне дослідження має деякі недоліки, тому дуже важливо, щоб кишечник і сечовий міхур були звільнені від вмісту, а живіт був м'який і піддатливий. Спочатку слід спробувати визначити внутрішнім пальцем через ректо-вагінальну стінку величину і напрямок вагінальної частини шийки, наявність чи відсутність болючості при її зміщенні. Потім зовнішньою рукою з допомогою пальця, що знаходиться в кишці, пальпують тіло матки. Визначають положення матки, її рухомість, наявність чи відсутність болючості, величину тіла матки. Потім переходять до дослідження придатків. У нормі труби та яєчники у дітей не пальпуються. Якщо вони збільшені, необхідно уточнити ступінь їх збільшення і рухомість, форму, консистенцію, болючість, наявність спайок, зрощень. Після дослідження придатків матки визначають стан параметрію та дугласового простору — чи немає в них інфільтратів, чи вони не болючі. Наприкінці дослідження пальпують суміжні органи і стінки малого таза. У деяких випадках, особливо

у збуджених дітей, доводиться вдаватись до проведення ректально-абдомінального обстеження під наркозом, якщо до цього немає прямих протипоказань. Це не так шкідливо, як боротьба із перезбудженою хворою, що наносить їй психічну травму і перешкоджає отриманню всіх даних, необхідних для встановлення діагнозу. У багатьох випадках такий об'єм обстеження є недостатнім

Вагіноскопія.

Являє собою огляд піхви і піхвової частини шийки матки

Ендоскопічне дослідження піхви - вагіноскопія дітям: дівчаткам допубертатного віку і дівчаткам підліткового віку після менархе - призначається досить рідко.

Ці випадки стосуються:

- вагінальних кровотеч;
- виділень з піхви;
- хронічної форми вульвовагініту у дівчаток (особливо, якщо інфекція не відповідає на лікування);
- рецидивуючих статевих інфекцій, наприклад, вагіноскопія у дітей з гонореєю необхідна для оцінки стану слизового епітелію, в тому числі, що покриває вагінальну частину шийки матки;
- болів в області таза неясної етіології;
- діагностики вад розвитку піхви і матки при симптомах вроджених вагінальних аномалій (наприклад, вагінального стенозу або поперечної перегородки піхви) - коли візуальний огляд вагінального передодня і трансабдоминальне УЗД недостатньо інформативні;
- підозрі на наявність стороннього тіла в піхві або його травматичного пошкодження при можливому сексуальному насильстві.

Батьки (зокрема, мати дівчинки) повинні бути поінформовані про мету даної діагностичної процедури, а також про те, що при її проведенні не буде травмована дівоча пліва.

А підготовка пацієнта полягає в очищенні кишечника (в допомогою клізми, яка робиться вранці перед обстеженням) і спорожнення сечового міхура. Перед процедурою - для профілактики інфекцій - вводиться антибіотик широкого спектру дії.

Вагіноскопію дівчаткам проводять в амбулаторних умовах або в денному стаціонарі лікувального закладу - під загальним наркозом.

Техніка позбавляє від необхідності використовувати звичайні гінекологічні інструменти (дзеркала-розширювачі). Оснащений мініатюрною відеокамерою на кінці, гнучкий волоконно-оптичний вагіноскопії (педіатричний цистоскоп або гнучкий іригаційний ендоскоп) малого діаметра обережно вводиться в піхву через природний отвір гімена (неушкоджена дівоча пліва майже ніколи не покриває всі піхву) - без його пошкодження.

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

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

Діагностичне вишкрібання порожнини матки. Проводиться за життєвими показаннями, при впертих, затяжних кровотечах, що не піддаються консервативній терапії, при підозрі на злоякісний процес.

Цитогенетичне дослідження. Застосовується при підозрі на уроджені дефекти статевих залоз. Ґрунтується на дослідженні статевого хроматину в ядрах клітин поверхневого епітелію слизової оболонки внутрішньої поверхні щок. У нормі становить 16-28%. Дослідження каріотипу. Проводиться при наявності вад розвитку, соматичних аномалій, у хворих із дисгенезією гонад.

Методи гормональних досліджень.

Для точного судження про стан репродуктивної функції вивчають вміст гонадотропних і стероїдних гормонів у плазмі крові. Визначають екскрецію із сечею прегнандіолу, 17-кетостероїдів, естрогенів, 17-оксикортикостероїдів. З метою виявлення рівня порушення в репродуктивній системі, а також диференціальної діагностики проводять гормональні проби. Оцінка здійснюється на підставі зміни гормональних показників, настання менструальноподібної реакції. До них відноситься проба з прогестероном, естрогенами, пергоналом, дексаметазоном (преднізолоном) та ін. Існують також негормональні проби для вивчення функціонального стану ендокринних залоз і центральної нервової системи. До них відноситься проба з вольтареном (є інгібітором простагландину), еленіумом (для з'ясування значення психогенних чинників у гормональних порушеннях), дифеніном та ін.

шийки матки. Існує проста і розширена кольпоскопія (для виявлення зони патологічно зміненого епітелію і ділянки для наступної біопсії), а також кольпомікроскопія.

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

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

Ультразвукове дослідження.

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

Комп'ютерна магнітно-резонансна томографія.

Використовується для одержання візуального зображення органу, патологічного осередку, кількісної інформації про щільність об'єкта, що досліджується, а також для виявлення пухлини яєчника, мікропухлини надниркової залози, аденоми гіпофізата ін.

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

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

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

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

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1.

До дитячого гінеколога звернулась дівчина 14 років зі скаргами на нерегулярний менструальний цикл. Менархе в 11 років. Цикл становить 4-5/28-50 днів. Об'єктивно без особливостей, вторинні статеві ознаки відповідають віку. Останні місячні 2 тижня тому. Для уточнення діагнозу проведено УЗД: матка в ante flexio, розміри 45x35x28мм, міометрій однорідної структури. Ендометрій лінійний, товщина 4 мм. Придатки правий 32x24мм, лівий 30x22мм дрібнофолікулярної ехоструктури. Об'ємних утворень не виявлено. Рідини в Дугласі не має.

Завдання: Якій фазі менструального циклу відповідає УЗдослідження

Відповідь: Першій фазі.

Клінічна ситуація 2

У дівчинки 3 років виявлений оскарідоз. Під час проведення обстеження в мазках на флору: лейкоцити представлені нейтрофілами і макрофагами, їх кількість перевищує 15 в полі зору. Фагоцитоз виражений. Кількість слизу значна (2+...3+). Кількість злущених клітин сягає 15-20 і більше. Лактобактерії відсутні. в значній кількості виявляється коккова флора.

Завдання: Який тип мазка описаний? Яке подальше обстеження?

Відповідь: III тип мазка (запальний). Потрібно зробити бак. посів виділень з чутливістю до антибіотиків та загальний аналіз сечі.

Клінічна ситуація 3

Дівчинка 8 років скаржиться на білі гнійного характеру, які подразнюють шкіру статевих органів і стегон, свербіж і печію у цій ділянці. Загальний стан не порушений. Т 36,8⁰С, пульс 78уд/хв, АТ 110/70 мм рт ст. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. При огляді: зовнішні статеві органи, присінок піхви та дівоча перетинка набряклі, гіперемовані. Виділення із статевої щілини значні, слизово-гнійні. Попередній діагноз – вульвовагініт.

Завдання: Запропонуйте обстеження.

Відповідь: загальний аналіз крові, мазки на флору, урогенітальний бак. посів з чутливістю до антибактеріальних препаратів, у разі неефективності лікування показана вагіноскопія.

Клінічна ситуація 4

В гінекологічне відділення звернулася дівчинка 12 років зі скаргами на кровотечу із полових шляхів протягом 2-х тижнів, після затримки менструації на протязі 3-х місяців, слабкість, головний біль, запаморочення. Місячні з 10 років. В віці 10 років хворіла скарлатиною. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, тахікардія, АТ - 100/60. В аналізі крові НЬ=100 г/л, кількість тромбоцитів 200 тис. Гінекологічне обстеження: virgo. При ректальному обстеженні: тіло матки і придатки без патології.

Завдання: Який метод дослідження доцільно використати і чому для визначення подальшої тактики ведення.

Відповідь: Ультразвукове дослідження малого тазу. За допомогою цього метода дослідження можливо з'ясувати товщину ендометрія, та визначитись якій фазі менструального циклу він відповідає.

Клінічна ситуація 5

До гінеколога звернулася дівчина 15 років зі скаргами на нерегулярний менструальний цикл. Менархе в 12 років. Цикл становить 4-5/21-45 діб, періодично виникають болі у нижній ділянці живота. Об'єктивно без особливостей, вторинні статеві ознаки відповідають віку. Останні місячні 3 тижня тому. Для уточнення діагнозу проведено УЗД: матка в anteflexio, розміри 45х35х28мм, міометрій однорідної структури. Ендометрій лінійний, товщина 12 мм. Придатки правий 32х24мм дрібнофолікулярної ехоструктури, лівий 42х35мм в ньому ехонегативна округла структура діаметром 26мм з тонкими стінками. Об'ємних утворень не виявлено. Рідини в Дугласі не має.

Завдання: Оцініть УЗ дослідження.

Відповідь: Персистенція фолікула. Друга фаза менструального циклу.

Клінічна ситуація 6

На прийом до гінеколога звернулася дівчинка 16 років для проведення проф.нагляду. Місяць тому почала статеві стосунки. На момент звернення скарг не має. Вторинні статеві ознаки розвинуті. Зовнішні статеві органи

розвинуті правильно, без запальних ознак. Під час огляду у дзеркалах: шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко краплинне. Навколо зовнішнього вічка відмічається пляма червоного кольору, до 5 мм в діаметрі з рівним контуром. Виділення слизові значні. При бімануальному обстеженні патологічних змін не виявлено.

Завдання: Попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Фізіологічна ектопія шийки матки. Для уточнення діагнозу можливо проведення кольпоскопії та цитологічного дослідження.

Тема №3

«Запальні захворювання у дівчат та підлітків»

Мета: Оволодіти сучасними методами діагностики, лікування та профілактики запальних захворювань статевих органів в дитячому та підлітковому віці. Запальні захворювання статевих органів жінок займають перше місце серед других нозологій в гінекології і складають 60-65%. Зниження гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці - основа збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому.

Основні поняття: Неспецифічні та специфічні запальні захворювання у дівчат та підлітків. Діагностика, лікування та реабілітація. Сінехії малих статевих губ: етіологія, лікування та профілактика.

- Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.
- Що розуміється під гострим, підгострим та хронічним перебігом запального процесу?
- Особливості вульвовагініту у дівчат.
- Методи діагностики вульвовагініту
- Лікування вульвовагініту.
- Сінехії статевих губ, етіологія, діагностика, лікування.
- Основні принципи лікування гострих запальних захворювань верхніх відділів жіночих статевих органів в дитячому та підлітковому віці.
- Антибактеріальна терапія: показання, принципи добору антибіотиків, їх сумісність з іншими антибактеріальними засобами.
- Дезінтоксикаційна та десенсибілізуюча терапія при гострому запаленні верхніх відділів жіночих статевих органів в дитячому та підлітковому віці.
- Показання до хірургічного лікування при гострому запаленні геніталій у дівчат та підлітків.
- Диференціальна діагностика запалення жіночих статевих органів в дитячому та підлітковому віці.
- Профілактика рецидивів запальних захворювань в дитячому та підлітковому віці.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання

1. Дівчина 4 років скаржиться на свербіж та печію в промежині ввечері. Яке обстеження потрібно провести насамперед?

- A. Загальний аналіз сечі
- B. Загальний аналіз крові
- C. Мазок на кольпоцитологію
- D. Аналіз калу на яйця гельмінтів
- E. Мазок виділень на флору

2. Хвору 16 років через три доби після незахищеного статевого акту почали непокоїти болі внизу живота та при сечовипусканні, значні гноєподібні виділення з піхви, підвищення температури до 37,8°C. Діагноз: гострий двобічний сальпінгоофорит. У мазках: 4 ступінь чистоти піхвового вмісту, лейкоцити на все поле зору, диплококи, розташовані внутрішньо- та позаклітинно. Етіологія захворювання?

- A. Хламідійна.
- B. Гонорейна.
- C. Трихомонадна.
- D. Стафілококова.
- E. Колі-бацилярна.

3. Хвора 16 років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення температури до 38,5°C, болі внизу живота, гнійні виділення з піхви. Захворіла гостро через тиждень після штучного аборт. Об'єктивно: пульс - 100/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Гінекологічний статус: матка збільшена у розмірах, м'яка, болюча, придатки без змін, склепіння вагіни вільні. Виділення з піхви значні, гноєподібні. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Гострий аднексит
- B. Гострий метроендометрит
- C. Пельвіоперитоніт
- D. Септицемія
- E. Лохіометра

4. Дівчина 14 років звернулася до гінеколога з скаргами на появу виділень і сверблячку в області статевих органів. Виділення і сверблячка з'явилися близько тижня тому. З анамнезу відомо, що дівчинці проводилось лікування бронхіту антибактеріальними препаратами. Об'єктивно: гіперемія слизової малих статевих губ і піхви, виділення білого кольору, неоднорідної консистенції, з "кислим запахом". Попередній діагноз?

- A. Кандидоз
- B. Гарднерельоз
- C. Трихомоніаз
- D. Хламідіоз
- E. Уреаплазмоз

Правильна відповідь 1-Д, 2-В, 3-В, 4-А

3.Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

***Класифікація запальних захворювань статевих органів (за МКХ 10):
№70 Сальпінгіт та оофорит***

№70.0 Гострий сальпінгіт і 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

№74 Запальні ураження органів малого таза у жінок при хворобах, класифікований в інших рубріках

№74.0 Туберкульозна інфекція шийки матки (а 18.1)

№74.1 Запальні хвороби органів малого тазу туберкульозної етіології у жінок (а 18.1)

№74.2 Запальні хвороби органів малого тазу у жінок, спричинені сифілісом (а 51.4, а 52.7)

№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 рубріках

№75 Хвороби бартолінової залози

№.75.0 Кіста бартолінової залози

№75.1 Абсцес бартолінової залози

№75.8 Інші хвороби бартолінової залози

Бартолініт

№75.9 Хвороба бартолінової залози, неуточнена

№76 Інше запалення піхви та вульви

№76.0 Гострий вагініт

Вагініт бдв

Вульвовагініт:

- Бдв;
- Гострий

№76.1 Підгострий та хронічний вагініт

Вульвагініт:

- Хронічний;
- Підгострий.

№76.2 Гострий вульвіт

№76.3 Підгострий та хронічний вульвіт

№76.4 Абсцес вульви

Фурункул вульви

№76.5 Виразка піхви

№76.6 Виразка вульви

№76.8 Інші уточнені запалення піхви і вульви

Запальні процеси статевих органів займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань дівчат у віці від 1 до 9 років (нейтральний період). Клінічне значення запальних уражень статевих органів дівчат визначаються не тільки їх частотою, але і тим, що вони можуть бути причиною серйозних порушень основних функцій жіночого організму (менструальної, репродуктивної, статевої) у зрілому віці. Так, виразкові ураження піхви дівчинки різної етіології можуть викликати її звуження або зрощення та створити у майбутньому перешкоду до статевого життя, до настання вагітності і пологорозрішненню. Крім того, запальні захворювання, що перебігають тривало, можуть викликати зміни функціональної активності в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, що може сприяти значному збільшенню у цього контингенту дівчат інших гінекологічних захворювань.

Найбільш частою локалізацією запального процесу у дівчат у віці від 1 до 9 років є вульва і піхва. Вульвовагініти складають біля 65% від всіх захворювань статевих органів в цей віковий період. Це пояснюється тим, що покрови вульви і слизова піхви в нейтральний період рихлі, ніжні, ранимі. Вміст піхви має лужну реакцію, епітелій не має глікогену. В результаті проникнення патологічних збудників нерідко призводить до виникнення вульвовагінітів, особливо при наявності передумов.

У препубертатному і пубертатному періодах вульвовагініти у дівчаток виникають значно рідше, що пов'язано з підвищенням ендокринної функції яєчників, посиленням синтезу глікогену в слизовій оболонці піхви і ферментативних процесів. Що визначають фізіологічну ступінь кислотності вмісту піхви.

Вульвовагініти у дівчат, як правило, бувають інфекційної етіології і викликаються гонококами, стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою і багатьма іншими мікробами. Збудниками паразитарних вульвовагінітів є піхвові трихомонади, дріжджоподібні гриби роду *Candida*, гострики.

Виникненню вульвовагінітів сприяє порушення правил особистої гігієни: неохайність, неправильний догляд за зовнішніми статевими органами дівчаток, користування загальними предметами гігієнічного догляду, близький контакт з хворими дітьми або батьками. Інфікування слизових статевих органів може бути при маніпуляції дівчаток на власних статевих органах руками або різними предметами. Мають значення також термічні, механічні (тертя тісним одягом, сторонніми тілами, розчісування при проникненні гостриків та ін.), хімічні пошкодження, які нерідко провокують виникнення запального процесу.

Проте, патогенні мікроорганізми можуть викликати запальний процес і без пошкодження слизових статевих органів, які є входними воротами. Умовами для цього є загальні інфекційні захворювання (кір, скарлатина, ревматична атака), тривало існуючі вогнища інфекційно-токсичної дії (гайморит, тонзиліт, пієлонефрит), понижуючі імунітет дівчинки. Нерідко

вульвовагініти розвиваються при зниженні імунологічної реактивності та зміні обміну речовин при ексудативному діатезі, ожирінні, діабеті, тиреотоксикозі

Рідше вульвовагініти розвиваються після введення в статеві шляхи сторонніх тіл. Вульвовагініти у дівчаток можуть виникати гостро, але нерідко спостерігається і хронічний перебіг.

При гострому вульвовагініті дівчата жаліються на болі при ходьбі, свербіж і печію, що посилюються при сечовипусканні. Ці скарги, зазвичай, виникають при поширенні запального процесу на ділянку вульви. Інколи з'являється відчуття болю в ділянці піхви, внизу живота, відмічається іррадіація болів в крижово-поперековій ділянці. Крім дизуричних явищ, хворі нерідко страждають закрепами. При переході захворювання в хронічну стадію гіперемія і ексудація зменшуються, болі затихають. Переважають скарги на гноєподібні виділення зі статевих шляхів, нерідко відчуття свербіжу.

При огляді звертають увагу на гіперемію, набряклість вульви. Гіперемія може поширюватися на шкіру великих статевих губ, стегон.

Для всіх вульвовагінітів характерні гноєподібні виділення з піхви.

Для огляду стінок піхви і його вмісту використовують вагіноскоп з освітлювальним приладом. При цьому виявляють ознаки запальної реакції і виключають або підтверджують наявність сторонніх тіл в піхві. При дослідженні чітко визначають гіперемію слизової піхви, інколи петехії, легеневу кровоточивість. На гіперемійованій слизовій оболонці видні серозно-гнійні або гнійні виділення. Ці ознаки особливо характерні для гострого вагініту.

Дані вагіноскопії мають важливе значення не тільки для діагностики вагініту, але й для контролю ефективності терапії, що проводиться.

Діагност вульвовагініту ставиться на основі анамнезу, огляду зовнішніх статевих органів, ректально-абдомінального дослідження, вагіноскопії, мікроскопічного та бактеріологічного досліджень піхви, досліджень на глистову інвазію, звернути увагу на початок і протікання дійсного захворювання, на зв'язок з захворюваннями інших органів і систем.

Принципи обстеження дівчаток. Передусім, у батьків уточнюють скарги, анамнез захворювання дитини, оглядають зовнішні статеві органи, промежину, ділянку заднього проходу.

У дівчаток оглядають внутрішні поверхні великих статевих губ, переддвір'я піхви, дівочу пліву, зовнішній отвір сечовипускного каналу. З метою визначення характеру і ступеню розповсюдженості запального процесу в піхві і піхвовій частині шийки матки проводять вагіноскопію. Обережно досліджують слизову оболонку прямої кишки.

Урогенітальна інфекція у дівчаток і дівчат-підлітків може уражувати сечовидільний канал, шийку матки, пряму кишку.

Збір матеріалу для лабораторного вивчення проводять відповідно локалізації запального процесу. Для виявлення мікроорганізмів використовують виділення і зішкріб слизової оболонки сечовидільного каналу, які отримують за допомогою жолобкуватого зонду. Таким же чином

беруть матеріал із піхви, при цьому інструмент вводять вздовж її задньої стінки до задньої частини склепіння. Матеріал з шийки матки для лабораторного дослідження звичайно отримують за допомогою тампону або зішкрібу. При ураженні передвір'я піхви беруть мазок із борозенки між дівочою плівкою і малими статевими губами або роблять зішкріб з цієї ділянки.

Полімікробна етіологія запальних захворювань геніталій.

В етіології запальних захворювань геніталій (ЗЗГ), які мають полімікробний характер, беруть участь як аеробні, так і анаеробні мікроорганізми, при чому останні відіграють особливо важливу роль в розвитку прогресуючих форм захворювання. Існує певний синергізм у відношеннях між аеробами та анаеробами при запальних захворюваннях геніталій.

Більше 40 видів мікроорганізмів можуть викликати ЗЗГ як у жінок, так і у дівчаток. Аеробні організми виділяють в 24-75%, а анаеробні – в 37-82,5% випадків. Полімікробну природу гострих запальних захворювань органів малого тазу (взонт) підтверджують дослідження різних авторів, в яких від кожної хворої виділяли 2,3-3,9 анаеробних і 1,5-4,3 аеробних культур. У хворих з хронічним ЗЗГ привалують анаеробні мікроорганізми, такі як пептококи, пептострептококи, фузобактерії і бактероїди.

Одною із причин ЗЗГ у дівчаток можуть бути гонококи. Часто при виявленні гонококів в матеріалі із піхви виявляється, що в процес залучені ще декілька аеробних і анаеробних мікроорганізмів, тому і при лікуванні ЗЗГ гонококової етіології необхідно перевіряти активність препарату проти анаеробів, який призначається.

Вульвовагініт

Класифікація вульвовагінітів у дітей:

За етіологією:

А. Неінфекційні:

- Механічні (інорідне тіло, мастурбація, порушення гігієни);
- Хімічні;
- Термічні;
- Алергічні:

А) лікарські;

Б) аліментарні.

- Гельмінтозні.

Б. Інфекційні:

- Бактеріальні (стафілокок, ентерокок, гемолітичний стрептокок, клостридії, клебсієли, вульгарний протей, синьогнійна паличка, хламідії та ін.)
- Трихомонадні;
- Грибкові;
- Вірусні;
- Гонорейні.

За характером супутнього захворювання:

А. Неінфекційні захворювання (ожиріння, ексудативний діатез, захворювання крові, цукровий діабет, захворювання нирок, серця, печінки, ендокринної системи, порушення обміну).

Б. Інфекційні захворювання (скарлатина, дифтерія, грип, отит, тонзиліт, пієлонефрит, ГРВІ, інтоксикація, хронічна екстрагенітальна інфекція, захворювання лор-органів та сечовивідних шляхів).

В. За захворювання статевих органів (ерозії шийки матки, пухлини доброякісні і злоякісні).

За клінічним перебігом:

- Гострі;
- Підгострі;
- Рецидивуючі.

Клініка. Гострий вульвовагініт виникає при попаданні збудників інфекції на пошкоджену слизову оболонку (опрілість, подразнення при механічній дії, термічні і хімічні опіки), внаслідок змачування вульви інфікованою сечею, а також при наявності інохідного тіла в піхві. Вульвовагініти неінфекційного походження існують короткий час. Швидко виникає "заселення" мікробами вогнищ первинного неінфекційного ураження.

Основними симптомами захворювання є свербіж, печія, біль в ділянці зовнішніх статевих органів, витікання з піхви слизово-гнійного вмісту. Ці симптоми гострої стадії погіршують загальний стан дітей, діти стають плаксивими, дратівливими, порушується сон, апетит.

При огляді видімічається гіперемія і набряк великих та малих статевих губ, іноді розповсюджується на ділянку промежини та стегон.

Лікування повинно проводитись з урахуванням основної причини захворювання. При наданні першої допомоги не завжди вдається її визначити, тому терапія на перших етапах, як правило, симптоматична. Для ліквідації набряка, гіперемії вульви, зменшення свербіжу, печії в ділянці піхви і зовнішніх статевих органів використовують різноманітні дезінфікуючі розчини, які застосовують у вигляді примочок, сидячих ваночок. В теперішній час використовують, крім загальноприйнятих (розчини перекису водня, ромашки, шалфею, евкаліпту, фурациліну), наступні препарати:

- Мікроцид;
- Поліміксину М сульфат у вигляді розчину, який готують безпосередньо перед вживанням з розрахунку 10-20 тис. Од на 1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, і мазі (20 тис. Од на 1 г вазеліну);
- Граміцидін (водний розчин готують з вмісту ампули 2% спиртового розчину шляхом розведення на 100-200 мл дистильованої води);
- Хлоргексидин 1% розчин, який готують з вихідного 20% розчину;
- Сангвіритин застосовується зовнішньо у вигляді 1% лініменту;
- Хлорфіліпт (2% масляний розчин)

Місцеве застосування мазей, які містять антибіотики, поєднують з вживанням антибіотиків всередину (тетрациклінова, еритроміцинова, олететринова та ін.).

Одночасно з антибактеріальною терапією необхідно проводити лікування основного або супутнього захворювання. Велике значення повинно приділятися підвищенню опору організму (вітамінізація, УФО, загартовування, лікувальна гімнастика, адаптогени).

При виявленні специфічних збудників терапія повинна проводитись відповідна. При трихомонозі - метронідазол, тинідазол, октилін. При грибковому вульвовагініті - 20% розчин натрію тетрабората в гліцерині, амфоглюкамін, леворинова амфотерицинову та декамінова мазі, мікозолон, гінопрепаріл 150, пімафуцин, гіно-травоген та ін. Мікоплазменний та хламідійний вульвовагініт лікують антибіотиками широкого спектру дії.

За клінічними проявами розрізняють вульвовагініти: гострі – до 1 місяця; підгострі – до 3 місяців; хронічні (рецидивуючі) – більше 3 місяців.

Гострий вульвовагініт часто перебігає з вираженим больовим синдромом, дизуричними явищами, які викликають неспокій дитини, плач під час сечовипускання, гостру затримку сечі. Дівчатка більш дорослі відмічають болючість і утруднення при ході, біль при сечовипусканні. Іноді дівчатка неправильно вказують локалізацію болю – внизу живота або в верхній частині ніг замість ділянки статевих органів. Також скаржаться на свербіж в ділянці присінку піхви, обумовлений подразнюючою дією витікаючих білей; відчуття печії, тиску, важкості і жару в статевих органах і малому тазу.

Внутрішнє обстеження або введення дзеркал неможливо внаслідок болючості і набрякlostі піхвових стінок. Також через больовий синдром стають неможливі статеві зносини.

Хронічний вульвовагініт частіше перебігає із незначною симптоматикою (відмічається свербіж та різкий запах піхвових виділень) або безсимптомно. Симптоми: біль в ділянці статевих органів, свербіж, дизуричні розлади, гіперемія та набряк вульви, присінку піхви і урогенітального кута, запальні зміни в сечі. Загальний стан страждає мало. Кардинальним симптомом вульвовагінітів вважаються білі (fluor) – витікання із статевих шляхів.

Білі розрізняють фізіологічні і патологічні. Дівчатка з фізіологічними білями потребують короткочасного диспансерного спостереження (протягом 3-х місяців) для своєчасної діагностики можливих генітальних і екстрагенітальних захворювань, які можуть бути виявлені за час спостереження. Патологічні білі (масивні, іхорозні, з домішками гною і крові) частіше всього супроводжують вульвовагініт. Складність полягає в тому, що надлишкові фізіологічні білі можуть свідчити якщо не про гостре захворювання, то, по крайній мірі, про коливання мікробіоценозу піхви, які спостерігаються після антибіотикотерапії, дисфункції шлунково-кишкового тракту, різких змінах характеру харчування (наприклад, після припинення грудного вигодовування). За локалізацією білі розрізняють вестибулярні, піхвові, шийкові, маткові і дуже рідко, трубні.

Найбільш зручна в клінічній практиці класифікація білей А.І.Петченко, яка побудована за етіологічними принципами, в ній вказані всі основні причини білей у дівчаток:

1. Білі фізіологічні (у новонароджених, у період статевого дозрівання).
2. Білі від загальних причин (інфантилізм, астенія, анемія, хлороз, хронічна інфекція, інтоксикація, розлади обміну, захворювання серця, нирок, лабільність нервової системи).
3. Білі при інфекційних захворюваннях (скарлатина, дифтерія, грип, отит, тонзиліти).
4. Білі від специфічної інфекції, що вражає переважно сечостатеві органи (гонорея, туберкульоз геніталій, місцеві ураження при скарлатині та дифтерії).
5. Білі при неспецифічній інфекції (стрептококи, стафілококи, пневмококи, ентерококи, колі бацили).
6. Білі при інвазії (трихомонадами, грибками, глистами).
7. Білі від механічного подразнення (сторонні тіла, онанізм, травма).

Діагностика. Розпізнання вульвовагініту включає оцінку даних анамнезу, фізикального обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз неспецифічного вульвовагініту легко може бути поставлений на основі огляду в дзеркалах. Як правило, піхва заповнена різним по консистенції вмістом, який часто виділяється назовні. Слизова оболонка при *vaginitis simplex* різко потовщена, набрякла, гіперемована і на всьому протязі місцями покрита щільно лежачими сірими плівками. Ці нашарування можна видалити зішкрібом, викликавши невеликі ссадни і кровотечі.

При *vaginitis granularis* набряклі сосочки мають вигляд яскраво-червоних мілких зеренець, які підвищуються над слизовою оболонкою.

Додаткові діагностичні методи: бактеріоскопічні і бактеріологічні, імунофлюорисцентан мікроскопія, імуноферментний аналіз, визначення днк методом ланцюгової полімеразної реакції (виключити урогенітальну інфекцію); рН-метрія (в нормі рН 3,7-4,5); амінотест з 10%-им розчином гідроокису калію (кон) (підвищена генерація анаеробів, які виробляють у процесі метаболізму летючі аміни, сприяє появі неприємного запаху “гнилої риби” – позитивний амінотест); “ключові клітини” в мазках вмісту піхви, зафарбованих за грамом (клітини епітелію піхви, які покриті г(-) паличками); загальний аналіз сечі (трюхсклянка проба); бактеріологічні дослідження сечі; комплексне імунологічне дослідження; гормональні дослідження (визначення в сироватці крові стероїдних та гонадотропних гормонів – естрадіол, тестостерон, ФСГ, ЛГ). Інструментальні: вагіноскопія, УЗД.

Загальні принципи лікування неспецифічних вульвовагінітів.

Схема лікування включає три етапи:

Перший етап – імуномодуляція (в основному препаратами ехінацеї, циклофероном), підвищення місцевих захисних сил і стимуляція проліферації (аплікація з обліпиховим маслом, фолікуліном, закапування цитралю, вітаміну Е).

Другий етап – антибактеріальна та протизапальна терапія.

Третій етап – реабілітаційний. Десенсибілізація та застосування еубіотиків.

Тривалість першого та другого етапів – 7 діб, третього – не менше місяця. Контрольні мазки з піхви беруть через 10 та 30 діб. Застосовується широкий спектр препаратів, що направлені на покращення загального стану дівчаток, обміну речовин та підвищення неспецифічної резистентності організму. Першу групу препаратів складають вітаміни, адаптогени та імуностимулятори. Призначають вітаміни А, В₆, Е. З групи адаптогенів застосовують: екстракт елеутерококу (мобілізує неспецифічні фактори захисту), дітям призначають по 1-2 краплі на кожний рік життя 2 рази на день протягом 20 днів.

Настоянка вівса – стимулює неспецифічний захист, має антимікробну, противірусну, протизапальну та седативну дії. Дітям призначають по чайній ложці (настоянку розводять водою) за 30 хв. До їжі. Курс лікування, в середньому, 30 днів.

Есенціале – покращує функцію печінки, мікроциркуляцію, стимулює фагоцитоз. Дітям призначають по 1 капсулі 2 рази в день. Курс 20 днів. До імуномодуляції слід відноситись дуже уважно: вона не завжди корисна в гострій фазі деяких вульвовагінітів, а також при підозрі на atopічний дерматит. З групи імуностимуляторів у дитячій гінекологічній практиці застосовуються: метил урацил – володіє анаболічною та антикатаболічною активністю, стимулює клітинний імунітет, прискорює процеси репарації. Призначають дітям у віці від трьох до восьми років по 0,025 г 3 рази на день, старше восьми років – по 0,5 г 3 рази на день. Препарат приймають під час або після їжі. Дітям 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 3 рази на день. Курс лікування 10 днів. Левамизол – призначають обережно, після оцінки т-системи імунітету, в дозі 2 мг/кг маси тіла на добу протягом 3 днів з перервою між курсами 5-6 днів. Всього 2-3 курси. Імунал (ехіноцея) – добова доза складає 20 крапель у невеликій кількості води 3 рази на день. Курс – від 1 до 6 тижнів. Дітям від одного року до шести років призначають по 5-10 крапель тричі на день, від 6 до 12 – по 10-15 крапель тричі на день.

Слід відзначити, що в теперішній час інтерферонотерапія у процесі імунокорекції стає провідною. Одним із представників іф нового покоління є віферон. Дітям до 7 років призначають віферон-1 інтравагінально по 1 свічці 2 рази на добу через 12 годин упродовж 5 днів. Дітям старше 7 років призначають віферон-2 по 1 свічці 2 рази 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 споживати соки, що містять різні барвники та консерванти. Дозволяються до споживання тільки свіже приготовані натуральні соки. З молочних продуктів показані сир, свіжі вершки, сметана, кефір, ацидофілін. При мітотичному вульвовагініті до раціону дитини додають білок трансферин. Він володіє фунцигідними властивостями та блокує розмноження грибів. Фунцигідна активність трансферину пов'язана з насиченням його валентностей іонами заліза.

Поряд із корекцією харчування виникає необхідність у застосуванні гістамінолітиків та адсорбентів. М'якими антиалергічними препаратами є препарати кальцію: кальцій хлорид, кальцію глюконат, кальцію лактат. Кальцію хлорид – 5-10% розчин призначають дітям до 5 років по 1 чайній ложці двічі на день; 5-10 років – по 1 десертній ложці тричі на день, після 10 років, як дорослим – по 1 столовій ложці 2-3 рази на день. Кальцію глюконат дітям до року призначають по 0,5 г, 2-4 років – по 1 г, 5-6 років – по 1,5 г, 7-9 років – по 2 г, 10-14 років – по 2-3 г 2-3 рази на добу. Кальцію лактат призначають по 0,5-1 г на прийом 2-3 рази на день. Курс лікування 10 днів.

Місцеве лікування.

Лікування хворих з бактеріальним вагінозом повинно бути комплексним. Спочатку штучно створюють кисле середовище піхви шляхом багаторазового зрошення 2%-им розчином молочної кислоти – 100 мл по 10-15 хв. Інстиляції молочної кислоти у піхву найбільш прийнятні, оскільки молочна кислота знижує рН піхви, відновлює кисле середовище, що створює несприятливі умови до розмноження анаеробів та гарднел. Крім того, слабкі розчини молочної кислоти володіють вираженою антисептичною дією і забезпечують оптимальні умови для відновлення лактофлори. Паралельно проводять десенсибілізуючу терапію (тавегіл, задітен, кларисин, відвар череди, відвар лаврового листа та інші антигістамінні засоби) і імунокорекцію під спостереженням спеціаліста-імунолога. Крім того, застосовують місцеве лікування свічками, які містять метронідазол (0,5), фолікулін (5000 од), аскорбінову (0,2 г) і молочну (0,05 г) кислоти, новокаїн (0,1 г). У випадку необхідності можна приготувати емульсію такого ж складу на основі обліпихового, оливкового чи іншого рослинного масла. Лікування починають зі зрошення піхви одним з наступних антисептичних, антибактеріальних розчинів: 0,02%-го розчину сульфацилу натрію, водний розчин 0,02%-го розчину фурциліну (активні у відношенні стрептококів, стафілококів, пневмококів, гонококів. Стрептобактерій, трихомонад та ін.). При гнійних вульвовагінітах частіше вживається 3% розчин перекису водню. При вульвовагінітах з atopічним компонентом кращий ефект відмічений при зрошенні піхви настоем зеленого чаю, розчинами з “геркулесу”, житніх або пшеничних висівків. При гострих вульвовагінітах ефективні зрошення відварами з окислювальних трав; шавлія, м'ята, звіробій. Зрошення піхви проводиться в кількості 5-10 мл за допомогою одноразового шприца 5-7 днів щоденно. Призначають сидячі теплі ванночки по 15 хв. (відвар ромашки, кропиви, чистотіла) – 10,0 г на 1 л води, листя евкаліпту – 6,0 г на 1 л води, настоянка шавлії – 14,0 г на 1 л води загальною тривалістю 3-5 днів. У деяких випадках ванночки та зрошування піхви доповнюють мазевими аплікаціями на вульву (мазь каланхое, обліпихове масло, мазь апілака, пропогнум, аерозолі – гіпозоль, алазоль, пантенол). Спринцювання содовими розчинами, які часто призначаються лікарями, біологічно не виправдані і малоефективні, оскільки сприяють підвищенню і без того високого рН піхви. Необхідно вважати. Що при нейтралізації гідрокарбонатом натрію кислого середовища піхви виділяється вуглекислота (сукцинат), яка може викликати вторинне

підсилення секреції. Тобто збільшення впливів. Лужне середовище піхви сприятиме для розмноження анаеробів, грибів, трихомонад і менш сприятливе для росту лактобацил. Єдина позитивна дія соди є в тому, що вона зменшує в'язкість вмісту піхви. Після зрошення вводяться 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 в таблетках, які містять 1 мг естріолу) у вигляді присипок чи піхвових зрошень 0,5%-им 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 + масло какао 1,5 г; фолікулін 500 од + норсульфазол 0,5 + масло какао 1,5 г; левоміколь, левасін; вагінальний крем далацин.

При вульвовагінітах, що викликані ентеробактеріями, застосовують піхвові палички за прописом:

1. Сульфадимезин 0,2 г., фурацилін 250 ОД, ретинолу пальмінат 0,002 г., масло какао 1,5 г.
2. Фуразолідон 0,015 г., поліміксин м-80000 ОД, масло какао 1-1,5 г. На курс лікування 7-10 піхвових паличок.
3. При стафілакоко-стрептококовому вульвовагініті застосовують піхвові палички за прописом:
4. Пеніцилін, неоміцин по 100000 од, масло какао 1,5 г.
5. Фурацилін 0,1 г., фолікулін 250 од, масло какао 1,5 г.

При змішаному бактеріально-атопічному вульвовагініті застосовують вагінальні палички за прописом Т.і.Дергачової та А.А.Родіонченко (1989): левоміцетин 0,1, фолікулін 250 од, масло какао 1,0.

Рекомендується використання загального УФ опромінення, електрофорез з 1%-им розчином новокаїну або 10%-им розчином хлориду кальцію на ділянку зовнішніх статевих органів. Сорбентотерапія є невід'ємною частиною лікувальних заходів при вульвовагінітах, особливо ювенільному віці, коли важливо розумно обмежити антибактеріальне навантаження на організм та відновити біоценоз піхви. З цією метою рекомендується використовувати “ентеросгель”, який призначається по 10-30 г (5 доз = 15 г.) на 2 год. У піхву, після чого препарат видаляють фізіологічним розчином (протягом 5 днів). Рекомендується призначити віферон-1 по 1 свічі ректально 1 раз на день протягом 7 днів на ніч дітям до 7 років, а віферон-2 по такій же самій схемі дітям після 7 років. З метою профілактики дисбіозу кишечника у дівчаток з вульвовагінітами, що виникають на фоні запальних захворювань шкт, показано застосування еубіотиків, які направлені на нормалізацію кишкової флори. Бактисубтіл з профілактичною метою призначають по 1 капсулі двічі на день, курс 14 днів; біфідумбактерін-форте по 5 доз 1 раз на день протягом 7-10 днів; хілак – дітям до року 15-20 крапель

3 рази на день, старше року – 20-40 крапель тричі на день, дорослим по 40-60 крапель тричі на день. Приймають під час або після їжі, розводячи водою в невеликій кількості, виключаючи молоко. Біфідумбактерін – розведений в 5 мл кип'яченої води, охолодженої до кімнатної температури, з додаванням лактози. Наносять на тампони по 2,5-03 дози 2 рази на день (інтравагінально).

Бактеріальний вагіноз

Бактеріальний вагіноз (БВ) – найбільш поширене інфекційне захворювання нижнього відділу статевих органів як серед жінок, так і серед дівчаток. БВ – клінічний синдром, викликаний заміненням нормальної мікрофлори піхви анаеробними м/о, гарднереллами і мікоплазмами.

Основним клінічним симптомом БВ є посилення піхвових виділень з неприємним запахом. Запалення піхвового епітелію не характерно для цього синдрому, однак, у 30% обстежених виявляється запалення вульви, піхви або шийки матки. При мікроскопічному дослідженні піхвових виділень у 40% пацієнток знаходять до 30 лейкоцитів в полі зору.

В останній час накопичено велику кількість даних, які свідчать про те, що БВ є фактором ризику виникнення інфекційних ускладнень протікання вагітності, передчасних пологів, інфікування амніотичної рідини, хоріомніоніту, післяпологовий ендометриту, а також розвитку захворювань органів малого тазу після абортів.

При БВ відмічається заміна нормальної вагінальної флори, представленій лактобактеріями, комбінацією анаеробних і факультативних м/о: гарднереллами, бактероїдами, пептококами і мобілінкус. Відсутність кислотоутворюючих лактобактерій і особливості рН вагінального секрету у дівчаток є фактором ризику розвитку БВ.

Самим доступним, недорогим і точним лабораторним тестом являється забарвлення піхвового секрету по граму. Існують певні критерії оцінки піхвових мазків, забарвлених по граму. Метод вважається чутливим і специфічним.

Хламідіоз

Захворювання хламідійної етіології характеризуються тривалістю протікання, схильністю до рецидивів. Клінічні симптоми схожі з симптомами захворювань, які викликані іншими м/о.

Діагноз хламідіоза підтверджується бактеріоскопічно. В зішкрібках слизової шийки матки хламідії виявляються методом прямої іф (утворення правильної округлої форми, які флюоресціюють яскравим зеленувато-жовтим кольором на оранжевому фоні і розташовані внутрішньоклітинно).

Клініка. Інкубаційний період 20-30 днів. Локалізація – зовнішні статеві органи і піхва, рідше – шийка матки і маткові труби. Клінічні симптоми генітального хламідіозу, який протікає з ураженням зсо, не відрізняється від клініки неспецифічних вульвовагінітів (виділення з статевих шляхів більше 6 місяців і неефективність проведеної терапії з приводу неспецифічного вульвовагініту).

У дівчаток із загостренням хронічного хламідійного вульвовагініту виявляють гіперемію слизових зсо різного ступеню вираженості; слистого,

слизисто-гнійного або гноєвидного характеру виділення із піхви, які при дослідженні per rectum і надавлюванні на задню стінку піхви посилюються.

При обстеженні матерів дівчаток виявляється, що у 60% пацієнток мами страждали хронічними запальними захворюваннями омт. У 41% матерів в зішкрібах із цервікального каналу виявлені хламідії.

Таким чином, генітальний хламідіоз схильний до довготривалого торпідного протікання і може являтися причиною непліддя в майбутньому.

Лікування.

1. Етіотропна терапія (тетрациклін, окситетрациклін, рондоміцин, вібраміцин, моноциклін, олеандоміцин, еритроміцин, сульфаніламід).
2. Комплексний метод (антибіотикотерапія + місцева дія): рифампіцин + еритроміцин в поєднанні з спринцюванням.
3. Патогенетична терапія (біогенні стимулятори, лактотерапія, аутогемотерапія, гіпосенсибілізуючі).
4. Вітамінотерапія.
5. Місцева терапія (дотримання особистої гігієни, сидячі ванночки, електрофорез з антибіотиками, увч, спринцювання антисептиками).

Критеріямивилікованості є: зникнення клінічних симптомів захворювання, елімінація збудника. Вилікованими вважаються тільки ті дівчата, у яких клінічне виздоровлення поєднується з етіологічним виздоровленням.

Урогенітальний уреоплазмоз

Викликається збудником *ureaplasma urealyticus*. Уреоплазми прикріплюються до епітелію, лейкоцитів, сперматозоїдів та інших клітин організму. Вони руйнують мембрани, занурюються в цитоплазму і, як наслідок, виникає запальна реакція. Розповсюдженість уреоплазмоза достатньо висока. Серед жінок з запальними захворюваннями сечостатевих органів уреоплазми виявлені у 50-56% хворих.

Клінічна картина уреоплазмозу проявляється у вигляді:

- 1) Носійство (без клінічних проявів);
- 2) Латентних форм (інфекція може впливати на хромосомний апарат клітин);
- 3) Гострих форм;
- 4) Хронічних форм.

Клініка. Інкубаційний період 15-20 днів. Хворі скаржаться на виділення з піхви і інколи на свербіж в ділянці статевих органів. Протікає негостро і мало чим відрізняється від інших неспецифічних захворювань генітальної сфери. Основний спосіб розповсюдження інфекції - на протязі, іноді спостерігається транспорт збудника лімфогенно і гематогенно.

Хвороба, зазвичай, перебігає з меншою гостротою, більшою частотою ускладнень і значною стійкістю до терапії.

У дівчаток уреоплазмоз перебігає більш виражено у вигляді гострих і підгострих форм вульвовагініту. При цьому в заплльний процес залучається шийка матки і сечовидільний канал.

Обстеження на уреоплазмоз повинно проводитись у всіх дівчаток і дівчат-підлітків, які звернулися до лікаря з приводу запальних захворювань сечостатевих органів.

Діагноз базується на даних анамнезу клінічного обстеження і підтверджується виділенням уреоплазм в культурі.

Можливі джерела виділення збудника – піхва, цервікальний канал, уретра, з гнійних виділень великої вестибулярної залози, з вмісту маткових труб, з тубооваріальних запальних утворень з гнійним вмістом.

Для якісного проведення лабораторних досліджень важливе значення має правильна підготовка лікарем-клініцистом хворого до лабораторного дослідження. Провокацію проводять гоновакциною дівчатам - 1 мл в/м, дівчаткам - 0,5 мл в/м.

При обстеженні у дівчаток обов'язково беруть виділення із піхви, сечовидільного каналу, шийки матки; з великих вестибулярних залоз матеріал береться за показами. У дівчаток досліджується виділення слизової оболонки сечовипускного каналу і піхви. При цьому, не використовуючи дзеркал, вушну ложечку або жолобкуватий зонд обережно вводять в гіменальний отвір.

Основним лабораторним діагностичним методом дослідження для виявлення збудника уреоплазми є культивування м/о на рідких і твердих середовищах із зішкрібу з слизових оболонок сечостатевих органів.

Лікування. Основним препаратом є тетрациклін (або роваміцин, доксациклін).

З метою імуностимуляції вводять метилурацил, пірогенал та ін.

З нових препаратів використовують – таривід, ципробай. Також одночасно призначають місцево – введення інтравагінально тетрацикліну після попереднього спринцювання. Використовують також УВЧ, електрофорез, фонофорез, ультразвук.

При дифтерійному вульвовагініті шкіра і слизова вульви інфільтровані, гіперемія з синюшним відтінком. При вагіноскопії на слизовій піхви сірі плівки, при знятті яких виникають ерозії, що кровоточать. Пахвові лімфовузли збільшені, болючі. Виділення незначні серозні або кров'янисто-гнійні.

Для генітального герпесу характерна наявність мілких пухирців і виразок.

При трихомонадному вульвовагініті дівчата відмічають прискорене і хворобливе сечовипускання. Є пінні гнійні виділення, що різко подразнюють шкіру зовнішніх статевих органів і стегон, сильний знеможуючий свербіж. Нерідко спостерігається набряк зовнішніх статевих органів. Часто одночасно уражується уретра, зовнішнє її вічко набрякле, гіперемійоване з гноєподібним виділенням. При вагіноскопії відмічається гіперемія стінки і піхвової частини шийки матки.

При попаданні стороннього тіла в піхву з'являються гноєподібні виділення, інколи з домішкою крові. Тривале перебування стороннього тіла в піхві викликає пролежні, кровоточиві грануляції. Щільне стороннє тіло

пальпується при ректальному дослідженні. Часто заключний діагноз ставиться при вагіноскопії.

При вульвовагінітах, причиною яких є онанізм, з'являються набряк вульви, гіперемія, рідкі молочні білі, які потім стають слизисто-гнійними. Наявні подряпини, скоринки, набрякливість клітора. Тривала маструбація призводить інколи також до гіпертрофії клітора і статевих губ, до пігментації шкіри вульви. Звертає на себе увагу подразливість дівчинки, порушення загального стану.

Гонорея є венеричним захворюванням і має свої особливості протікання у дівчаток. Гнійний вульвовагініт виникає у віці 3-7 років, коли знижується біологічний захист геніталій. В більш старшому віці захворюваність гонореєю знижується, причому в цьому періоді зустрічається захворюваність і статевий шлях ураження.

Клінічний перебіг гонореї у дівчаток характеризується інколи торпідним рецидивуючим і навіть безсимптомним перебігом. Проте найбільш характерна наявність багатьох вогнищ ураження: уражається піхва (100%), сечовивідний канал (60%), пряма кишка (0,5%).

Після 1-3-добового інкубаційного періоду з'являються рясні гнійні виділення, розлита різка гіперемія зовнішніх статевих органів, промежини, шкіри внутрішньої поверхні стегон, перианальних складок. Виділення густі, гнійні, з зеленуватим кольором, пристають до слизової, при висиханні залишають скоринки на покривах.

У дівчаток препубертатного і пубертатного періодів нерідко уражається слизова шийки матки.

Первинний гонорейний ендocerвіцит в "нейтральному" періоді при відсутності або слабкому розвитку залозистої тканини зустрічається рідко. Значно частіше має місце вторинний розвиток ендocerвіциту при хронічному перебігу гонореї у дівчаток у віці 8-10 років і старше. Перебіг його, як правило, в'ялий, торпідний.

Висхідна гонорея у дівчаток спостерігається також рідко, але про це треба пам'ятати, особливо при наявності ендocerвіциту. Захворюванню сприяє відсутність у дівчаток бар'єру у вигляді закритого, як у дорослих, внутрішнього зіву; складки цервікального каналу у них не закінчуються, як у дорослих, у внутрішнього зіву, а продовжуються в порожнину матки. Якщо і уражається, то головним чином ендометрій. В рідких випадках спостерігається запалення маткових труб і тазової очеревини. Наведені в літературі випадки висхідної гонореї у дівчаток йдуть під помилковим діагнозом "гострого апендициту"

Генітальний туберкульоз з неоднаковою частотою уражає дівчаток в різні вікові періоди. У віці до 1 міс., коли активний залишковий вплив материнських і плацентарних гормонів, спостерігається одиничне число випадків генітального туберкульозу. В період 14-17 років, коли вплив статевих гормонів мізерний, генітальний туберкульоз. Як правило, не спостерігається. Різкий ріст генітального туберкульозу в 8-18 років співпадає зі збільшенням впливу статевих гормонів на організм дівчинки.

Клінічний перебіг гонореї у дівчаток характеризується інколи торпідним рецидивуючим і навіть безсимптомним перебігом. Проте найбільш типовий гострий початок захворювання.

Клінічна картина генітального туберкульозу в юнацькому віці не відрізняється від перебігу його у дорослих.

Початок захворювання розвивається непомітно. Характерний больовий синдром, що поєднується зі незначними змінами у внутрішніх статевих органах. Болі характеризуються постійністю, ниючим характером, який локалізується внизу живота, “безпричинністю” і обумовлені неминучим втягненням в патологічний процес очеревини.

Як у дорослих, частіше уражаються маткові труби, в них розвивається продуктивний процес з наступним втягненням і навколишньої очеревини. Рідше уражаються яєчники, матка, піхва і зовнішні статеві органи.

Характер збудника уточнюється в результаті бактеріоскопічних, бактеріологічних, а за необхідності вірусологічних досліджень виділень піхви. Для більш детальнішого обстеження рекомендується досліджувати два мазки, з яких один забарвлюється по граму, а інший – по романовському-гімза.

При гонорейному вульвовагініті в мазках виявляються гонококи, про мікотичному – нитки грибка, частіше всього білі кандиди, при трихомонадному – трихомонади, що можуть знаходитися у піхві в симбіозі з гонококами, дріжджеподібні гриби роду *Candida* та іншими представниками піхвової мікрофлори. Відсутність патогенної мікрофлори характерно для вірусних захворювань.

Посів виділень на середовища дозволяє виявити вид збудника і чутливість його до антибіотиків. Крім того, відсутність флори в мазках і велика кількість лейкоцитів заставляють запідозрити вульвовагініт гонококової етіології. В таких випадках дівчаткам проводять провокацію: піхву, сечовивідний канал, пряму кишку змазують розчином люголю або 1% розчином азотнокислого срібла. Одночасно дівчаткам старше 3 років вводять внутрішньом’язево гоновакцину 150-200 млн. мікробних тіл. Після провокації протягом 3 днів повторно беруть посіви виділень на спеціальні середовища. Досліджується також осад промивних вод з прямої кишки.

Запальні зміни додатків матки у дівчаток можуть спостерігатися як ускладнення апендициту, тому під час апендектомії у дівчаток необхідно оглянути маткові труби і яєчники.

Зміни фолікулярного апарату яєчників у вигляді дегенеративних процесів може спостерігатися при загальних інфекційних захворюваннях в результаті токсичного ураження статевих органів дівчаток.

Педіатр повинен пам’ятати про можливість виникнення вказаних захворювань у дівчаток, при огляді йому необхідно звертати увагу і на стан статевих органів дівчаток (білі, свербіж, болі та ін.), щоб вчасно застосувати необхідні лікувально-профілактичні заходи.

Синехії

Синехії, або зрощення малих статевих губ, за статистикою, зустрічається у кожної п'ятої дівчинки до 8-річного віку. І це навіть не захворювання, а особливий стан, який виникає з різних причин на тлі фізіологічної незрілості дитячого організму. Синехії (грец. Synecchia – «зв'язок, безперервність») – часткове або повне злипання малих статевих губ.

Стан може бути вродженим (рідко) і набутим. Синехії малих статевих губ неспроста виникають у дівчаток до 8 років. У них з-за незрілості гормональної системи слизова оболонка вульви недостатньо зволожена, стоншена, легко травмується. Гіпоестрогенія – фон, на який нашаровуються інші фактори, що провокують зрощення статевих губ.

Основні причини виникнення синехій:

- недотримання особистої гігієни. Статеві органи дівчинки вимагають підвищеної уваги, тому що не здатні повною мірою протистояти хвороботворним мікробам, легко травмуються, клітини гірше і повільніше оновлюються. Слід регулярно проточною водою видаляти виділення між статевими губами;
- надмірне застосування миючих засобів. При надмірній гігієні з застосуванням мила, гелів вимивається корисна флора, слизова пересушується, з'являються мікротріщинки. Травмовані поверхні малих статевих губ злипаються між собою, утворюються синехії;
- підгузки. Підгузки не призводять до появи синехій при правильному їх використанні. Злипання відбувається при рідкісній зміні, коли при підвищеній вологості надлишково розмножуються мікроби, так і механічне подразнення каловими масами грає свою роль;
- вульвіт та вульвовагініт. Запалення слизової вульви, викликане специфічної і неспецифічної флорою, одна з основних причин розвитку синехій. Частіше у дівчаток дана патологія викликана неспецифічної флорою (кишкова паличка, стафіло – і стрептококи, протей та ін), яку вона отримує з навколишнього середовища побутовим шляхом, через предмети гігієни, іграшки. Специфічна флора, яка викликає всім відомі ППСШ (гонокок, хламідія, міко – уреоплазми), у малюків зустрічається рідко, проникає в організм через ворсини плаценти або під час проходження через родові шляхи матері.
- алергія. Як і при вульвите, ураження епітелію шкіри і слизових) при алергічних реакціях призводить до порушення її цілісності;
- інфекції сечовидільної системи. Так як зовнішній отвір уретри розташований у безпосередній близькості до малих статевих губ, при наявності циститу (запалення сечового міхура), пієлонефриту (гнійне запалення нирок) бактерії, які виділяються з сечею, осідають на слизовій і викликають вульвіти;
- косметичні засоби. Потрібно ретельно підходити до вивчення складу засобів, що використовуються в області статевих органів. Віддавати перевагу слід нейтральним рН, безбарвним рідким милом без ароматизаторів. Крім пересушування слизової вони можуть викликати алергічну реакцію. Окремо слід сказати і про крем під підгузки та

дитячих кремах. Необхідно уникати нанесення їх на область вульви. Купуючи крем, віддавайте перевагу тим, до складу яких не входить цинк, т. к. цинк доведено призводить до утворення синехій;

- вологі серветки. Допустимо їх використання для гігієни зовнішніх статевих органів тільки в умовах відсутності доступу до води (поїздка, прогулянка). В медицині є таке поняття, як «вульвовагініти втирання», тобто при користуванні серветкою мама може не тільки очистити слизову від нальоту, але і травмувати її, відкривши «ворота» для бактерій;

- тривале перебування у воді. Тривале зіткнення з водою призводить до знежирення верхніх шарів епітелію, клітини стають менш захищеними, легко травмуються. Це особливо актуально в літній період. Рекомендації: якщо дитина дуже любить воду, після водних процедур обов'язково зволожувати слизові будь-яким маслом або жирним кремом;

- гострі запальні процеси в організмі, особливо що супроводжуються високою температурою.

Дуже часто синехії є випадковою знахідкою. Їх можуть виявити батьки при проведенні гігієнічних процедур або лікар при профогляді. Також зрощення малих губ у дівчаток може бути виявлено при діагностичному пошуку. Це ситуація, коли є прояви захворювання, а справжню причину встановити відразу не виходить. Також зрощення малих губ у дівчаток може бути виявлено при діагностичному пошуку. Це ситуація, коли є прояви захворювання, а справжню причину встановити відразу не виходить. Найчастіше дівчинка потрапляє до дитячого гінеколога за напрямом інших вузьких спеціалістів або педіатра при виявленні поганих аналізів сечі, при відсутності ефекту від лікування циститів і пієлонефритів.

Симптоматика:

- неспокійна поведінка при сечовипусканні;
- неприємний запах статевих органів;
- неприємний запах сечі;
- відмова дитини сідати на горщик;
- якщо маля часто запускає руки в трусики;
- скарги дитини на біль в області вульви.

Зовні синехії являють собою повне або часткове зрощення (злипання) малих статевих губ. Стан не небезпечно для життя, але при відсутності адекватної допомоги може призвести до розвитку певних ускладнень. Зрощені статеві губи утворюють кишеню, в якому затримуються залишки сечі, слущений епітелій, що є гарним живильним середовищем для розвитку вульвіта. Якщо повне зрощення, утруднюється відтік сечі, аж до її закидання в піхву і подальшого розвитку вагініту.

Також можливе поширення бактерій висхідним шляхом з «кишені» в уретру і сечовий міхур, з подальшим розвитком запалення сечовивідних шляхів. У медичних джерелах є інформація про віддалені ускладнення нелікованих синехій.

Вони зустрічаються рідко, але мають місце – утворення жорсткого рубця в області зрощення, порушення відтоку менструальних виділень, утруднення при статевому акті, деформація області промежини, яка тягне за собою труднощі при виношуванні вагітності та під час пологів.

Діагностика

Для встановлення діагнозу докторові досить огляду маленької пацієнтки. При огляді оцінюється ступінь зрощення, наявність супутнього запального процесу, намічається подальша тактика обстеження і лікування. Незважаючи на ясність діагнозу, гінеколог може призначити ряд додаткових обстежень – загальний аналіз сечі (необхідний для виключення супутнього запалення сечовидільної системи), загальний мазок (виключити діагноз вульвіт), посів на флору і чутливість до антибіотиків (при підозрі на запальний процес).

Підходи до лікування

Консервативне лікування

Як би не виглядали синехії, рекомендується починати з консервативного лікування, яке включає кілька етапів.

По-перше, усувається причина:

- при наявності запалення сечовидільної системи призначаються антибактеріальні препарати і уросептики всередину;
- при вульвітах і вульвовагинита – місцеве лікування антибактеріальними, протівірусними, протигрибковими препаратами (в залежності від збудника);
- при загальному запальному процесі (риніт, бронхіт, пневмонія та ін) проводиться лікування основного захворювання спільно з педіатром;
- при алергії, призначаються антигістамінні препарати і сувора дієта;
- при порушенні правил гігієни даються рекомендації для корекції помилок.

По-друге, сидячі ванночки з відварами трав, які допомагають розм'якшити зрощення. Тривалість ванни – не більше п'яти хвилин.

По-третє, нанесення на місце зрощення гормональних лікарських засобів (овестин, фолікулін) або препаратів, що застосовуються для розсмоктування рубців (контрактубекс). Схема лікування підбирається індивідуально залежно від ступеня вираженості зрощення.

Тривалість застосування гормональних препаратів – два тижні. При необхідності курс лікування можна повторити після перерви.

Хірургічне лікування

До хірургічних методів вдаються, якщо консервативне лікування не дає очікуваного результату. Як правило, гінеколог з допомогою стерильних інструментів (ложки Фолькмана, цитощетки, шпателя Ейра) роз'єднує зрощені статеві губи в умовах жіночої консультації під місцевою анестезією, після чого на вульву наноситься синтомицинова емульсія.

В домашніх умовах для прискорення загоєння рекомендується виконувати сидячі ванночки з травами і змащувати вульву 5 — 10% емульсією або синтоміцину левомеколем 2 рази на день 5 днів. Вкрай рідко, в разі

«старої» синехії, доводиться вдаватися до допомоги скальпеля. Така процедура виконується в умовах стаціонару під наркозом.

Профілактика

Для профілактики утворення синехій у дівчинки батькам рекомендується стежити за особистою гігієною малюка (обмежити мило, використання вологих серветок), обмежувати алергенні продукти, вчасно лікувати загальні гострі запальні процеси, а також запалення сечового тракту та зовнішніх статевих органів.

Для профілактики рецидивів захворювання у тих, хто вже пройшов курс лікування, крім всіх загальних профілактичних заходів, рекомендується також регулярно обробляти малі статеві губи рослинними оліями (обліпихова, оливкова, персикове) або будь-яким жирним кремом, особливо в період загострення алергії і при інфекційних процесах, що супроводжуються підвищенням температури.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

Мати хворої дівчинки 10 років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на то, що у доньки свербіж та печіння в ділянці зовнішніх статевих органів та у вагіні, після прийому антибіотиків, сироподібні виділення. При огляді: шкіра та слизова оболонка в області зовнішніх статевих органів гіперемована, *virgo*, виділення білі неоднородні з кислим запахом.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження хворої, призначити лікування.

Відповідь: Кандидозний вульвовагініт. Обстеження: мазки на флору, урогенітальний бак. посів з чутливістю к препаратам. Місцево поліжінакс *virgo*. Препарати для нормалізації мікрофлори

Клінічна ситуація 2

Хвора 17 років звернулася до лікаря з приводу різкого болю в області зовнішніх статевих органів, набряку правої статевої губи, біль при ходінні, неможливість статевого життя. Температура 38,5 С, пульс — 100 уд/хв., задовільних властивостей. При огляді в ділянці великої статевої губи праворуч визначається пухлиноподібне утворення розміром 3х3 см, різко болюче, з флюктуацією. Шкіра в області зовнішніх статевих органів гіперемована. Вагінальне дослідження неможливе внаслідок різкої болючості.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

Відповідь: Абсцес бартоліневої залози справа. УЗД малого таза, загальний аналіз крові, урогенітальний бак. посів з чутливістю к антибактеріальним препаратам. Розтин та дренивання абсцесу, антибактеріальна та протизапальна терапія.

Клінічна ситуація 3

Хвора 14 років доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури до 39,7 С протягом доби. За 2 доби до того плавала у холодному морі. При огляді: живіт м'який, різко болючий у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини слабо позитивні в нижніх відділах живота. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Тіло матки не збільшене, обмежено рухливе, не болюче. Праворуч від матки пальпуються збільшені придатки, різко болючі. Ліві придатки без особливостей, не болючі. Праве склепіння глибоке, болюче, ліве — без особливостей. Параметрії вільні. Виділення гноєподібні.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

Відповідь: Гострий правобічний сальпінгоофорит. Госпіталізація, загальний аналіз крові, УЗД, урогенітальний бак. посів с чутливістю до антибіотиків, антибактеріальна терапія (наприклад амоксіклав), нестироїдна протизапальна терапія.

Клінічна ситуація 4

Хвора 16 років поступила в гінекологічне відділення із скаргами на сильний біль внизу живота, лихоманку, тошноту, слабкість. Два тижні тому мала випадкові статеві відносини. Захворіла раптово, з'явилась біль внизу живота, озноб, підвищилась температура тіла до 39,5° С. Рс – 120 уд. за 1хв., АТ – 120/80. Живіт при пальпації різко болючий в нижніх відділах, визначається напруження м'язів і позитивна ознака Щоткіна-Блюмберга. Аналіз крові: гемоглобін – 120 г/л, лейкоцитів – $16,8 \cdot 10^9$ в 1 л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 38 мм/год. Піхове дослідження: зміщення шийки матки болісне, склепіння піхви глибокі. Матку і придатки пропальпувати не вдається із-за напруження і болючості передньої черевної стінки. Мікробіологічне дослідження мазків: в мазках із уретри, цервікального каналу, заднього склепіння, прямої кишки - внутрішньо- і позаклетинно розміщені грам (-) диплококи.

Завдання: Діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Гонорейний пельвіоперітоніт. Антибактеріальна терапія (наприклад цефтріаксон 2,0г + фіз.р-н 400мл в/в крап), НПЗП (наприклад інфунган 100мл в/в крап), дезінтоксикаційна терапія. Провести УЗД. У випадку діагностування абсцесу показано оперативне лікування.

Клінічна ситуація 5

Мати дворічної дівчинки звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на те, що у дитини неспокійна поведінка при сечовипусканні, неприємний запах статевих органів, неприємний запах сечі, дитина відмовляється сідати на горщик. Скарги з'явилися після відпустки на березі річки. Загальний стан дівчинки задовільний. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. Під час огляду зовнішніх статевих органів виявлено: великі статеві губи прикривають малі, слизова гіперемована, в нижній третині відмічається зрощення малих статевих

губ. При розтягуванні ділянка зрошення досить тонка. Виділення жовтувато-зеленуваті білі з неприємним запахом.

Завдання: Попередній діагноз? План обстеження та лікування?

Відповідь: Сінехії малих статевих губ. Вульвовагініт. Обстеження: загальний аналіз сечі (необхідний для виключення супутнього запалення сечовидільної системи), загальний мазок (виключити діагноз вульвіт), посів на флору і чутливість до антибіотиків (при підозрі на запальний процес). Лікування: почати консервативно: місцеве лікування вульвовагініту антисептиками, сидячі ванночки з відварами трав. Нанесення на місце зрошення гормональних лікарських засобів (овестин, фолікулін). При неефективності лікування протягом двох тижнів – оперативне роз'єднання сінехій.

Клінічна ситуація 6

Мати дівчинки 3 років повторно звернулася до лікаря педіатра. Дівчинка скаржиться на біль в ділянці пихви, дівчинка весь час намагається засунути руки у трусики, порушився сон, дитина дратлива. В першій раз це було розцінено як онанізм призначені седативні препарати. Позитивної динаміки від лікування не має. Мати відмічає, що на трусах дитини є багато зелено-жовтих виділень. Патологічних змін зі сторони внутрішніх органів не виявлено. При огляді зовнішніх статевих органів звертає на себе увагу гіперемія слизової предверія пихви та велика кількість гнійноподібних виділень.

Завдання: Яка можлива причина такого ускладнення? Тактика ведення?

Відповідь: Інородне тіло в пихві. Обстеження: огляд дитячого гінеколога, вагіноскопія, мазки на флору, урогенітальний бак.посів, УЗД, загальний аналіз сечі. Елімінація інородного тіла, подальше лікування вульвовагініта місцево антисептичними препаратами.

Тема 4

«Порушення менструальної функції у дівчат та підлітків.»

Мета: Навчити особливостям порушення менструальної функції в підлітковому віці. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних в залежності від віку. Порушення менструальної функції пубертатного періоду є проявом відхилення становлення репродуктивної функції, які зумовлені, з одного боку, незрілістю її регуляції, з іншого – патологічними ендоекологічними факторами. Сучасний погляд на етіологію, патогенез, клінічний перебіг розладів менструальної функції у найбільш уразливої категорії жіночого населення – дівчаток-підлітків - запорука своєчасної діагностики та лікування даної патології, та попередження порушень репродуктивної функції у подальшому житті.

Основні поняття: Порушення менструальної функції в підлітковому віці, класифікація, діагностика, лікування. Аменорея. Ювенільні маткові кровотечі. Альгодисменорея

- Особливості становлення менструальної функції в підлітковому віці.
- Класифікація порушень менструальної функції.
- Первинна та вторинна аменорея.
- Основні ланки діагностики аменореї.
- Лікування аменореї в підлітковому віці.
- Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді: етіологічні чинники, диф.діагностика.
- Лікування аномальної маткової кровотечі в пубертатному періоді.
- Альгодисменорея в підлітковому віці, визначення поняття, діагностика.
- Лікування альгодисменореї в підлітковому віці.

План:

1.Контроль опорного рівня знань.

Тестові завдання

Типові тестові завдання:

1. До лікаря звернулася дівчина 13 років. Вперше з'явилися помірні кров'яністі виділення із статевих шляхів 2 доби тому. Вторинні статеві ознаки розвинені. Яка найбільш вірогідна причина кров'янистих виділень?

- А. Менархе
- В. Ювенільна кровотеча
- С. Гемофілія

- D. Рак ендометрію
- E. Хвороба Вельгофа

2. Дівчинка 13-ти років скаржиться на тривалу кровотечу з піхви протягом 3-х тижнів, слабкість. Остання менструація була 3 місяці тому. В крові: Нb – 74 г/л, ер. – $2,8 \cdot 10^9$ /л, тромб. – $280 \cdot 10^9$ /л. При ректоабдомінальному дослідженні: матка не збільшена, придатки без змін.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Хвороба Віллебранда
- B. Тромбоцитопенічна пурпура
- C. Аборт у ході
- D. Хвороба Верльгофа
- E. Ювенільна маткова кровотеча

3. У дівчинки 13-ти років на шкірі спостерігаються синці різних розмірів і кольору. Вона скаржиться на запаморочення, маткову кровотечу. При огляді – стан важкий, шкіра бліда, при аускультатії серця ЧСС 140 уд/хв. Грубий систолічний шум, АТ – 90/40 мм рт.ст. Печінка, селезінка не збільшені. В клінічному аналізі крові Ер.- $1,8 \times 10^{12}$ /л, Нв-50 г/л, КП– 0,7, рет – 4%, тромбоцити – 20×10^9 /л, Л- 12×10^9 /л, е-2%, п-5%, с-75%, л-16%, м-2%, ШЗЕ-15 мм/год. Гематокрит –0,25. Що обумовлює тяжкість стану хворої?

- A. Тромбоцитопенія
- B. Гостра крововтрата
- C. Серцева недостатність
- D. Симптоми інтоксикації
- E. Зниження артеріального тиску

4. У дівчинки 16 років спостерігається відсутність менструації протягом місяця, більше скарг не має. Менархе у 13 років. Менструальний цикл був 3-4/28 днів, регулярний, безболісний. При огляді: вторинні статеві ознаки розвинуті: Ма3Ах3Р3Ме3. Від гінекологічного огляду категорично дівчинка та її мати відмовились, мотивуючи це тим, що статевого життя не було, а ректально вони дивитись не готові. Який метод дослідження буде найбільше доцільним в такий ситуації?

- A. Визначення ХГ крові
- B. УЗД малого тазу
- C. МРТ з контрастом малого тазу
- D. Вимірювання базальної температури
- E. Визначення пролактину та ФСГ

Правильна відповідь 1-А, 2-Е, 3-А, 4-В.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Патологічний перебіг менархе:

- раніше ніж 11,5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15-16 років – запізніле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12-16 діб або тривалі затримки до 45-60 діб і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК ПП) – це кровотечі в період статевого дозрівання, зумовлені порушенням відторгнення ендометрія.

Патогенез АМК ПП може відбуватися за двома варіантами.

I варіант. При становленні менструальної функції секреція гонадотропінів спочатку проходить хаотично, нерівномірно за часом та кількістю, поступово цей процес стає циклічним. Неприятливі впливи призводять до порушення встановлення циклічного фізіологічного процесу: зберігається нестабільність секреції гонадотропінів, порушується фолікулогенез і, як наслідок, стероїдогенез, що стає причиною патологічного розвитку ендометрія та відсутності його трансформації в секреторну стадію й унеможливорює процес його фізіологічного відторгнення. Це стає пусковим моментом АМК ПП. У пубертатному періоді організм дівчинки надзвичайно вразливий до негативних впливів.

II варіант. Інфекційні (насамперед вірусні), соматичні та генітальні захворювання можуть призвести до порушення чутливості ендометрія до ефектів гормонів. Запальні процеси супроводжуються порушенням мікроциркуляції, що впливає на рецептивність ендометрія. Саме патологічний стан слизової оболонки матки може стати причиною АМК ПП.

Діагностика. Алгоритм проведення діагностичних заходів при АМК ПП

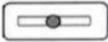
Фізикальне обстеження проводиться з метою співставлення ступеня фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахуванням психологічних особливостей.

Розрізняють декілька типів психологічних особливостей пацієнток з АМК ПП:

гіпоестрогенний – тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та бажання перевершувати оточуючих у всьому (перфекціонізм);
 нормоестрогенний – гармонійний фізичний та статевий розвиток, схильність до тривожно-депресивних психічних розладів;
 гіперестрогенний – дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку.

Самооцінка обсягу крововтрати (пiктограма) – це візуально-аналоговий метод оцінки обсягу менструальної крововтрати за об’ємом крові на гігієнічній прокладці (денній та нічній), тампоні й за виділеннями в туалеті (метод суб’єктивний). Ступені крововтрати представлені в піктограмі (уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353) (табл. 1).

Таблиця 1. Піктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

Гігієнічна прокладка	Тип	Обсяг, мл	Тампон	Тип	Обсяг, мл	Виділення в туалеті	Тип	Обсяг, мл			
	Денна	1		Легкий	0,25		Незначні	1			
	Нічна	1		Середній	0,5						
				Тяжкий	1,0						
	Денна	2		Надважкий	1,0		Помірні	3			
	Нічна	3		Легкий	0,5						
				Середній	1,0						
	Тяжкий	1,5		Надважкий	2,0					Виражені	5
	Денна	3		Легкий	1,0						
				Середній	1,5						
	Нічна	6		Тяжкий	3						
	Денна	4		Надважкий	4						
				Легкий	3,0						
	Нічна	10		Середній	4,0						
				Тяжкий	8,0						
				Надважкий	12,0						

У пубертатному віці нормальні параметри МЦ становлять: інтервал – 22-38 діб, тривалість кровотечі – 6 ± 2 діб. У 80% дівчат-підлітків менструації одразу стають регулярними, переважна кількість МЦ ановуляторні. У третини дівчат у перші 3-5 років після менархе МЦ характеризується недостатністю жовтого

тіла. Перша овуляція є кульмінаційним періодом пубертатогенезу, але не означає статевої зрілості.

Лабораторна діагностика АМК ПП включає загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити), гемостазіограму (активованій частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегацію тромбоцитів, розчинні фібриномономірні комплекси, активований час рекальцифікації), біохімічний аналіз крові, визначення в сироватці крові β -хоріонічного гонадотропіну людини у сексуально активних підлітків, бактеріоскопічне дослідження, полімеразну ланцюгову реакцію, діагностику інфекційних захворювань статевих шляхів, обстеження на гельмінтоз.

При АМК ПП слід проводити УЗД органів малого таза (ОМТ), щитоподібної залози, додатково – молочних залоз і органів черевної порожнини.

Методом ехографії ОМТ визначають форму, розміри і структуру матки, товщину (d), рівномірність та ехогенність ендометрія, структуру, розміри, об'єм і товщину капсули яєчників (табл. 2). Обов'язково слід виключити наявність вагітності.

У підлітковому віці при АМК ПП ультразвукова картина ОМТ характеризується такими ознаками:

- *матка* – розміри в більшості випадків відповідають віковій нормі, можуть бути трохи збільшені, структура міометрія в основному однорідна, інколи дещо зменшеної ехогенності;
- *ендометрій* – товщина збільшена, його розмір не співпадає з добою МЦ: на 8-10-ту добу – становить 8-9 мм, на 16-18-ту – ≥ 12 мм; d = 6-7 мм при продовженні кровотечі свідчить про неповноцінність рецепторного апарату, незрілість регуляторних механізмів менструальної функції;
- *яєчники* – їхні розміри бувають нормальними або збільшеними; структура може включати фолікулярну кісту (ехонегативне рівномірне включення діаметром $> 25-30$ мм); мати персистуючий фолікул (фолікул діаметром $> 18-20$ мм присутній під час кровотечі або напередодні, також можуть існувати декілька фолікулів меншого діаметра); бути полікістозною (декілька фолікулів діаметром ≥ 8 мм) або мультифолікулярною (фолікули діаметром від 3-5 до 7-8 мм).

Лікування АМК ПП

Лікувальні заходи проводяться у декілька етапів: на 1-му – зупинка кровотечі, антианемічна терапія, корекція психічного статусу; на 2-му – протирецидивна терапія (корекція МЦ і стану ендометрія).

Терапією першого вибору є інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

- транексамова кислота: внутрішньовенно 15 мг/кг упродовж першої години терапії, потім крапельне введення 1 г/год протягом 8 год; сумарна доза не повинна перевищувати 6 г. Можливе профілактичне використання *per os* 1 г 4 рази на добу з 1-го до 4-го дня менструальної кровотечі (Всесвітня федерація гемофілії рекомендує призначення

Транексаму за 1-2 дні до початку менструації всім дівчатам із гемофілічними розладами);

- амінометилбензойна кислота;
- амінокапронова кислота.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) за рахунок пригнічення активності циклооксигенази регулюють метаболізм арахідонової кислоти, знижують продукцію простагландинів і тромбоксанів. Зазвичай застосовують диклофенак 50 мг 1-2 рази на добу або мефенамінову кислоту 200 мг 4 рази на добу. НПЗП слід призначати не раніше 4-5-ї доби від початку гемостатичної терапії з використанням Транексаму.

Якщо кровотеча триває понад 10 діб або при виникненні АМК на фоні респіраторних чи соматичних запальних захворювань, призначення антибактеріальних засобів є терапією першого ряду. Вона проводиться антибіотиками широкого спектра дії парентеральним шляхом.

Симптоматичне лікування при АМК ПП включає седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапію, гепатопротектори, фіто- та гомеопатичну терапію.

Клінічною особливістю підліткового віку може бути формування у пацієнток граничних станів між нормою та патологією. Частіше мають місце функціональні розлади травного тракту, що супроводжуються порушенням всмоктування необхідних мікроелементів, вітамінів і поживних речовин. Одним із таких порушень є хлороз – прихований дефіцит заліза, що передуює залізодефіцитній анемії (ЗДА). Тому дівчата підліткового віку особливо вразливі до надмірних крововтрат під час менструацій.

При АМК ПП дуже швидко формується ЗДА. Крім того, тяжкість загального стану дитини також зумовлює постгеморагічна анемія. Норма гемоглобіну (Hb) у підлітків – 130 г/л. Ступені анемії: легкий – рівень Hb 110-119 г/л, середній – рівень Hb 80-109 г/л, тяжкий – рівень Hb < 80 г/л. Рецидиви кровотечі призводять до ЗДА, що значно впливає на становлення функції репродуктивної системи. Гемічна гіпоксія, яка має місце при цьому захворюванні, є однією з причин хаотичної пульсації гонадотропін-рилізінг гормону і, як наслідок, нестабільної секреції гонадотропінів, що унеможлиблює встановлення двофазного МЦ.

При ЗДА на фоні АМК ПП першочерговим завданням є зупинка кровотечі. Пероральні препарати двовалентного заліза призначаються протягом 3 міс під контролем загального аналізу крові через 21 день після початку лікування, надалі – щомісяця. При менструальних кровотечах або поліменореї, значних втратах заліза (зниження рівня Hb і феритину) препарати двовалентного заліза також призначаються на 3 міс. Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія» (наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709), дієтичні добавки, комплекси полівітамінів та мінералів для лікування ЗДА не застосовуються.

При порушеннях МЦ, особливо АМК, для коригування гормонального балансу та проведення симптоматичної гемостатичної терапії в пубертатному віці слід надати перевагу *фітотерапевтичним засобам* (Мастодинон®).

Фітотерапія може бути як достатнім самостійним лікувальним засобом, так і поєднуватись із симптоматичним та гормональним лікуванням.

Ефективним засобом для лікування порушень МЦ є Мастодинон. Використання препарату дозволяє відновити гомеостаз статевих гормонів: пролактину, естрогенів і прогестерону, рівня гонадотропінів; нормалізувати психоемоційний стан; зменшити прояви запалення статевих органів; пригнітити гіперпроліферативні процеси.

При зростанні молочних залоз на фоні порушення гормонального балансу дівчата страждають на мастодинію та масталгію, що часто спостерігається при АМК ПП. Зменшити та усунути ці патологічні прояви допомагає Мастодинон.

Критерії призначення гормональної терапії при АМК ПП:

- відсутність ефекту від симптоматичного лікування;
- тривалість та інтенсивність кровотечі (з розвитком вторинної анемії);
- товщина ендометрія (за даними УЗД): тенденція до гіперплазії ($d \geq 10-12$ мм) або гіпоплазії ендометрія ($d < 7$ мм).

Для гормонального гемостазу застосовують тільки монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) або гестагенні препарати.

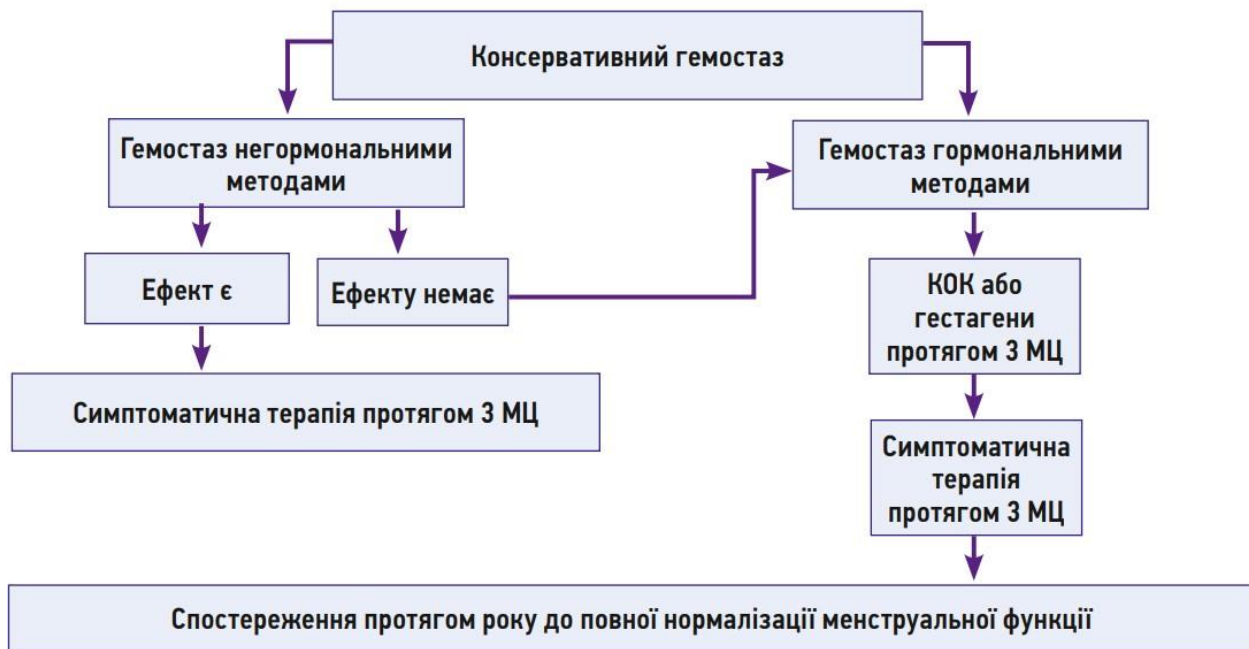
Серед монофазних КОК, які доцільно застосовувати при товщині ендометрія < 8 мм, ефективними є ті, що містять етинілестрадіол (гемостатичний ефект) і прогестаген (стабілізація стромы і базального шару ендометрія). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 1 табл. 4 рази на добу, 2-4-та – 1 табл. 3 рази на добу, 5-6-та – 1 табл. 2 рази на добу, надалі – 1 табл. 1 раз на добу. Тривалість лікування від першого прийому КОК – 21 доба.

При кровотечах на фоні гіперплазованого ендометрія доцільне використання пероральних прогестинів (норетистерону). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 5 мг 4 рази на добу, 2-4-та – 5 мг 3 рази на добу, 5-20-та – 5 мг 2 рази на добу. При нормальній товщині ендометрія (9-12 мм) можливе застосування гестагенів з метою трансформації слизової матки та її відшарування. Призначають дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний протягом 10-14 діб.

Хірургічне лікування показане при профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю, вираженій вторинній анемії тяжкого ступеня ($Hb \leq 70$ г/л, гематокрит до 20%), при підозрі на наявність патологічних змін структури ендометрія (поліп). Метод дилатації і кюретажу (лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки) виконують за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або *ex consilium*.

Препаратами першої лінії при лікуванні АМК ПП є поєднання антифібринолітиків і фітотерапевтичних засобів широкого спектра дії. На фоні використання фітотерапії обсяг і тривалість гормонотерапії при АМК ПП значно зменшуються (схема).

Схема. Алгоритм протирецидивної терапії АМК ПП



Критерії вибору протирецидивної фітотерапії при АМК ПП:

- гінекологічний вік менше 1 року;
- хронічна АМК ПП;
- достатній ефект при зупинці кровотечі симптоматичними засобами;
- категорична відмова використовувати гормональні препарати.

Показання до застосування протирецидивної фітотерапії при АМК ПП: персистенція фолікула, фолікулярні кісти яєчників, гіперплазія ендометрія, прискорене телархе, гіперпролактинемія, передменструальний синдром, мастодинія – призначають Мастодинон протягом 2-3 МЦ. Після чого для встановлення ритму секреції гормонів, який характерний для двофазного МЦ, – протягом 2-3 циклів застосовують Циклодинон®.

Циклодинон – монокомпонентний рослинний засіб із сухого екстракту плодів прутняка звичайного (вітекса священного), який містить активну субстанцію ВНО 1095, позбавлену небажаних ефектів. Властивість Циклодинону відновлювати і підтримувати лютеїнову фазу МЦ дозволяє використовувати його у протирецидивній терапії АМК ПП та порушеннях менструальної функції у період статевого дозрівання при функціональній гіперпролактинемії.

При гіпоплазії ендометрія, гіпоестрогенних станах, що супроводжуються кровотечею, доцільне застосування мулімену, при гіпоплазії ендометрія на фоні запального процесу (хронічного ендометриту) – гінекохель.

Для профілактики тяжкої менструальної кровотечі та з метою формування двофазного МЦ слід надати перевагу фітотерапії, санації вогнищ інфекції, лікуванню анемії, а також загальнооздоровчим заходам.

Підліткам, у яких менструальна функція існує менше 1 року, гормонотерапія проводиться тільки за життєвими показаннями в разі неефективності фіто- та симптоматичної терапії.

Критерії вибору протирецидивної гормонотерапії при АМК ПП: недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії, рецидиви кровотеч, ЗДА, гінекологічний вік більше 1 року.

Протирецидивна терапія АМК ПП за допомогою КОК. Після зупинки АМК за допомогою монофазних КОК потрібно продовжити призначення цих препаратів протягом трьох МЦ. У першому циклі відміни КОК застосовують фітотерапевтичний засіб (з 1-ї доби МЦ протягом двох МЦ) і гестагени (з 14-ї доби МЦ впродовж 10 діб). Критерієм призначення даних препаратів є товщина ендометрія.

Застереження при застосуванні КОК. Рішення щодо призначення КОК як з метою гемостазу, так і профілактики рецидивів кровотечі повинно бути ретельно зваженим. Слід враховувати всі протипоказання до застосування цих препаратів, чітко роз'яснити правила їх прийому, підкреслити значення самоконтролю під час прийому КОК, пояснити мету призначення гормональних засобів. Необхідно обов'язково поінформувати пацієнтку (батьків, опікуна) про тривалість лікування, яку слід обмежити трьома курсами з обов'язковим контролем УЗД ОМТ та з'ясуванням ефективності лікування.

Використання КОК у підлітковому віці без попереднього визначення рівня гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) загрожує розвитком довготривалого синдрому гіпергальмування гіпоталамо-гіпофізарного ланцюга, навіть із неможливістю надалі створити двофазний МЦ.

З метою профілактики АМК ПП прогестагени і гестагени у підлітковому віці рекомендовано призначати при ендометрії $d > 8$ мм; при тенденції до гіперплазії ендометрія ($d > 12$ мм) більш доцільне застосування прогестагенів (норетистерону, лінестренолу).

Протирецидивну терапію АМК ПП проводять прогестагенами (наприклад норетистероном 5 мг 2 рази на добу з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж трьох МЦ) та гестагенами (дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний мінімальною терапевтичною дозою з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3-6 МЦ).

Застереження при використанні прогестагенів і гестагенів: необхідний контроль товщини ендометрія (за допомогою УЗД), зміни перебігу МЦ та тривалості менструальної кровотечі. Після припинення гормонотерапії більш надійним у профілактиці рецидивів порушень МЦ є призначення фітотерапевтичних засобів протягом двох циклів. Лікування гестагенами припиняють поступово: спочатку зменшують тривалість із 10 до 5 діб, надалі знижують дозу препарату до мінімальної терапевтичної. В останньому МЦ, в якому призначаються гестагени, гормонотерапію слід поєднати з одним із фітотерапевтичних засобів (Мастодинон, Циклодинон).

У разі неефективності проведеного лікування, тобто рецидиву кровотечі, слід провести додаткове клінічне обстеження та відновити надання допомоги

з урахуванням отриманих результатів. З великою обережністю потрібно підходити до призначення гормональних препаратів у пубертатному періоді при нестійкості регуляторних механізмів. Неправильний вибір цих лікарських засобів може спричинити глибокі негативні зміни обміну речовин та призвести до розвитку метаболічних порушень, вегетосудинної дисфункції, захворювань молочних залоз (фіброзно-кістозна хвороба), гірсутності, вірилізації, порушень функції шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи, розладів згортаючої системи крові, загострень екстрагенітальних захворювань. Інколи при використанні гормонів формується залежність функції клітин від їх прийому, яка подібна до наркотичної. При відсутності ліків клітини не функціонують, що призводить до синдрому гіпергальмування, вторинної аменореї, зупинки розвитку статевої системи.

Критерії ефективності лікування АМК ПП: встановлення регулярного двофазного МЦ, тривалість якого відповідає нормі; відсутність анемії, а також рецидиву кровотеч протягом року.

Встановлення правильної тактики ведення пацієнток з АМК ПП залежить від правильної діагностики причин кровотечі, вибору напрямку лікування з урахуванням усіх можливих негативних впливів. Головною помилкою у веденні таких пацієнток є призначення лікувальних заходів без попереднього обстеження, а надалі – відсутність контролю за результатами його застосування та ефективності. Особливо це стосується гормональних препаратів.

3. Формування професійних змін та практичних навичок.

Клінічна ситуація 1

Дівчина 16 років звернулася до лікаря зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів протягом 10 днів, слабкість, запаморочення. Кровотеча почалась на фоні затримки місячних на тиждень. Росла і розвивалась нормально. Екстрагенітальні захворювання заперечує. Місячні з 12 років, встановилися відразу по 4-5 через 28 днів регулярні, безболісні. Об'єктивно: кожні покрови бліді, пульс 96 уд/хв, АТ 100/60 мм рт ст на обох руках. Ма3Ах2Р2Ме03. Живіт м'який, безболісний, перистальтика активна. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін. Виділення із статевих шляхів кров'янисті рясні.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді. Постгеморрагічна анемія. Додаткове обстеження: УЗД малого таза, ЗАК,

коагулограма, група крові, резус-фактор і т.д., розпочати лікування з симптоматичної кровоспинюючої терапії, при неефективності – гормональний гемостаз, в залежності від даних дообстеження.

Клінічна ситуація 2

Дівчинка 14-ти років поступила зі скаргами на значні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів після затримки місячних на 1,5 місяці. Подібні кровотечі повторюються періодично з 12 років на фоні циклу, що не установився. При ректальному дослідженні патології внутрішніх статевих органів не виявлено. В клінічному аналізі крові: Нв – 70 г/л, еритроцити $2,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 20.

Попередній діагноз?

Дообстеження?

Лікування?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді. Постгеморрагічна анемія тяжкого ступеню. УЗД дослідження, коагулограма, група крові резус-фактор. Лікування: гормональний гемостаз (КОК), антіанемічна терапія (еритроцитарна маса, препарати заліза).

Клінічна ситуація 3

Пацієнтка 15 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, крижах, головний біль, нудоту, блювоту, понос, що починаються одночасно с початком менструальних кровотеч і тривають перші два дні менструації. Хвора в ці дні не працездатна. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: коклюш в шість років. Менструації з 13 років, перші 1,5 роки не регулярні, в останній час по 4-5 днів через 28, помірні, болісні. Ма3Ах2Р2Ме03. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Альгодісменорея. УЗД органів малого тазу. Інгібітори простагландинів, за необхідністю гестагени, або КОКі.

Клінічна ситуація 4

До дитячого гінеколога звернулась дівчинка 16,5 років зі скаргами на відсутність менструації. З анамнезу з'ясовано ріст молочних залоз з'явився у 14, років, оволосіння на лобку та пахвових западинах в 15 років. При огляді

дівчинки: рост 164 см, вага 56 кг. Розподіл жирової тканини за жіночим типом. Молочна залоза, округлої форми, навколососковий кружок пігментований, сосок підвищений. Волосся в пахвових западинах та на лобку густе, розміщене на центральній частині вищеназваних ділянок.

Завдання: Попередній діагноз? План обстеження?

Відповідь: Враховуючи, що з моменту телархе пройшло більше два роки, діагноз: Первинна аменорея. Затримка статевого дозрівання? Потрібно провести УЗдослідження для верифікації матки та придатків, визначення рівня статевих гормонів, визначення кісткового віку.

Клінічна ситуація 5

Пацієнтка 16 років пішла працювати у модельний бізнес. Протягом останніх 6 місяців похудала на 10 кг. Звернулась зі скаргами на відсутність менструацій протягом останніх 3 місяців. Росла і розвивалась нормально. Менархе у 12 років. Об'єктивно: зріст 176 см, вага 52кг. Під час огляду молочна залоза сформована. Густе волосся в пахвових западинах та на статевих губах. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволошіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Вторинна аменорея. Дообстеження для підтвердження аліментарної причини вторинної аменореї. Дієта спрямована на повернення фізіологічної ваги.

Тема 5

«Нейроендокринні синдроми в дитячому та підлітковому віці».

Мета: Розширити та поглибити знання студентів з питань нейроендокринних синдромів в гінекології дитячого та підліткового віку. Оволодіти сучасними методами діагностики, лікування та профілактики гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці, зокрема при гіперандрогеніях, синдромі галактареї-аменореї і т.д.

Основні поняття: нейроендокринні синдроми у підлітків. Гіперандрогенія, СПКЯ. Передменструальний синдром. Гіперпролактинемія. клініка, діагностика, лікування.

- Визначення синдрому гіперандрогенії.
- Захворювання, які супроводжуються гіперандрогеними станами.
- Синдром Штейна-Левенталя: клініка, діагностика, лікування.
- Адрено-генітальний синдром: клініка, діагностика, лікування.
- Синдром та хвороба Іценко-Кушінга.
- Диференційний діагноз гіперандрогених станів.
- Гіперпролактинемія в дитячому та підлітковому віці.

Передменструальний синдром: визначення поняття, тактика ведення підлітків

План

1.Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання:

1. Дівчинці 10 років за наполяганням матері (в сім'ї спостерігаються вади розвитку матки) зроблено ультразвукове дослідження органів малого тазу. Розміри тіла матки відповідають віковим нормам. Визначаються яєчники нормальних розмірів з множинними фолікулами 5-8 мм. Такий стан:

- A. Потребує диспансеризації
- B. Завжди супроводжується ендокринною патологією
- C. Не є ознакою патології
- D. Потребує лікування
- E. Потребує діагностичної лапароскопії

2. Хвора 15-ти років скаржиться на болючість і нагрубання молочних залоз, головні болі, дратівливість, набряки нижніх кінцівок. Ці симптоми турбують з початку менархе, з'являються за 3-4 дні до початку чергової менструації. При гінекологічному обстеженні патології не виявлено.

Яке захворювання у дівчини?

- A. Неврастенія

- В. Передменструальний синдром
 - С. Захворювання нирок
 - Д. Мастопатія
 - Е. Захворювання серцево-судинної системи
- Правильна відповідь

3. Хвора 17-ти років звернулася зі скаргами на аменорею. При об'єктивному обстеженні виявлено гірсутизм, ожиріння з переважним розподілом жирової тканини на обличчі, шиї, верхній частині тулуба, на обличчі – *acne vulgaris*, на шкірі – смуги розтягнення. АТ 170/100 мм рт.ст. Психічний розвиток та інтелект не порушені. Гінекологічний статус: волосистість на зовнішніх статевих органах надмірна, різка гіпоплазія піхви та матки.

Діагноз?

- А. Синдром Штейна-Левенталя
- В. Синдром Шерешевського-Тернера
- С. Синдром Іценка-Кушінга
- Д. Синдром Шихана
- Е. Синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха

4. Дівчинку 7 років госпіталізовано в стаціонар у зв'язку зі скаргами батьків на прискорений фізичний та перечаєсний статевий розвиток. Після обстеження встановлено діагноз адреногенітального синдрому, вірильної форми. Що призначають для замісної терапії?

- А. Преднізолон.
- В. Фторинеф.
- С. Кортинеф.
- Д. ДОКСА.
- Е. Вітаміни А, Е.

Правильна відповідь 1-С, 2-В, 3-С, 4-А

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою.

Вроджена дисфункція кори наднирників (ВДКН) (адреногенітальний синдром, вроджена гіперплазія кори наднирників)

Адреногенітальний синдром – вроджена гіперплазія кори наднирникових залоз – група спадкових захворювань, що виникають внаслідок дефекту ферментів, які приймають участь в утворенні гормонів наднирникових залоз. Вроджена гіперплазія кори наднирникових залоз – найчастіша патологія наднирників у дитячому віці. Розповсюдженість класичної недостатності 21-

гідроксилази за даними світового неонатального скринінгу, складає 1 випадок на 14554 живонароджених. Інші форми зустрічаються значно рідше.

Класифікація

- Проста вірильна форма:
Вроджена, класична
Некласична, стерта форма.
- Гіпертонічна форма.
- Сільвтрачаюча форма.

Діагностика

а. Обов'язкові

1. Загальний огляд:
 - Оцінка фізичного розвитку (зріст, маса тіла)
 - Будова тіла
 - Огляд зовнішніх статевих органів, визначення ступеня вірілізації
 - Оцінка стадії статевого розвитку
 - Розвиток вторинних статевих ознак, статевого оволосіння
 - Дослідження артеріального тиску
2. Електроліти крові (калій, натрій, хлор)
3. Рівень глюкози крові
4. рН крові (при сільвтрачаючій формі)
5. Рентгенографія кистей рук („кістковий” вік)
6. Генетичне дослідження для визначення статі дитини (статевий хроматин, каріотип)
7. Консультація гінеколога
8. УЗД органів малого тазу (пошук матки і яєчників і оцінка їхнього стану в осіб з чоловічим фенотипом і каріотипом 46XX)
9. УЗД надниркових залоз (оцінка їх розмірів, виключення їх пухлин)
10. Гормональні дослідження:
 - У крові (о 6⁰⁰-8⁰⁰) рівень кортизолу, або екскреція із сечею вільного кортизолу
 - 17-гідроксипрогестерон
 - Тестостерон
 - 17-КС у добовій сечі
 - Проведення проби з дексаметазоном

б. Додаткові

- Рівень в крові АКТГ
- Активність реніну плазми

Ступені вірілізації зовнішніх статевих органів (ЗСО) дівчаток за Прадером:

1ст.	Невелика гіпертрофія клітора без його вірілізації, розвиток великих і малих статевих губ нормальний, вхід у піхву сформований.
2ст.	Клітор збільшений з голівкою і кавернозними тілами, великі статеві губи збільшені, малі недорозвинені, входи в уретру і піхву розташовані близько.

3ст.	Великий клітор з голівкою і крайньою плоттю, великі статеві губи нагадують калитку, є сечостатева пазуха, що відкривається у кореня клітора за типом калиткової гіпоспадії.
4ст.	Пенісоподібний клітор, з пенільною уретрою на нижній поверхні чи під голівкою, великі статеві губи зрощені по середній лінії.
5ст.	Пенісоподібний клітор, з отвором уретри, що відкривається на голівці.

1. Сільвтрачаюча форма

Виникає внаслідок вродженого дефекту ферменту 21-гідроксилази або 3 β -гідроксистероїддегідрогенази або 18-гідроксилази

Клініка

- Клініка розвивається з 7-30 доби після народження
- Виражена млявість
- Виникає повторне блювання, інколи фонтаном, що не пов'язане з прийомом їжі
- Можуть бути рідкі випорожнення
- Ексикоз, що поступово наростає
- У деяких немовлят основним проявом хвороби можуть бути зригування, відсутність прибавки маси тіла
- Шкіра землисто-сіра з мармуровим відтінком, соски пігментовані
- Виражена гіпотонія
- Новонароджені дівчатка мають ознаки внутрішньоутробної вірилізації (за Прадером 1-5 ступеня)

Діагностика

- В крові підвищення рівня калію, зниження натрію
- Підвищення 17-гідроксипрогестерону в крові (найбільш виражене – при дефіциті 21-гідроксилази). Разом із тим, відсутність підвищення не виключає діагноз (див. схему стероїдогенезу – додаток 7)
- Метаболічний ацидоз
- Гематокрит (при декомпенсації – ознаки гемоконцентрації)
- ЕКГ (ознаки гіперкаліїгії – загострені зубці Т)
- Гіпоглікемії
- Зниження альдостерону крові
- Збільшення активності реніну плазми

Лікування

Проводиться довічно, амбулаторно

Показання до госпіталізації:

- Декомпенсація хвороби, в т.ч. при супутніх захворюваннях
- Проведення пластичного хірургічного лікування

1. При вираженій декомпенсації хвороби, гострій недостатності кори надниркових залоз:

Лікування:

- в/в струминно гідрокортизон 10-20 мг/кг (або преднізолон 2-4 мг/кг); надалі протягом доби, до стабілізації стану, кожні 4 години в/в гідрокортизон – по 2-4 мг/кг
- після припинення блювання вводять перорально препарати мінералокортикоїдів – флудрокортизон по 0,1-0,2 мг на добу
- з метою регідrataції призначають 5% розчин глюкози в 0,9% розчині натрію хлориду (1:1) – 50 мл/кг протягом 1-2 год., 25 мл/кг – протягом 3-4 год., надалі – в залежності від стану хворого 20-25 мл/кг маси тіла

При вираженій гіпоглікемії використовують 10% розчин глюкози.

- при значному зниженні артеріального тиску призначають допамін, який вводять на 200 мл 0,9% розчині натрію хлориду зі швидкістю 8-10 мкг/кг/хв., або 0,2% розчин норадреналіну 40-50 крап/хв., при цьому необхідний контроль артеріального тиску кожні 5-10 хв.
- також призначається кокарбоксілаза 100 мкг/кг в/м чи в/в
- при невинному блюванні в/в струминно вводиться 10% розчин натрію хлориду
- після стабілізації стану хворого дозу глюкокортикоїдів зменшують поступово, як правило, протягом 5 діб (на $\frac{1}{3}$ дози щодоби) – до підтримуючої.
- при $pH < 7,2$ – можна вводити гідрокарбонат натрію
- протипоказані розчини, що містять калій
- контроль показників натрію, калію, хлору
- при гіперкаліємії:
- зазвичай замісне в/в введення рідини знижує або усуває гіперкаліємію
- якщо на ЕКГ підвищення зубця Т, подовження інтервалу Р-Р, І ступінь серцевої блокади з випадінням зубця Р або є шлуночкова аритмія – для стабілізації мембран вводять 10% кальцію глюконат 0,5 мл/кг в/в протягом 2-5 хвилин; при брадикардії менше 60 ударів на хвилину введення кальцію припиняють, і якщо пульс знижується нижче за 100 ударів на хвилину – ін фузія кальцію може бути продовжена, але лише у разі крайньої необхідності.
- натрію бікарбонат 7,5% призначають у дозі 2-3 мл/кг впродовж 30-60 хвилин для покращення поступлення калію в клітини і зниження його в сироватці крові.

2. Тривале, хронічне лікування:

а) Глюкокортикоїди

- Гідрокортизон 15-25 мг/м² або преднізолон 3-5 мг/м² поверхні тіла, у підлітків, відповідно, до 30-40 мг/м² та 6 мг/м² за 3 прийоми

б) Мінералокортикоїди (МК)

- Флудрокортизон

Діти до 1 року – 0,18-0,3 мг/м²

1-3 роки – 0,07-0,1 мг/м²

3-14 років – 0,025-0,05 мг/м²

підліткам – до 0,1-0,2 мг/добу

Якщо доза перевищує 0,1 мг/добу – розділити її на 2 прийоми, не пізніше 17⁰⁰

- На час підбору дози МК додатково вводять поварену сіль до 0,3г/кг/добу. При підібраній дозі МК додаткове її вживання не показано

Вітамін С у віковій дозі для додаткової стимуляції синтезу кортикостероїдних гормонів. Вітамін В1, В2, кокарбоксілаза у віковій лікувальній дозі для підтримки білкового, жирового і вуглеводного обміну (для профілактики виникнення кетотичних і гіпоглікемічних станів).

3. Лікування хворого, що раніше знаходився в стані компенсації при інтеркурентних захворюваннях (профілактика гострої недостатності надниркових залоз).

- при помірних стресах і легких захворюваннях (без лихоманки): на 3-5 днів збільшення дози ГК у 2-3 рази від попередньої зміни режиму введення, потім швидке зниження дози до підтримуючої;
- при важких захворюваннях (з лихоманкою): збільшення дози глюкокортикоїдів у 2-3 рази і введення препаратів парентерально (внутрішньом'язово);
- на тлі важких травм і оперативного втручання: збільшення дози глюкокортикоїдів у 3-5 разів і введення їх в/в крапельно та в/м, тобто перехід на базисно-болюсний режим введення:

Базисно: в/в крапельно гідрокортизон 4 мг/годину.

Болісно: в/м гідрокортизон 1-2 мг/кг 2-3 рази на добу (в 6⁰⁰, 14⁰⁰ і 22⁰⁰; або в 6⁰⁰ і 18⁰⁰)

- перед амбулаторною хірургічною маніпуляцією (видалення зуба, тощо) за 15-30 хвилин ввести гідрокортизону ацетат 1-2 мг/кг на фоні звичайної пероральної дози гормонів.

2. Проста вірильна форма

Виникає внаслідок помірного чи легкого вродженого дефекту ферменту 21-гидроксилази.

А. Класична, вроджена форма

Діагностичні критерії

- При народженні:
- у дівчаток невизначеність статі, ознаки вірилізації ЗСО (1-5 ступінь за Прадером – див. вище), несправжній жіночий гермафродитизм;
- Надалі – випередження темпів росту, агресивність, статеве розгальмування

Лікування

- Проводиться довічно, амбулаторно
- а. Глюкокортикоїди
- б. Хірургічне лікування
- Показання: у дівчаток з вірилізацією за Прадером 3-5 ст.
- Проводиться в 2 етапи.
- 1 етап: клітеректомія і формування малих статевих губ (до 2-х років).
- 2 етап: інтройтопластика (з 10-12 років) – формування входу в піхву.

Б. Некласична, вроджена форма

Може проявитись у післянатальному чи до пубертатного періодах.

Діагностичні критерії

1. При народженні зовнішні статеві органи у дівчаток та хлопчиків сформовані правильно, а надалі відбувається прискорений фізичний та передчасний статевий розвиток (відповідно, гетеро- та ізосексуальний):
 - Надмірно розвивається мускулатура, збільшується м'язова сила, прискорюється зріст, з'являється гіпертрихоз.
 - Гіпертрофія клітора, будова тіла за чоловічим типом, знижується голос, з'являються вугрі. Молочні залози не розвиваються, матка та яєчники атрофуються.
2. У разі маніфестації хвороби з періоду пубертату:
 - У допубертатному періоді хворі розвиваються нормально, зовнішні статеві органи сформовані відповідно статі та віку, у дівчат менструації можуть починатись своєчасно, розвиваються молочні залози.
 - З початком хвороби проявляються ознаки гіперандрогенії:
 - у дівчат порушується менструальний цикл (гіпоменструальний синдром або виникає вторинна аменорея), відбувається збільшення клітору, помірне звуження піхви, гіпоплазія матки, молочних залоз, але розміри яєчників залишаються нормальними. З'являється помірний гірсутизм, численні вугрі, шкіра стає сальною, тембр голосу при цьому не змінюється;

Лікування

- у дівчаток – спостереження, лише при відсутності нормального менструального циклу і з метою індукції вагітності у наступному – дексаметазон $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{2}$ таблетки 1 раз на ніч, іноді через день. Якщо ефекту немає – додаткове призначення антиандрогенів (ципротерона ацетат) у віковому дозуванні.

3. Гіпертонічна форма

Виникає внаслідок вродженого дефекту ферменту 11 β -гідроксилази.

Діагностичні критерії:

- У дівчаток – ознаки значної вірилізації зовнішніх статевих органів (1-5 ступінь за Прадером – див. вище), несправжній жіночий гермафродитизм.
- Артеріальна гіпертензія розвивається зазвичай після 1 року життя хворого. Важкість гіпертонії залежить не від віку дитини, а від виразності дефекту біосинтезу гормонів кори надниркових залоз.
- Характерні зміни очного дна, нирок, серця, на ЕКГ як ускладнення гіпертонії.
- Прискорення фізичного розвитку, маскулінізація будови тіла.

Лікування

Проводиться довічно, амбулаторно.

а) Глюкокортикоїди

б) Мінералокортикоїди

Показання до їх призначення:

- Підвищення АРП плазми
- Гіпонатріємія, гіперкаліємія

Флудрокортизон 0,025-0,05 мг/м² поверхні тіла за 1 прийом.

в) Гіпотензивні препарати: Підбір комбінації – індивідуально.

Критерії діагностики	Сільвтрачаюча форма	Проста вірільна форма	Гіпертонічна форма	Некласична форма
Ознаки вірилізації	Є	є	є	є
Виникнення симптомів захворювання	7-30 день життя	Вірилізація з народження	Вірилізація з народження, гіпертонія з раннього віку	З періоду пубертату
Фізичний розвиток	Затриманий	Випереджає	Випереджає	Випереджає
Кістковий вік	Відповідає віковій або випереджає на 1-2 роки	Випереджає на 2 і більше років	Випереджає на 2 і більше років	Випереджає на 2 і більше років
Калій крові	Підвищений	Норма	Знижений	Норма
Натрій крові	Знижений	Норма	Підвищений	Норма
Хлор крові	Знижений	Норма	Підвищений чи нормальний	Норма
Глюкоза крові	Часто знижена	Норма	Норма	Норма
Метаболічний ацидоз	Як правило	Немає	Немає	Немає
17-КС у добовій сечі	Підвищені	Підвищені	Підвищені	Підвищені
Тестостерон у крові	Підвищений	Підвищений	Нормальний	Підвищений
17-ОПГ у крові	Підвищений	Підвищений	Підвищений	Нормальний або помірно підвищений
Кортизол у крові о 6 ⁰⁰ -8 ⁰⁰	Знижений	Знижений	Знижений	Норма
Рівень у крові АКТГ	Підвищений	Підвищений	Підвищений	Підвищений
Активність реніну плазми	Підвищена	Помірно підвищена	Знижена	Норма
Рівень АТ	Знижений	Норма	Підвищений	Норма
ЕКГ	Ознаки гіперкаліїгії	Норма	Ознаки гіпокаліїгії, м.б. гіпертрофія	Норма

			лівого шлуночка	
УЗД надниркових залоз, нирок	Гіперплазія надниркових залоз	Гіперплазія надниркових залоз	Гіперплазія надниркових залоз, зміни нирок, характерних для гіпертонії	Може бути гіперплазія надниркових залоз
Загроза життю	Є	Немає	Є	Немає
Проба з дексаметазоном	Не інформативна	Позитивна	Позитивна	Позитивна

Диспанцерізація

<i>Дослідження, спеціалісти</i>	<i>Частота</i>
Ендокринолог: дітей до 1 року дітей старше 1 року	1 раз на місяць 1 раз на 3-6 місяців
Оцінка фізичного і статевого розвитку	1 раз на 6 місяців
Гінеколог, УЗД органів малого тазу	1 раз на рік
Хірург	За показами
Клінічний аналіз крові, сечі	1 раз на 6 місяців
Рівень глюкози крові	1 раз на рік
ЕКГ	1 раз на рік
Кортизол крові або у добовій сечі	1 раз на 6 місяців, за потребою
17-КС сечі, 17-гідроксипрогестерон	1 раз на 6 місяців
АКТГ (при можливості)	1 раз на рік
УЗД надниркових залоз	1 раз на рік
МРТ головного мозку, при відсутності – рентген черепа	при необхідності
Рентген кисті (кістковий вік)	1 раз на рік

Хвороба іценка-кушинга

Визначення: Хвороба Іценка-Кушинга – це симптомокомплекс метаболічних та морфологічних змін, пов'язаних з надмірною продукцією глюкокортикоїдних гормонів корою надниркових залоз (НЗ) внаслідок збільшеної секреції адренокортикотропного гормону гіпофізом.

Етіологія:

Гіперпродукція АКТГ у дітей зустрічається рідко, переважно після 7 років. Причинами надлишку АКТГ можуть бути:

- первинна пухлина (переважно - базофільна аденома гіпофізу, мікроаденома);
- підвищена стимуляція гіпофіза кортикотропін-релізінг гормоном,
- ектопічний АКТГ-синдром (продукція АКТГ-подібних речовин при раку легень, тимомі, острівцево-клітинній карциномі підшлункової залози, карциноїді, ганліонейробластомі).

Провокуючими факторами можуть бути інфекційні захворювання, черепно-мозкова травма, психічна травма;

Діагностичні критерії.

Клінічні:

- Затримка росту та його темпів (на 1-3 см у рік). Іноді затримка зросту може бути єдиним симптомом.
- Ожиріння має злоякісний, прогресуючий, характер, у підлітків - часто диспропорційне: відкладення підшкірного жирового шару переважно на обличчі, тулубі, в ділянці VII шийного хребця, кінцівки непропорційно худі; у дітей до пубертатного віку ожиріння зазвичай рівномірне.
- Затримане дозрівання кісток скелету („кістковий” вік менше паспортного).
- Обличчя округле, місяцеподібне, з гіперемірованою шкірою;
- Зміни шкіри: її витончення, синюшно-мармуровий малюнок, численні висипання типу *acne vulgaris*, фоллікулітів, ділянки лишаєподібного лущення, гірсутизм (симптоми вірилізації не характерні);
- Стриї поодинокі або численні на грудях, плечах, животі, сідницях, стегнах, спині багряного-синюшного кольору різної довжини і ширини;
- Передчасна поява статевого оволосіння, посилення росту волосся на кінцівках, тулубі, обличчі;
- У дівчат пубертатного віку порушення менструального циклу аж до аменореї;
- Кісткова система - остеопороз, найбільш виражений в хребті;
- Артеріальна гіпертонія (АГ) з підвищенням систолічного і діастолічного тиску. При тривалій АГ – характерні зміни судин очного дна, нирок, міокарду;
- Погіршення пам'яті, зниження успішності, пригнічення психіки, байдужість до навколишнього, рідко - стероїдні психози.

Диференційний діагноз

Критерії діагностики	Хвороба Іценка - Кушинга	Синдром Іценка - Кушинга	Гіпоталамічний синдром періоду пубертату
УЗД надниркових залоз	Двостороннє збільшення НЗ	Однобоке збільшення НЗ, візуалізується пухлина.	Норма

Критерії діагностики	Хвороба Іценка - Кушинга	Синдром Іценка - Кушинга	Гіпоталамічний синдром періоду пубертату
КТ (або МРТ) НЗ	Двостороннє збільшення НЗ	Визначається пухлина НЗ	Норма
Мала проба з дексаметазоном	Негативна	Негативна	Позитивна
Велика проба з дексаметазоном	Позитивна	Негативна	Позитивна
Кістковий вік	Відстає від паспортного	Відстає від паспортного	Норма або випереджає паспортний
Зріст	Уповільнений (відстає)	Уповільнений (відстає)	Норма або випереджає паспортний
Симптоми вірілізації	Не характерні	Часто	Не характерні
Тест толерантності до глюкози	Діабетоїдна крива	Діабетоїдна крива	Дуже рідко порушення толерантності до вуглеводів
Кортизол в крові ранком	Підвищений	Підвищений	Відсутній добовий ритм секреції кортизолу: ранком помірно підвищений, ввечері - зменшений
Вільний кортизол у добовій сечі	Підвищений	Підвищений	Помірно підвищений або нормальний
АКТГ	АКТГ вказує на ектопічний АКТГ-синдром<<<Підвищений, рідко – нормальний.	Знижений	Норма
Натрій у крові	Підвищений	Підвищений	Норма
Хлор у крові	Підвищений	Підвищений	Норма
Калій у крові	Знижений	Знижений	Норма

Лікування:

- Метод вибору - хірургічне видалення пухлини гіпофіза (трансфеноїдальна аденомектомія).
- Операція, спрямована на орган мішень, - двобічна адреналектомія несе з собою ризик важких ускладнень, постійної недостатності НЗ, розвитку синдрому Нельсона. Тому вона може бути застосована лише у випадках вузликової гіперплазії кори надниркових залоз, з автономною секрецією глюкокортикоїдів. Оперативне лікування проводиться лише у

спеціалізованих (ендокринологічних) хірургічних стаціонарних відділеннях лікувальних закладів 4 рівня надання медичної допомоги.

- Променева терапія – найкращі результати дає вузько-пучкове опромінення гіпофіза в дозі 35-50 Gy. Ремісія відбувається у 80 % пацієнтів через 6-12 міс. після лікування.
- Консервативне лікування: супресори секреції АКТГ - антагоністи серотоніну (ципрогептадин) та агоністи допаміну (бромкриптин). Ефект лікування тимчасовий і не достатньо ефективний, тому воно може використовуватись, як доповнення променевої терапії. Тривалість - протягом життя.
- Комбінована терапія - одностороння тотальна адреналектомія з наступною рентгенотерапією або медикаментозним лікуванням.

Покази до госпіталізації в ендокринологічне відділення

- Проведення діагностичних маніпуляцій
- Наявність важких ускладнень: серцевосудинних, декомпенсація стероїдного діабету, виникнення переломів кісток, тощо.

Критерії ефективності лікування

- відсутність клінічних та лабораторних проявів гіперкортицизму
- Зворотній розвиток клінічних проявів захворювання

Профілактичні заходи – не існують

Диспансерне спостереження - довічне:

Дослідження, спеціалісти	Частота
Ендокринолог	1 раз на 3 міс
Окуліст, невролог, гінеколог	1 раз на рік
Нейрохірург	При необхідності
Клінічний аналіз крові і сечі.	1 раз на 6 міс
Рівень глюкози крові	1 раз на 3 міс
ОГТТ*	1 раз на рік
АКТГ крові (при можливості)	1 раз
Кортизол у крові ранком або в добовій сечі, при неможливості	1 раз на 6 міс
– екскреція з сечею 17-КС, 17-ОКС	1 раз на 6 міс.
К, Na, Са, ліпідний профіль	1 раз на 6 міс.
ЕКГ	1 раз на рік
МРТ головного мозку (при відсутності можливості КТ або Ro	1 раз на рік
черепа в 2-х проекціях	1 раз на рік
Рентген кисті (кістковий вік)	при необхідності
УЗД надниркових залоз, черевної порожнини	
ангіографія або скінтіграфія надниркових залоз.	

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

Основні положення

- Синдром полікістозних яєчників не є суто гінекологічною проблемою.
- Діагноз можна встановити за наявності у пацієнтки двох з перелічених симптомів: порушення менструації, гіперандрогенія, полікістоз яєчників.

- Синдром полікістозних яєчників пов'язаний зі зменшенням чутливості до інсуліну, що призводить до збільшення ризиків для здоров'я.

Поширеність та наслідки

- Поширеність СПКЯ становить 5–15% серед жінок репродуктивного віку.
- СПКЯ означатиме збільшення захворюваності на різних етапах життя жінки.

Гінекологічні проблеми

- Зазвичай у пацієнтки нерегулярний менструальний цикл, гірсутизм та проблеми із заплідненням.
- Вагітність пов'язана з більш високим ризиком викидня, гіпертонії та діабету. Однак підвищений ризик є більше наслідком ожиріння, ніж самого СПКЯ.
- Довготривала естрогенна активність з одночасною нестачею лютеїнізуючого гормону сприяє розвитку гіперплазії ендометрію і таким чином підвищує ризик розвитку раку тіла матки.
- У жінок з СПКЯ часто знижена чутливість до інсуліну, що спричиняє ожиріння і порушення ліпідного обміну.
- Залежно від популяції, 20–70% жінок з СПКЯ мають ожиріння.
- Інсулінорезистентність і, як наслідок, компенсаторне підвищення рівня інсуліну, частіше спостерігається у пацієнтів з ожирінням та СПКЯ, ніж у інших, при контролі ожиріння.

Діагностика

- Діагноз встановлюється на основі анамнезу, клінічних висновках (порушення менструального циклу, оволосіння за чоловічим типом, акне) та, якщо необхідно, результатів визначення рівнів гормонів.
- Для підтвердження діагнозу проводять гінекологічне ультразвукове дослідження (полікістозна морфологія яєчників очевидна).
- Для постановки діагнозу СПКЯ необхідна наявність двох з наступних критеріїв:
 - ановуляція із порушеннями менструального циклу
 - клінічні (оволосіння за чоловічим типом) чи біохімічні (рівень тестостерону сироватки крові $> 2,7$ нмоль/л або $> 2,3$ нмоль/л залежно від методу дослідження, що використовується лабораторією) ознаки гіперандрогенії
 - полікістозна будова яєчників, підтверджена за допомогою УЗД (згідно традиційного визначення — 12 чи більше фолікулів розміром 2–9 мм в діаметрі у кожному яєчнику та/ або збільшений об'єм яєчника (>10 мл), але разом із покращенням якості приладів для ультразвукової діагностики піднялося і порогове значення, запропоновано підвищити до 25 фолікулів у кожному яєчнику).
- Виключте захворювання щитоподібної залози, гіперпролактинемію, андроген-секретуючу пухлину та порушення функції наднирників.
 - Якщо у пацієнтки нерегулярний менструальний цикл — виміряйте рівень тиреотропного гормону та пролактину для виключення інших причин.

- Якщо у пацієнтки гірсутизм та/або акне — виміряйте рівень тестостерону в сироватці крові.
- Для диференційної діагностики менструальних порушень необхідно визначити сироваткові концентрації фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого гормонів. Значення рівня естрадіолу сироватки не приносить користі у постановці діагнозу.

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)

- У зв'язку із високим ризиком розвитку порушення обміну речовин необхідно провести наступні дослідження (особливо у пацієток із надмірною вагою):

- рівень глюкози крові, ліпідний спектр, вимірювання артеріального тиску із регулярними інтервалами (наприклад, кожен рік чи 2 роки)
- у пацієток із надмірною вагою чи ожирінням — глюкозотолерантний тест при першому зверненні та повторно із певною періодичністю (наприклад, кожні 2 роки).

Лікування

- Найважливішим у лікуванні є зниження маси тіла до досягнення пацієнткою нормальної ваги.

Зменшення ваги допомагає

- врегулювати менструальний цикл завдяки відновленню овуляції
- значно знизити ризик невиношування вагітності на ранніх строках та інші ризики, пов'язані із вагітністю
- підвищити безпеку та ефективність терапевтичної стимуляції овуляції та знизити ризик пізніх ускладнень, що пов'язані з СПКЯ, таких як цукровий діабет 2 типу та ішемічна хвороба серця.
- Фізичні вправи зменшують інсулінорезистентність.
- Відмова від куріння є важливою у зв'язку із підвищеним ризиком виникнення серцево-судинних захворювань.

Гормональна терапія

- Оральні контрацептиви відновлюють нормальний менструальний цикл. Для зменшення проявів гірсутизму та мінімізації шкідливого впливу на ліпіди слід обрати контрацептивні засоби, що містять прогестагени, які є якомога менш андрогенними. Обирають, наприклад, дроспиренон, ципротерон або засіб, що містить дезогестрел.

- Для попередження гіперплазії ендометрію циклічний прогестоген (норетистерон, лінестренол) призначають (наприклад, на 10 днів з 15 дня по 24 день менструального циклу або на 14 днів кожні 2–3 місяці).

- Якщо гірсутизм не зникає не дивлячись на застосування оральних контрацептивів, до лікування можна додати антиандрогени (50 мг ципротерону ацетату у перші 10 днів циклу) або спіронолактон (100–200 мг/добу).

- Здійснюйте моніторинг електролітів плазми (натрій і калій) через регулярні інтервали, наприклад, через перші 3 місяці після початку лікування і щорічно після цього. Коментар експерта. Міжнародна

непатентован назва лікарського засобу ципротерону ацетату - ципротерон Метформін

- За наявності факторів ризику метаболічних порушень призначення метформіну може мати переваги. Питання, чи є це корисним при індукції овуляції та для збільшення шансів на вагітність, все ще дискусійне, навіть якщо метформін покращив вагітність і народжуваність приблизно на 15% в двох свіжих плацебоконтрольованих дослідженнях.

- Передбачається, що метформін, ймовірно, зменшує ризик розвитку гестаційних ускладнень, таких як невиношування вагітності на ранніх строках, преєклампсія, гестаційний діабет; проте його значного впливу у адекватно великих плацебо-контрольованих дослідженнях виявлено не було.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Клінічна ситуація 1

Хвора 17 років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації продовж 6 місяців. З анамнезу: перша менструація в 12 років, перший рік цикл був регулярний 4-5 через 26 днів. Протягом останніх років збільшився до 35-45 днів, став нерегулярний. Прибавка ваги склала 18 кг. З'явилася волосистість в ділянці молочних залоз, по білій лінії, в паховій області. Статеве життя регулярне з 16 років. При бімануальному дослідженні встановлено: шийка матки конічної форми, довжиною 3,0см, тіло матки грушеподібної форми, 48х36х30мм, безболісне. Яєчники пальпуються з обох боків несуттєво збільшені, безболісні. Виділення слизові незначні.

Завдання: встановить попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Синдром Штейна-Левенталя. Дообстеження: тестостерон, ДСА-сульфат, 17-КС, глюкозо-толерантний тест. Низкокалорійна диета для стабілізації ваги. КОК з антианδροгенним компонентом, наприклад Диане-35.

Клінічна ситуація 2

Під час огляду новонародженої дівчинки педіатр звернула увагу на гіпертрофікований клітор. Перебіг вагітності без ускладнень. Пологи термінові, фізіологічні. Маса тіла при народженні 4200г, зріст 54 см. З анамнезу: у рідної сестри мати одна з дочок померла у 3 тижня від поносу та блювання нез'ясованої етіології.

Завдання: попередній діагноз, яке до обстеження потрібно, у випадку підтвердження діагнозу яке спостереження та лікування?

Відповідь: Адрено-генітальний синдром вірільна форма. Визначення у крові рівня кортизола, АКТГ, 17-ОН прогестерона, ДГЕА, К, Na, каріотип, УЗД малого тазу. Консультація генетика, гінеколога, ендокринолога. При

підтвердженні діагнозу гідрокортизон індивідуально підібрана доза під контролем гормонів кожні три місяця.

Клінічна ситуація 3

Дівчинка 15 років росла та розвивалась нормально. В анамнезі ОРЗ 1-2 рази на рік без тяжкого перебігу. Початок статевого дозрівання в 10 років. Менархе в 12 років. Менструальний цикл встановився одразу, 5-6 днів через 26, регулярні, помірні, безболісні. Статеве життя заперечує. Шість місяців потому у зв'язку з психологічною травмою були призначені антидепресанти. Протягом останніх трьох місяців не має менструацій. Під час огляду із обох сосків виділяється молозиво.

Завдання: встановити діагноз. Тактика подальшого ведення.

Відповідь: Ятрогенна (медикаментозна) гіперпролактинемія. Дообстеження: УЗД малого таза, пролактин. По можливості відмовитись від антидепресантів, рівень пролактину повинен самостійно нормалізуватись. Якщо не має такої можливості достинекс за схемою.

Клінічна ситуація 4

Хвора 17 років звернулася зі скаргами на періодичні затримки menses після початку полового життя від 2 до 4 місяців. З'явилося надлишкове оволосіння передньої черевної стінки, молочних залоз, нижніх кінцівок. За останній рік додала у вазі 14 кг. St. genitalis: шейку матки конічна, зовнішній отвір закритий, епітелій цілий. Тіло матки в anteflexio, небагато зменшене, рухливе, безболісне. По обидва боки від матки пальпуються яєчники, розмірами 4х6 див, безболісні, щільні. Зводи піхви глибокі. Виділення слизувати.

Завдання: Попередній діагноз. Дообстеження. Лікування.

Відповідь: Синдром Штейна-Левенталя. Дообстеження: УЗД малого таза, тестостерон, ДСА-сульфат, 17-КС, глюкозо-толерантний тест. Низкокалорійная диета для стабилизации веса. КОК с антиандрогенним компонентом, например Диане-35.

Клінічна ситуація 5

До сімейного лікаря звернулася мати дівчинки, яка народилась 14 днів потому і була в задовільному стані виписана до дому. Вагітність та пологи протекли без ускладнень. Дитина млява, виникає повторне блювання, інколи фонтаном, що не пов'язане з прийомом їжі, рідкі випорожнення,

відсутність прибавки маси тіла. Шкіра землисто-сіра з мармуровим відтінком, соски пігментовані. Виражена гіпотонія. Новонароджена дівчинка має ознаки внутрішньоутробної вірилізації (за Прадером 4 ступеня).

Завдання: Опишіть 4 ступень вірилізації за Прадером. Попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: 4 ступень вірилізації за Прадером це пенісоподібний клітор з геніальною уретрою на нижній поверхні, великі статеві губи зрощені по середній лінії. Попередній діагноз: Адрено-генітальний синдром сільтіряюча форма, стадія декомпенсації. Тактика ведення: негайна госпіталізація, до обстеження (визначення у крові рівня корти зола, АКТГ, 17-ОН прогестерона, ДГЕА, К, Na, каріотип, УЗД малого тазу. Консультація генетика, гінеколога, ендокринолога). Лікування: гідрокортизон, флудкортизон, поварена сіль.

Тема 6

«Аномалії розвитку статевих органів у дівчат. Порушення статевого розвитку.»

Мета: Навчити фізіологічним змінам репродуктивної системи дівчат та підлітків в залежності від вікового періоду. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних в залежності від віку.

Основні поняття: Аномалії розвитку статевих органів у дівчат. Класифікація, діагностика, лікування. Атрезія гімена. Порушення статевого розвитку. Класифікація, клініка, діагностика, принципи лікування.

- Основні причини розвитку вад жіночої статеві системи.
- Класифікація вад розвитку жіночої статеві системи.
- Основні клінічні ознаки вродженої непрохідності піхви та шийки матки.
- Основні методи діагностики аномалій розвитку жіночої статеві системи.
- Лікування атрезії дівочої пліви.
- Синдром Майєра-Рокитанського-Кюстнера-Мюллера-Хаусера.
- Класифікація затримки статевого дозрівання.
- Обстеження при затримці статевого дозрівання.
- Тактика ведення пацієнток с затримкою статевого дозрівання.
- Класифікація передчасного статевого розвитку.
- Клінічні форми передчасного статевого розвитку.
- Діагностика передчасного статевого розвитку.
- Лікування передчасного статевого розвитку.

План

1. Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання:

1. У дівчинки 16-ти років первинна аменорея, відсутність росту волосся на лобку, нормальний розвиток молочних залоз, каріотип 46 ХУ, відсутність матки та піхви. Діагноз?

- A. Синдром Іценка-Кушінга
- B. Синдром Рокітанського-Кюстнера
- C. Синдром тестикулярної фемінізації
- D. Синдром Шихана
- E. Синдром Штейна-Левенталя

2. Хвора, 18 років, звернулася зі скаргами на неможливість статевого життя, відсутність менструацій. Об'єктивно: жіночий тип статури, грудні залози добре розвинені, ріст волосся за жіночим типом. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно. Пальцем вдається проникнути на 1 см за задню спайку. Піхва відсутня. Під час ректального обстеження матка не пальпується, визначається невеликий тяж. Встановіть діагноз.

- A. Аплазія піхви і матки

- В. Атрезія гімена
- С. Тестікулярна фемінізація
- Д. Агенезія вульви
- Е. Атрезія піхви

3. Дівчинка 14-ти років скаржиться на болі в ділянці піхви та внизу живота, котрі тривають 3-4 дні, турбують протягом останніх 3-х місяців приблизно в один і той же час та з кожним разом підсилюються. Об'єктивно: молочні залози розвинуті, волосистість відповідає віку. Дівоча пліва без отвору, ціанотична, випирає. Менструацій не було і немає. Лікар поставив діагноз первинної аменореї. Яка її причина?

- А. Атрезія гімену
- В. Затримка статевого розвитку
- С. Вагітність
- Д. Синдром Шерешевського-Тернера
- Е. Синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха

4. Хворій 15 років. Зріст 120 см, при огляді: бочкоподібна грудна клітка, коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, косоокість, птоз. Психічний розвиток та інтелект не порушений. Молочні залози не розвинуті, менструацій немає. Гінекологічний статус: волосистість на зовнішніх статевих органах відсутня, різка гіпоплазія піхви та матки. При УЗД - яєчники у вигляді тяжів. Діагноз?

- А. Синдром Іценка-Кушинга
- В. Синдром Штейна-Левенталя
- С. Гіпофізарний синдром
- Д. Синдром Шерешевського-Тернера
- Е. Синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха

Правильна відповідь 1-С, 2-А, 3-А, 4-Д

2.Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

Поява вторинних статевих ознак за ізосексуальним типом у дівчинок раніше за 7 років – передчасний статевий розвиток

І. Справжній передчасний статевий розвиток (ПСР) - передчасний статевий розвиток, який пов'язаний з передчасною надмірною секрецією гіпофізом гонадотропних гормонів.

Причини:

- 1. Ідіопатичний ПСР;
- 2. Церебральний ПСР;
- 1.1.Пухлини ЦНС,

2.1.Непухлинні ураження ЦНС (гідроцефалія, пологова травма, менінгіт, енцефаліт, токсоплазмоз, тощо),

3.1.ПСП як прояв інших захворювань (нейрофіброматоз 1 типу, синдрому Рассела-Сільвера, Ван-Віка-Росса-Генеса, інші генетичні синдроми).

Діагностичні критерії:

Клінічні:

- поява вторинних статевих ознак за ізосексуальним типом раніше за 7 років;
- збільшення молочних залоз, естрогенізація зовнішніх статевих органів (ЗСО);
- можлива поява менструацій, які можуть мати регулярний характер;
- андроген-залежні зміни шкіри (аспе, активність сальних і потових залоз);
- випередження темпів росту на 2 та більше сигмальних відхилення від вікової норми за умови не повністю закритих зон росту, або у разі, коли діагноз вперше був встановлений пізно і є вже сформовані вторинні статеві ознаки дорослої людини та закриті зони росту – характерно відставання темпів росту більше ніж на 2 сигмальних відхилення;
- особливості поведінки: ейфорійність, настирливість, рухове та емоційне розгальмування, недостатнє почуття дистанції, агресивність, тощо.

Параклінічні

Прискорення осифікації скелету більше, ніж на 2 роки.

Гормональна діагностика:

- рівні ЛГ, ФСГ - досягають пубертатного рівня і вище. Але у частини хворих можуть бути на допубертатному рівні, а при проведенні проби з люліберином – підвищення рівня ЛГ до пубертатних значень;
- підвищення рівня естрадіолу крові вище вікових значень;

УЗД ОМТ: збільшення розмірів матки, яєчників, наявність в них великих фолікулів.

ЕхоЕГ, МРТ або КТ головного мозку - візуалізація пухлини або наявність ознак внутрішньочерепної артеріальної гіпертензії.

РЕГ – значна асиметрія кровонаповнення.

За наявності об'ємного процесу – консультація нейрохірурга, офтальмолога.

Лікування:

Мета: пригнічення розвитку вторинних статевих ознак та зниження темпів дозрівання кісткової системи для запобігання кінцевого низького росту.

У разі пухлинних новоутворень у ЦНС – лікування спільно із нейрохірургами.

Лише при підтвердженні діагнозу справжнього ПСП призначаються аналоги люліберину (трипторелін) – діферелін, декапептил:

- Діферелін або декапептил – 0,1 мг п/ш, в/м 1 раз на день щодня
- Діферелін депо або декапептил депо – 3,75 мг в/м 1 раз на 28 днів.
- Діферелін депо 11,25 мг в/м 1 раз на 3 міс.

Дітям з масою тіла до 30 кг призначається ? дози препарату.

Тривалість медикаментозного лікування – до початку пубертатного віку (до 9 років).

Контроль ефективності лікування – за рівнем ФСГ, ЛГ, естардіолу: на етапі підбору дози - 1 раз на 3 міс (перші 6 міс.), надалі – 1 раз на 6 міс.

Несправжній передчасний статевий розвиток.

Визначення: передчасний статевий розвиток, який пов'язаний з надмірною секрецією статевих гормонів.

Причини:

- а. Пухлини яєчників (гранульозоклітинні, арренобластоми)
- б. Пухлини надниркових залоз
- в. Оваріальні фолікулярні кісти
- г. Вроджена гіперплазія кори надниркових залоз (ВГКНЗ) (дефіцит 21-гідроксилази та 11 β -гідроксилази)
- д. Внегонадна надмірна секреція естрогенів (підвищена активність ароматази)

Діагностичні критерії:

Клінічні:

- поява вторинних статевих ознак раніше 7 років (за ізосексуальним або гетеросексуальним типом);
- клініку гормонопродукуючих пухлин надниркових залоз та ВГКНЗ – див. відповідні протоколи;
- при пухлинах надниркових залоз ознаки ПСР (за ізосексуальним або гетеросексуальним типом) виникають у перші роки життя і швидко прогресують, часто є симптоми гіперглюкокортицизму;
- При фолікулярних кістах яєчників, синдромі Мак-К'юна-Олбрайта характерно прискорене телархе;
- При естрогенпродукуючих пухлинах яєчників - ПСР починається з менструального синдрому;
- При андрогенпродукуючих пухлинах яєчників – прояви значної вірилізації.

Параклінічні

- Гормональна діагностика:
- при ПСР за ізосексуальним типом - значно підвищений рівень естрадіолу в крові, при фолікулярних кістах яєчників він змінюється;
- при ПСР за гетеросексуальним типом – підвищений рівень тестостерону в крові;
- низький рівень ФСГ, ЛГ;
- відсутність підвищення ФСГ, ЛГ у відповідь на введення люліберіну
- при стероїдопродукуючих пухлинах яєчників - за даними УЗД збільшення 1 або 2 яєчників;
- При фолікулярних кістах яєчників – їх персистенція за даними УЗД;
- візуалізація пухлин, що продукують статеві стероїди та ХГ (у надниркових залозах, печінці, тощо)

Лікування:

- оперативне лікування пухлин яєчників, надниркових залоз;
- фолікулярні кісти яєчників зазвичай не потребують лікування (крім випадків, коли кісти мають дуже великі розміри - їх видаляють);
- ВГКНЗ (дивись відповідний протокол);

- У разі відсутності пухлинного процесу – призначають препарати, що впливають на периферичний метаболізм стероїдів: андрокур (ципротерона ацетат) - 25 – 100 мг/добу.

- Тривалість медикаментозного лікування - до початку пубертатного віку (до 9 років – у дівчаток і 10 років – у хлопчиків).

Контроль ефективності лікування – за рівнем естардіолу (або тестостерону): на етапі підбору дози - 1 раз на 3 міс (перші 6 міс.), надалі 1 раз на 6 міс.

Неповні форми ПСР

1. Ізольоване телархе

Визначення: збільшення молочних залоз у дівчаток раніше за 7 років без інших ознак ПСР;

2. Ізольоване адренархе (пубархе)

Визначення: рання поява лише вторинного статевого оволосіння у дівчинок раніше за 8 років, без інших ознак ПСР

Телархе і адренархе не потребують гормональної терапії.

Диспансерне спостереження - до завершення статевого дозрівання

Діагностичні дослідження і консультації

Критерії ефективності лікування	Дослідження, спеціалісти	Частота
Ендокринолог; уролог чи гінеколог	1 раз на 6-12 міс.	Стабілізація та регрес статевого розвитку,
Окуліст, невролог,	1 раз на рік	Стабілізація або мінімальне прогресування росту і
Генетик, статевий хроматин, каріотип	1 раз	диференціювання кісток
Нейрохірург	По показанням	скелету.
Клінічний аналіз крові, сечі.	1 раз на 6-12 міс	Нормальний рівень
Печінкові проби	1 раз на рік	
ЕКГ, ЕЕГ, Ехо-ЕГ	1 раз на рік	
МРТ або КТ головного мозку.	1 раз на рік	
(при відсутності - Ro	1 раз на рік	
черепа)		
Рентген кисті (кістковий вік)	1 раз на рік,	
УЗД ОМТ*, надниркових залоз, органів черевної порожнини	1 раз на 3-6 міс.	
ФСГ, ЛГ, ПРЛ, естрадіол або тестостерон (див.відповідний протокол)	1 раз на рік	

17-ОПГ, можливості)	ССГ*(при		
------------------------	----------	--	--

1 раз на 6 міс.

Затримка статевого дозрівання – це відсутність вторинних статевих ознак у підлітків віком 13-14 років, відсутність менархе впродовж 3 років і більше від початку розвитку вторинних статевих ознак, а також першої менструації до 15-річного віку, невідповідність показників зросту та маси тіла дівчинки хронологічному віку.

За даними різних авторів, у підлітків частота затримки статевого розвитку коливається від 14 до 33 % і в структурі гінекологічної захворюваності становить 2-7 %.

Затримка темпів статевого розвитку – поява вторинних статевих ознак та менархе у фізіологічні терміни з подальшим порушенням встановлення менструального циклу протягом 2 років і більше, а також з повільним розвитком вторинних статевих ознак чи призупиненням їх розвитку. У залежності від термінів затримки встановлення менструального циклу виділяють 3 ступені: I ступінь – 2 роки; II – 3 роки; III ступінь – 4 роки і більше.

У повсякденній роботі лікаря зручною є класифікація, що представлена у таблиці .

Таблиця 2. Практична класифікація варіантів затримки статевого розвитку

Генетично зумовлена група(характерний гіпергонадотропний стан)	Сімейні варіанти, хромосомні захворювання,генна патологія
Група центрального генезу (характерний стан гіпогонадотропного гіпогонадизму)	Вроджені чи набуті ураження гіпоталамуса та гіпофіза
Група периферійного генезу (характерний гіпергонадотропний стан)	Недостатність чи втрата яєчників, рефрактерність статевих органів
Група соматогенного генезу	Синдром мальабсорбції, хронічна ниркова патологія, ендотоксикація, недостатність ендокринних залоз, аліментарний фактор, анемії

У дівчат із затримкою статевого розвитку можливі такі клінічні прояви:

- кольорова сліпота;
- аносія;
- носові кровотечі;
- приливи;
- дизурія;
- відсутність інтересу до протилежної статі;
- інфантильний та астенічний морфотипи;
- нормоскелія (реєструється у 5 разів рідше, ніж серед популяції);
- гіпоестрогенія;
- статевий інфантилізм;
- гіпотрофія зовнішніх статевих органів;
- первинна чи вторинна аменорея;
- альгоменорея;
- ювенільні кровотечі.

Затримка статевого розвитку центрального генезу

Гіпоталамічний гіпогонадотропний гіпогонадізм

(гіпогонадотропний євнухізм, синдром Кальмана, або ольфактогенітальний синдром). Етіологічним фактором захворювання є порушення функції гіпоталамічних структур під впливом спадкових чинників чи інфекцій та інтоксикацій, перенесених у ранньому дитячому віці. Як наслідок, виникають порушення, пов'язані з ізольованою гіпоталамічною недостатністю, дефектом розвитку центру нюху.

Спадково зумовлені форми гіпогонадотропного гіпогонадізму

Синдром Лоренса – Муна – Барде – Бідля. Рівень захворюваності становить один випадок на 60 000 пацієнтів. Захворювання має сімейний характер, що пов'язано з множинними дефектами гена, дегенеративними змінами ядер гіпоталамуса, зменшенням гангліозних клітин з розростанням на їх місці клітин глії.

Клінічна картина проявляється гіпогонадізмом, розумовою відсталістю, пігментним ретинітом, аномаліями розвитку кисті, ожирінням.

Лікування: дотримання дієти з обмеженням жирів, вуглеводів, висококалорійних страв, лікувальна фізкультура, гормональна терапія (тиреоїдин по 0,05-0,2 г/доб протягом 5 днів з перервою на 2-3 дні, гонадотропні гормони, циклічна терапія статевими стероїдними гормонами упродовж 12-13 років).

Прогноз захворювання не досить сприятливий – розумова відсталість не зникає, на фоні деякого поліпшення статевого розвитку зменшується ожиріння, однак менструальний цикл не відновлюється.

Хвороба Хенда – Шюллера – Крісчена. Це захворювання має аутосомно-рецесивний тип успадкування і пов'язане з ураженням гіпоталамо-гіпофізарної системи внаслідок порушення обміну ліпідів. У результаті метаболічних розладів виникають гістіоцитарні гранульоми в різних органах, у т.ч. і в гіпоталамусі.

Для клінічної картини характерні нанізм, статевий інфантилізм, екзофтальм, нецукровий діабет, ксантоматоз, збільшення лімфатичних вузлів, виражені зміни кісткового скелета.

Лікування: дотримання дієти з обмеженням ліпідів; можлива ефективність рентгенотерапії на гіпофізарно-діенцефальну ділянку і вогнища грануляційної тканини.

Гіпофізарний гіпогонадотропний гіпогонадизм

Етіологія і патогенез цієї форми затримки статевого розвитку пов'язані з органічними ураженнями гіпофіза внаслідок його природженої гіпоплазії або гіпоксії. Зазвичай нестача кисню виникає в постнатальному періоді в результаті захворювань, які порушують кровообіг у передній частці гіпофіза, або після стиснення його (синдром «порожнього» турецького сидла).

Синдром «порожнього» турецького сидла – комплекс ендокринних, неврологічних та офтальмологічних порушень, що виникає внаслідок зниженої або «німої» функції гіпофіза. За етіологією синдром поділяється на первинний і вторинний. При первинному спостерігається стиснення та сплюснення гіпофіза грижею павутинної оболонки головного мозку, яка проникає в інтраселярну ділянку через отвір ніжки гіпофіза в діафрагмі турецького сидла. При вторинному синдромі гіпофункція гіпофіза може бути спричинена стисненням та зруйнуванням пухлиною його передньої частки.

Розміри та контури турецького сидла не змінені, однак гіпофізарна ямка на рентгенограмі виглядає порожньою. Пангіпопітуїтаризм (функціональна неспроможність усієї передньої частки гіпофіза) призводить до вираженої затримки росту та статевого дозрівання, інфантилізму, первинної аменореї. Біохімічні зміни полягають у вибіркового порушенні синтезу β -ланцюгів (ізолювана недостатність ФСГ та ЛГ) або α -ланцюгів гонадотропінів (недостатність продукції ФСГ, ЛГ, ТТГ), що клінічно проявляється вторинним гіпотиреозом. Пацієнтки скаржаться на частий головний біль, відсутність менструацій та затримку статевого розвитку.

Гармонійний фізичний розвиток відзначається тільки у 25 % пацієнток із затримкою статевого розвитку центрального генезу. При

пангіпопітуїтаризмі спостерігається низький зріст, однак за відсутності порушень вмісту соматотропного гормону (СТГ) можуть зберігатися вікові зростові параметри. Затримка статевого розвитку зумовлена низькою секрецією гонадотропінів і, як наслідок, порушенням розвитку фолікулярного апарату яєчників, зниженням вироблення естрогенів. Проявом гормональної дисфункції є атрофічний тип піхвових мазків.

Слід зазначити, що соматичні аномалії відсутні, будова тіла пропорціональна, не спостерігаються або слабо розвинуті вторинні статеві ознаки, наявна гіпоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів. При цитогенетичному обстеженні хворих завжди виявляється жіночий каріотип (46,XX).

У діагностиці вирішальне значення має рентгенографія черепа, при якій виявляють ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску (посилення пальцевих втиснень у склепінні кісток черепа), пошкодження в ділянці турецького сідла (широкий вхід, зміна розмірів, форми тощо). Зміни на енцефалограмі свідчать про гіпоталамічну недостатність, дисфункцію підкіркових структур, значно рідше – органічне ураження головного мозку. Ознаки патології виявляють і під час огляду неврологом.

Секреція ЛГ та ФСГ знижена до 1,0-3,0 мМО/мл та нижче. Відзначається низька секреція естрогенів. Характерні високий вміст серотоніну в крові ($> 0,6$ мкмоль/л), зниження екскреції норадреналіну $< 70,0$ нмоль/доб та підвищення секреції мелатоніну $> 50,0$ нмоль/доб. Ехографічно візуалізуються гіпопластична матка та маленькі яєчники зі слабо вираженим фолікулярним апаратом.

Ступінь функціональних можливостей яєчників оцінюють за результатами проби з пергоналом під контролем УЗД, секреції естрогенів, лапароскопії. Для проведення проби пергонал-500 дозою 150 МО/доб вводять внутрішньом'язово протягом трьох днів, а надалі дозою 225-300 МО/доб (максимальна кількість препарату 25 ампул). На позитивну пробу вказують поява симптому «зіниці», підвищення еластичності цервікального слизу, рівня естрадіолу в крові до 500-600 нг/л, збільшення об'єму яєчників та фолікулярного апарату. Якщо вищеперераховані ознаки після введення пергоналу не виявляються, це свідчить про відсутність фолікулярного апарату в яєчниках. Остаточний діагноз встановлюють після біопсії гонад.

Для виключення ураження передньої частки гіпофіза проводять пробу з гонадоліберином. Одномоментно внутрішньовенно вводять 100 мкг гонадоліберину. Моніторинг секреції ЛГ та ФСГ здійснюють до введення препарату, а також кожні 15 хв протягом 2 год після введення. Підвищення

секреції ЛГ та ФСГ у більш ніж 5 разів свідчить про збережену гонадотропну функцію гіпофіза і недостатню секрецію гонадоліберину.

Лікування синдрому «порожнього» турецького сідла має бути комплексним, його проводять спільно з терапевтом, невропатологом, ендокринологом.

При затримці статевого розвитку, пов'язаній з дефіцитом маси тіла, гормональна терапія протипоказана. Рекомендовано нейротропні препарати, симптоматичну терапію, вітамінотерапію, психотерапію, збалансоване висококалорійне харчування, ферментні препарати для нормалізації функції травного тракту.

За наявності гіпофункції яєчників унаслідок конституціональної недостатності передньої частки гіпофіза, що не асоціюється із затримкою росту, доцільно проводити циклічну вітамінотерапію (комплекс вітамінів групи В та глютамінова кислота по 0,25 г тричі на добу протягом 20 днів; вітамін Е та аскорбінова кислота максимальною дозою до 1 г на день протягом 10 днів), фізіотерапевтичні процедури (ендоназальний електрофорез кальцію, імпульсний струм на білатеральні ділянки, вібромасаж), призначати нейротропні препарати. Важливою складовою лікування є дотримання режиму праці та відпочинку, раціональне харчування.

Терапію проводять під контролем показників базальної температури, результатів кольпоцитології, екскреції 17-КС та естрогенів протягом 3 міс. При контрольному огляді через півроку після закінчення лікування за умови закриття зон росту та відсутності вторинних статевих ознак, пацієнткам віком старше 16 років для стимуляції гіпоталамо-гіпофізарної системи призначають циклічну гормональну терапію естрогенами у низьких дозах, після чого застосовують гестагени.

Для лікування гіпоталамічних форм затримки статевого розвитку використовують препарати гонадоліберину (у пульсуючому режимі по 2 мкг підшкірно або внутрішньом'язово кожні 90 хв з 23.00 год 30 хв до 7.00 год 30 хв три ночі на тиждень протягом 6 тиж).

Крім того, застосовують кломіфену цитрат. Препарат зв'язується з рецепторами 17β -естрадіолу в гіпоталамічних ядрах і, як наслідок, посилюються синтез та секреція гонадоліберинів і тропінів з наступним локальним впливом на біосинтез стероїдів у яєчниках.

За наявності у визначеного контингенту пацієнток дефіциту СТГ застосовують соматотропні та гонадотропні гормони у поєднанні із загальнозміцнюючою терапією, негормональними анаболічними, ферментними препаратами, вітамінами. Лікування проводять спільно з ендокринологом.

За наявності пухлини ЦНС проводиться нейрохірургічна корекція.

Критеріями ефективності лікування є поліпшення показників фізичного та статевого розвитку протягом 3-6 міс і поява самостійних менструацій.

Затримка статевого розвитку яєчникового генезу (дисгенезія гонад)

Частота дисгенезії гонад становить 1 випадок на 10-12 тис. новонароджених, однак це захворювання – значуща соціальна та медична проблема. Причиною патології є природжений дефект статевих хромосом. Перебіг дисгенезії гонад має три основні клінічні форми: типова дисгенезія гонад (синдром Шерешевського – Тернера), чиста і змішана форми дисгенезії гонад.

Синдром Шерешевського-Тернера

Це хромосомна хвороба, що супроводжується характерними аномаліями фізичного розвитку, низькорослістю і статевим інфантилізмом.

Синдром Шерешевського – Тернера виникає внаслідок повної або часткової моносомії за X-хромосомою (45,X0). Під час поділу статевих клітин батьків порушується розходження статевих хромосом, в результаті чого замість нормальної кількості X-хромосом зародок отримує лише одну.

Уперше цю хворобу як спадкову 1925 р. описав Н. А. Шерешевський, який вважав, що вона зумовлена недорозвиненням статевих залоз та передньої частки гіпофіза і поєднується з природженими вадами внутрішніх органів. У 1938 р. Генрі Тернер виділив характерну тріаду ознак: статевий інфантилізм, шкірні крилоподібні складки на бічних поверхнях шиї та деформацію ліктьових суглобів. Синдром Шерешевського – Тернера – це єдина форма моносомії у живонароджених дівчаток. Слід зазначити, що лише у 50 % пацієнток із даним синдромом спостерігається проста повна моносомія (45,X0); у решти (загалом 30-40 %) хворих – різноманітний мозаїцизм і рідкісні варіанти делецій, ізохромосом, кільцевих хромосом.

Варіанти набору хромосом (каріотип), які виявляють при цитогенетичному дослідженні хворих:

- повна моносомія – 45,X0;
- мозаїчний набір – 45,X0/46,XX; 45,X0/47, XXX та ін.

Частота синдрому становить один випадок на 3000 живонароджених дівчаток.

Слід зазначити, що чіткого зв'язку виникнення цього синдрому з віком і будь-якими захворюваннями батьків не виявлено, проте вагітність зазвичай ускладнюється гестозом, загрозою мимовільного викидня, а пологи часто бувають передчасними і патологічними.

В ембріона первинні статеві клітини закладаються майже в нормальній кількості, однак у другій половині вагітності відбувається їхня швидка

інволюція, і до моменту народження дитини кількість фолікулів у яєчнику порівняно з нормою різко зменшена або вони цілком відсутні. Це призводить до вираженої недостатності жіночих статевих гормонів, статевого недорозвинення, у більшості хворих – до первинної аменореї і безплідності. Хромосомні порушення є причиною виникнення вад розвитку. Можливо, що супутні аутосомні мутації також відіграють певну роль у появі вад розвитку, оскільки існують стани, подібні до синдрому Шерешевського – Тернера, але без видимої хромосомної патології та статевого недорозвинення.

При синдромі Шерешевського – Тернера статеві залози зазвичай є недиференційованими сполучнотканинними тяжами, що можуть містити елементи гонад. Рідше зустрічаються рудименти яєчників. Інші патологічні дані відповідають особливостям клінічних проявів. Найбільш важливими змінами кістково-суглобової системи є вкорочення п'ясткових і плеснових кісток, аплазія (відсутність) фаланг пальців, деформація променево-зап'ясткового суглоба, остеопороз хребців. Рентгенологічно при синдромі Шерешевського – Тернера турецьке сидло та кістки склепіння черепа не змінені. При обстеженні внутрішніх органів визначаються вади розвитку серця і великих судин, а також нирок. Виявляються рецесивні гени дальтонізму й інших захворювань.

Порушення кількості чи структури статевих хромосом зумовлює різке недорозвинення тканини яєчників і зниження продукції естрогенів. За відсутності фізіологічного гальмування естрогенами гонадотропної функції гіпофіза відбувається значне підвищення рівня ЛГ і ФСГ у крові хворих на синдром Шерешевського – Тернера. Підвищення рівня гонадотропних гормонів спостерігається вже в 9-11-річному віці, при цьому виділення ФСГ домінує над виділенням ЛГ, що може зумовлювати ранню діагностику цього синдрому.

Доведено, що вже від народження у дітей із синдромом Шерешевського – Тернера помітне відставання у фізичному розвитку. Лише приблизно в 15 % підлітків затримка спостерігається в період статевого дозрівання. Для доношених немовлят характерні мала довжина (42-48 см) і маса тіла до 2500-2800 г. Характерними ознаками синдрому при народженні є надлишок шкіри на шиї та інші вади розвитку, особливо кістково-суглобової та серцево-судинної систем, лімфостаз. Обличчя хворих дуже нагадує обличчя сфінкса: зменшене підборіддя, широке перенісся і гіпертелоризм, епікант, птоз. Для немовляти властиві загальне занепокоєння, порушення смоктального рефлексу, зригування фонтаном, блювання.

Затримка росту прогресує і стає явною у третини хворих до кінця першого року життя, в третини – у 2-5 років, у решти – після 6 років.

Збільшення зросту переважно становить 2-3 см на рік, зростові «стрибки» відсутні, кінцевий зріст дорівнює 135-141 см. Маса тіла часто є надмірною. Кістковий вік на кілька років відстає від паспортного, згодом ця невідповідність збільшується.

У частини хворих в ранньому віці відмічається затримка психічного і мовленнєвого розвитку, що свідчить про патологію розвитку нервової системи. У дитини в ранньому дитячому віці характерний зовнішній вигляд:

- низький зріст;
- маленька нижня щелепа;
- відстовбурчені вуха;
- коротка шия з крилоподібними складками;
- низько розташована нижня лінія росту волосся на шії;
- широка грудна клітка з далеко розставленими сосками;
- втягнені соски;
- наявність епікантуса;
- неправильний ріст зубів;
- опущені кути очей та рота;
- часте викривлення рук у ділянці ліктьових суглобів;
- опуклі нігті на коротких пальцях рук.

У період статевого дозрівання вторинні статеві ознаки не розвиваються. Статеве недорозвинення за наявності синдрому Шерешевського – Тернера вирізняється певною своєрідністю. Найбільш поширеними ознаками є геродермія (патологічна атрофія шкіри, що нагадує старечу), калиткоподібні великі соромітні губи, висока промежина, недорозвинення малих соромітних губ, дівочої перетинки та клітора, лійкоподібний вхід у піхву. Молочні залози у більшості хворих не розвинуті, соски розташовані низько. Вторинне оволодіння з'являється спонтанно і буває мізерним. Матка недорозвинена, статеві залози не розвинуті та представлені сполучною тканиною. Менструація відсутня.

У третини пацієнток наявні вади розвитку інших органів. Часто це вади розвитку серцево-судинної системи (незарощення міжшлуночкової перетинки та великої артеріальної протоки, коарктація аорти, звуження устя аорти), сечовивідних шляхів (недорозвиненість нирок, подвоєння сечоводів, подвоєна і підковоподібна нирка). Синдром Шерешевського – Тернера може супроводжуватися косоокістю, дальтонізмом.

Розумова відсталість у пацієнток із цим синдромом спостерігається рідко, проте дівчатка з каріотипом 45,X0 страждають на просторову дезорієнтацію і тому одержують низькі бали за виконання ігрових тестів і завдань з математики; водночас у вербальних тестах оцінка їх IQ має середні й високі

значення. У психічному статусі хворих головну роль відіграє своєрідний інфантилізм з ейфорією в поєднанні з гарною практичною пристосованістю і задовільною соціальною адаптацією.

Слід зазначити, що повнота клінічних проявів, тактика і прогноз залежать від варіанту хромосомного набору. Доведено, що в осіб із синдромом Шерешевського – Тернера виявляється висока (58 %) частота отитів. У 35 % випадків запалення ускладнюється розвитком приглухуватості за провідним типом, що пояснюється аномалією будови середнього вуха. Відмічено схильність до розвитку цукрового діабету (62 %), порушення функції щитоподібної залози. Існує ризик пухлинного переродження недорозвинених гонад, тому щорічно необхідно проводити УЗД органів малого таза. Недорозвиненість внутрішніх статевих органів призводить до вираженого статевого інфантилізму, продукція естрогенів знижується, а секреція гонадотропних гормонів (ФСГ, ЛГ) різко підвищується в пубертатний і постпубертатний періоди. Описані випадки перебігу захворювання зі спонтанною пубертацією і навіть збереженою фертильністю, що, можливо, пов'язано з наявністю здорових клонів клітин у гонадах.

Діагностика

З метою підтвердження діагнозу, окрім визначення характерної клінічної картини, необхідно проводити:

- експрес-метод – дослідження статевого хроматину в клітинах букального епітелію. При мозаїчних варіантах захворювання з наявністю клонів, що містять дві Х-хромосоми, в 11-20 % випадків показники знаходяться в нормі;
- каріотипування. При моносомії виявляють каріотип 45,X0;
- гормональне дослідження – визначення рівнів естрадіолу, прогестерону, ФСГ, ЛГ, СТГ;
- кольпоцитологію;
- УЗД органів малого таза, органів черевної порожнини і нирок;
- рентгенологічне дослідження кисті з променево-зап'ястковим суглобом.

Диференціальну діагностику синдрому Шерешевського – Тернера необхідно проводити насамперед із синдромом Нунан, при якому фенотипові прояви дуже схожі. Синдром успадковується за аутосомно-домінантним типом. На відміну від синдрому Шерешевського – Тернера при синдромі Нунан відсутня виражена затримка росту. Поширеною є розумова відсталість. Характерна ознака – вкорочення 5-го пальця руки, тоді як для синдрому Шерешевського – Тернера типовим є недорозвинення метакарпальних і метатарзальних кісток. Головна відмінність синдрому Нунан – нормальний

вміст Х-хроматину в ядрах слизової оболонки ротової порожнини і наявність нормального жіночого каріотипу 46,XX. При даному синдромі можливі вагітність і народження дитини.

Подібна із синдромом Шерешевського – Тернера клінічна картина спостерігається також у гіпофізарного нанізму. Захворювання має спадковий характер. Найбільш характерною клінічною ознакою є затримка росту і фізичного розвитку хворих. На відміну від синдрому Шерешевського – Тернера зазвичай не спостерігаються соматичні аномалії розвитку. Виявляється знижений рівень СТГ, а вміст статевого хроматину є нормальним (каріотип 46,XX).

Природжена чи набута гіпофункція щитоподібної залози, що виникає внутрішньоутробно або у дітей віком до 3 років, за клінічною картиною подібна до синдрому Шерешевського – Тернера. Проте у цьому випадку відсутні соматичні аномалії, а наявні набряки за типом мікседеми, відмічається ріст волосся на обличчі та тілі (lanugo). Лабораторними методами дослідження виявляється знижений вміст гормонів щитоподібної залози, екскреція гонадотропних гормонів і 17-КС у межах норми, каріотип 46,XX.

Також слід проводити диференціальну діагностику із синдромом Бонневі – Ульріха – аутосомно-домінантною хворобою, при якій у деяких хворих зберігається генеративна функція, спостерігається передача патологічного гена чи генів з покоління в покоління і відсутність характерної цитогенетичної картини моносомії.

Отже, з метою диференціальної діагностики необхідними є визначення відсоткового складу статевого хроматину в епітеліальних клітинах слизової оболонки щокі; каріотипування; УЗД органів малого таза, молочної та щитоподібної залоз; вагіно- та кольпоскопія; визначення рівнів ЛГ та ФСГ, естрогенів, прогестерону, ТТГ, тироксину в плазмі периферійної крові

Лікування

Лікування дітей із синдромом Шерешевського – Тернера має бути комплексним і проводитись у двох напрямках:

- з перших років життя показана терапія, що стимулює ріст (вітаміни, СТГ);
- реконструктивна хірургія природжених вад внутрішніх органів.

У науковій літературі наявні відомості про позитивну динаміку зросту при введенні гормону росту (соматотропін людини, нордитропін, сайзен і т.ін.), за допомогою якого можна досягти збільшення остаточного зросту пацієнтки на 4-8 см.

Анаболічні стероїди (метандростенолон, ретаболіл) рекомендовано призначати низькими дозами і за наявності затримки осифікації (тобто

кістковий вік відстає від паспортного більше ніж на 3 роки). Однак це лікування не запобігає розвитку остеопорозу і підвищеному ризику переломів.

Після досягнення дівчатками віку 12-13 років розпочинають терапію жіночими статевими гормонами мінімальними дозами; потім дозу поступово підвищують до рівня, необхідного для розвитку молочних залоз і статевих органів, появи оволосіння. Лікування сприяє фемінізації статури, розвитку жіночих вторинних статевих ознак, насиченню організму статевими гормонами, поліпшенню трофіки статевих органів, знижує підвищену активність гіпоталамо-гіпофізарної системи. Замісну терапію жіночими статевими гормонами слід проводити протягом усього дітородного віку хворих.

Необхідно пам'ятати, що повне вилікування таких пацієнток неможливе. Прогноз при синдромі Шерешевського – Тернера є сприятливим, виняток становлять хворі з тяжкими природженими вадами серця і великих судин та нирковою гіпертензією. Лікування жіночими статевими гормонами сприяє збереженню якості життя пацієнток, однак абсолютна більшість з них залишається безплідною.

Ризик повторного народження дитини з синдромом в родині при нормальному каріотипі батьків не перевищує 1 %.

Чиста форма дисгенезії гонад

Чиста форма дисгенезії гонад (*синдром Сваєра, оваріальна дисгенезія*) – патологічний стан, який характеризується відсутністю нормально розвинених яєчників. При цитогенетичному дослідженні виявляється збереження обох хромосом, можлива наявність жіночого (46,XX), чоловічого (46,XY) каріотипу та мозаїцизму. Відповідно до каріотипу відсоток статевого хроматину в ядрах епітелію слизової оболонки рота може бути достатнім (14-20 %), низьким або відсутнім. Може спостерігатися світіння Y-хроматину (наявність Y-хромосоми в каріотипі).

Етіологія: генні та хромосомні мутації, загибель первинних статевих клітин (гоноцитів) як наслідок несприятливого впливу на організм матері під час вагітності.

Клінічна картина: відсутність соматичних аномалій розвитку, пропорційна будова тіла, нормальний зріст; індіферентна будова зовнішніх статевих органів, відсутність яєчників (гонадні тяжі), аменорея; відсутність розвитку молочних залоз; затримка дозрівання кісток; підвищення секреції гонадотропінів.

Змішана форма дисгенезії гонад

Для цієї форми характерний каріотип 45X/46XY або мозаїцизм з обов'язковою наявністю Y-хромосоми чи її частини, статевий хроматин негативний.

Клінічна картина: відсутність соматичних стигм за наявності ознак вірилізації (різка недорозвиненість малих та великих соромітних губ, гіпертрофія клітора, відсутність молочних залоз, незначно виражений гіпертрихоз). З одного боку на місці гонади визначається сполучнотканинний тяж, з іншого – дисгенетичне яєчко, яке може бути джерелом розвитку злоякісної пухлини (дисгерміноми, адренобластоми).

Лікування усіх форм дисгенезій гонад довготривале. Із пубертатного віку необхідно проводити пожиттєву замісну терапію, спрямовану на забезпечення пропорційного соматичного розвитку, зменшення статевого інфантилізму, підтримання розвитку вторинних статевих ознак, збільшення щільності кісткової маси, відновлення нервово-психічної рівноваги.

При змішаній формі слід видаляти чоловічі гонади для профілактики розвитку пухлин та усунення симптомів вірилізації. З косметичною метою виконують ампутацію клітора, пластичну операцію на шії (видаляють крило-подібні складки).

Аномалії жіночих статевих органів.

До аномалій жіночих статевих органів належать вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенезу: відхилення величини, форми, пропорцій, симетрії, топографії; наявність утворень, не властивих жіночій статі в постнатальному періоді. До аномалій у широкому сенсі слова можна віднести і постнатальну затримку розвитку правильно сформованих (в антенатальному періоді) статевих органів, це спостерігається при інфантилізмі. Ці суто анатомічні порушення, як правило, супроводжуються розладом функції.

Частота. Аномалії розвитку жіночих статевих органів становлять 4% від усіх вад розвитку (Толмачевська, 1976). За даними інших авторів (Сакунтала–Деві, 1976), у 0,23% випадків були виявлені аномалії матки й піхви. Природно, що у спеціалізованих установах кількість відповідних хворих більша: від 3,9 до 12,4% стосовно всіх дітей, госпіталізованих до гінекологічного відділення. Під час масових оглядів жінок аномалії розвитку статевих органів виявляються в 0,9%.

Етіологія. У наш час виокремлюють 4 групи причин, що призводять до вад внутрішньоутробного розвитку: спадкові, екзогенні, ендогенні, мультифакторні. Виникнення вад розвитку статевих органів належить до так званих критичних періодів внутрішньоутробного розвитку. В основі лежать відсутність злиття каудальних відділів парамезонефральних

(мюллерових) ходів, відхилення в перетвореннях урогенітального синуса, а також патологічний перебіг органогенезу гонад (які залежать від особливостей розвитку первинної нирки й від своєчасності міграції гоноцитів до ембріональної закладки гонади). Диференціація вад статевих органів лише частково (16%) обумовлена генетичними причинами, причому частіше на генному рівні, ніж на хромосомному. В основному, аномалії, що розглядаються, виникають у зв'язку з патологічними умовами внутрішньоутробного середовища, які реалізуються через зміни в спадковому апараті клітини ембріона або прискорюють прояв уже явних дефектів генотипу.

Показово, що матері дівчаток, які страждають на аномалії статевих органів, часто відмічають патологічний перебіг вагітності: ранні й пізні гестози (25%), неповноцінне харчування (18%), інфекції в ранньому терміні вагітності – від 5 до 25%. Аномалії розвитку можуть бути викликані й іншими антенатальними ушкоджувальними факторами: професійні шкідливості, фармакологічні й побутові отруєння, екстрагенітальні захворювання в матері: у сумі ці фактори становлять до 20% причин аномалій статевих органів. Оскільки ушкоджувальний фактор діє не тільки (не строговибірково) на закладки статевих органів, але й на інші закладки одночасно, то з вадами розвитку статевих органів сполучаються вади сечовидільної системи (однобічна агенезія нирки – 25%), кишечника (атрезія заднього проходу – 12%), кісток (вроджений сколіоз – 10–12%), а також вроджені вади серця, вуха й очей (6%) та інші відхилення. Ця обставина змушує гінеколога піддавати дівчаток більш ретельному додатковому урологічному, хірургічному й ортопедичному обстеженню.

Характеризуючи різні види аномалій статевих органів, користуються такою термінологією. *Агенезія* – відсутність органа й навіть його зачатка. *Аплазія* – відсутність частини органа, *атрезія* – вторинне недорозвинення внаслідок запального процесу, перенесеного внутрішньоутробно. Найчастіше вона проявляється повною відсутністю каналу або природного отвору. Поняття «*гінаатрезія*» належить до різних відділів статевого тракту; цей вид недорозвинення виникає в місцях анатомічного звуження: вульва, отвір дівочої пліви, зовнішнього та внутрішнього вічка матки, устя маткових труб. *Гетеротопія* – наявність клітин, групи клітин або тканин в іншому органі або в тих зонах свого органа, де вони в нормі відсутні. *Гіперплазія* (*гіпертрофія*) – стан, коли орган розростається до надлишкових розмірів внаслідок збільшення кількості (*гіперплазія*) й розміру (*гіпертрофія*) клітин, причому гіперфункція або гіперплазія розвивається не завжди. *Гіпоплазія* – недорозвинення й недосконале утворення органа,

розміри якого на 2 см відхиляються від середніх показників. Розрізняють просту й диспластичну (з порушенням структури органа) форми гіпоплазії. *Мультиплікація* – множення (зазвичай подвоєння) частин або кількості органів. *Нерозділення (злиття)* – відсутність роз'єднання органів або їхніх частин, які у нормі існують окремо. *Персистування* – збереження ембріональних структур, які повинні зникнути в постнатальному періоді, редукуватися. Одна з форм персистування – *дизрафія (арафія)* – незарощення ембріональної щілини. *Стеноз* – звуження каналу або отвору. *Ектопія* – зсув органів або розвиток їх у тих місцях, де вони не повинні бути. *Дисхронія* – порушення темпів (прискорення або уповільнення) розвитку. Процес може стосуватися клітин, тканин, органів або всього організму. *Класифікація*. Вроджені вади розвитку розрізняються за етіологічною ознакою, послідовністю виникнення в організмі, часом впливу тератогенного фактору та за локалізацією.

Єдиної класифікації вроджених вад розвитку статевієї системи не існує. За етіологічною ознакою доцільно розрізнити 4 групи вад: а) спадкові; б) екзогенні; в) ендогенні; г) мультифакторні. Класифікувати вади розвитку можна за ступенем тяжкості: легкі, які не впливають на функціональний стан статевих органів; середні, які порушують дітонародження; тяжкі, які виключають можливість виконання дітонароджувальної функції.

В Європі найчастіше користуються класифікацією аномалій парамезонефральних (мюллерових) проток, яка була запропонована у 1979 р.

Класифікація мюллерових аномалій

I Часткова мюллерова агенезія (гіпоплазія):

А. Піхвова,

Б. Шийкова,

В. Фундальна,

Г. Трубна,

Д. Мішана

II Однорога матка:

А. З рудиментарним рогом:

1 – з ендометріальною порожниною; а) яка сполучається; б) яка не сполучається;

2 – без ендометріальної порожнини.

Б. Без рудиментарного рога

III Подвоєння матки та піхви

IV Дворога матка :

А. Повна (розділення до внутрішнього вічка).

Б. Часткова.

В. Сідлоподібна

V Матка з перетинкою:

А. Повна (до внутрішнього вічка).

Б. Неповна

VI ДЕС-аномалії (внутрішньоутробний вплив діетилстильбестрола) Buttram та Gibbons.

У практичному плані більш прийнятною є класифікація за локалізацією.

I Аплазія матки й піхви

II Вади розвитку з повною затримкою менструальної крові

А. При функціонуючій матці: 1) атрезія гімена; 2) загіменальна перетинка; 3) поперечна перетинка піхви (у нижній, середній або верхній третині); 4) аплазія частини піхви (нижньої, середньої або 2/3 нижньої частини); 5) аплазія всієї піхви.

Б. При функціонуючій гіпопластичній матці: 1) аплазія частини або всієї піхви

III Вади розвитку з односторонньою затримкою менструальної крові

1) додаткова замкнена піхва; 2) додатковий замкнутий ріг матки.

IV Вади розвитку без затримки відтоку менструальної крові: 1) повна й неповна внутрішньоматкова перетинка; 2) дві матки, повна або неповна піхвова перетинка; 3) однорога матка

V Рідкісні форми вад розвитку статевих органів: 1) аплазія піхвової частини матки; 2) кишково-сечостатеві аномалії розвитку.

Близько третини вад пов'язано з непрохідністю піхви й шийки матки. Під уродженою непрохідністю піхви й шийки матки мається на увазі аплазія (відсутність частини або всього органа) або атрезія (перетинка довжиною менше ніж 2 см), що перешкоджає відтоку менструальної крові й надалі статевому життю. При отворі в перетинці діагностують норицеву форму атрезії.

Клініка вродженої непрохідності піхви й шийки матки проявляється, як правило, з початком менструацій і формуванням гематокольпосу або гематометри. Дуже рідко вади діагностуються до настання пубертату через відсутність скарг у маленьких дівчаток. Однак у немовлят у результаті стимуляції піхвових і цервікальних залоз материнськими естрогенами можливі заповнення й розтягнення піхви слизом з утворенням мукокольпосу (флюорокольпосу). Мукокольпос не має характерної симптоматики, складний для діагностики й виявляється випадково при обстеженні дитини з приводу занепокоєння, зазвичай пов'язаного із сечовипусканням, об'ємного утворення

черевної порожнини або асоційованих вад розвитку. При значному розтягненні піхви можливі обструкція й гідронефротична трансформація верхніх сечовивідних шляхів. У підлітковому віці непрохідність піхви й шийки матки приводить до розтягнення кров'ю статевих шляхів з гострими болями в животі, що циклічно повторюються та з якими дівчаток часто госпіталізують до хірургічних клінік. При мукокольпосі болі ниючі, а гематометра проявляє себе спастичними болями, іноді зі втратою свідомості.

Норицеві (неповні) форми атрезії піхви як у ранньому, так і в підлітковому віці часто супроводжуються висхідною інфекцією й утворенням піокольпосу. Клінічно норицева форма атрезії з піокольпосом проявляється періодичними гнійними виділеннями, причину яких визначити складно. Піокольпос, що має сполучення із зовнішнім середовищем, зазвичай не супроводжується вираженим погіршенням стану, підвищенням температури, розширенням порожнини матки й цервікального каналу. Піокольпос, що не дронується, рідко буває ізольованим. Як правило, швидко розвиваються піометра, піосальпінкс і рефлюкс гною в черевну порожнину. Тоді зростає клініка «гострого живота», погіршується загальний стан хворої, температура досягає фібрильних значень.

Стандартне обстеження при підозрі на непрохідність піхви й шийки матки, крім загальноклінічних і лабораторних досліджень, включає збір анамнезу, оцінку фізичного й статевих розвитку, огляд зовнішніх статевих органів, бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів, ректально-абдомінальне дослідження, зондування піхви, УЗД (ультразвукове дослідження) статевої й сечової систем. Як правило, цих досліджень досить для точного визначення варіанту вади й вибору методу оперативного втручання.

При об'єктивному обстеженні присінок піхви й дівоча пліва виглядають звичайно. Навіть при тотальній аплазії піхви її присінок збережений. Тільки при атрезії дівочої пліви її вигляд відрізняється від звичайного. При натисненні на передню черевну стінку над лоном дівоча пліва вибухає у вигляді ціанотичного купола.

Бактеріологічне й бактеріоскопічне дослідження виділень зі статевих шляхів надають достатню інформацію в основному при норицевій атрезії піхви, коли гнійні виділення служать непрямою діагностичною ознакою, а результати аналізів необхідні для проведення раціональної антибактеріальної терапії.

Круглясте еластичне малоболюче й малорухоме утворення, яке пальпується при ректально-абдомінальному дослідженні та відтисняє матку догори, зазвичай є гематокольпосом. Тиск на гематокольпос через пряму

кишку передається на матку й відчувається при пальпації над лоном. Змішуваність гематокольпосу обмежена, чим він відрізняється, наприклад, від кісти яєчника, схожої локалізації, консистенції й форми. Зондування піхви має на меті визначення глибини нижнього відділу піхви й проводиться одночасно з ректально-абдомінальним дослідженням. Відстань від верхівки купола піхви до дна гематокольпосу дозволяє точно визначити діастаз між відділами піхви, оцінити запаси пластичного матеріалу й намітити план операції. Дистальна частина піхви часто представлена одним присінком і має глибину близько 1–2 см. Рідко поглиблення за дівочою плівкою буває меншим за 1 см. УЗД внутрішніх геніталій документально підтверджує правильність трактування клінічних даних. Дослідження проводять при наповненому сечовому міхурі з розташуванням датчика над лоном і в ділянці промежини. Одночасно оглядають органи черевної порожнини й заочеревинного простору.

УЗД дозволяє вірогідно визначити розміри матки і її порожнини, товщину ендометрію, розміри й товщину стінок гематокольпосу, відстань від його дна до шкіри промежини. Разом із тим вірогідність УЗД досить висока лише в діагностиці найбільш простих форм вади – низьких атрезій піхви без подвоєння органів. У всіх сумнівних випадках – при розбіжності даних анамнезу, клінічної картини й результатів обстеження, дані УЗД варто перевіряти іншими методами – ендоскопією, магнітно-резонансною томографією (МРТ).

У деяких спостереженнях найбільш інформативними є лапароскопія й вагінографія. У діагностиці складних або нетипових вад розвитку піхви варто віддавати перевагу МРТ. Спеціальної підготовки до МРТ не потрібно. Дослідження проводять у положенні пацієнтки на спині у фронтальній, сагітальній та аксіальній проекціях. При атрезіях і аплазіях піхви найбільш інформативною для уточнення анатомічної будови є сагітальна проекція, що дозволяє точно визначити величину діастазу між відділами піхви, розміри гематометри й гематокольпосу, оцінити стан шийки матки. Однак при подвоєнні піхви й матки сагітальні зрізи не дозволяють досить легко реконструювати анатомічні взаємовідношення органів. У випадку подвоєння статевих шляхів більш інформативним є дослідження у фронтальній проекції. У розпізнаванні багатьох складних аномалій внутрішніх статевих органів МРТ надає найціннішу інформацію, яка визначає вибір оперативного втручання. Дані УЗД й МРТ при норицевій формі непрохідності піхви можуть відрізнитися залежно від часу проведення дослідження й ступеня заповнення піхви вмістом. Спорожнення звичайно відбувається під час ректально-абдомінального дослідження.

Піокольтос може спорожніти спонтанно на тлі протизапальної терапії. Помилкове трактування даних МРТ є можливим при «порожній» піхві. У діагностиці «порожньої» піхви при норицевих формах атрезії вагінографія більш інформативна, ніж УЗД й МРТ. До появи УЗД й МРТ вагінографія була єдиним дослідженням порожнини піхви вище рівня обструкції. Однак вагінографія пов'язана з високим ризиком інфікування проксимального відділу піхви при замкнутому гематокольтосі. У цей час вагінографію доцільно використовувати лише при норицевій формі атрезії піхви як документуюче дослідження. Ендоскопічні дослідження нижніх сечових шляхів (синусоуретроцистоскопія), як і уродинамічні дослідження, показані дітям із сполученою сечостатевою патологією (ятрогенні ушкодження уретри, персистуючий урогенітальний синус, клоакальні аномалії). Таким чином, уточнення анатомії вади розвитку, необхідне для вибору хірургічної тактики, можливе лише при комплексному обстеженні, що включає рентгенологічні й ендоскопічні методи.

МРТ залишається найбільш інформативним клінічним методом дослідження органів малого таза. Діагностичні труднощі при непрохідності піхви й шийки матки підтверджуються високою частотою й різноманітністю діагностичних помилок, зроблених як гінекологами, так і лікарями інших спеціальностей. Первинний етап діагностики при вродженій непрохідності піхви й шийки матки практично завжди викликає утруднення й рідко завершується встановленням правильного діагнозу.

Захворювання часто проявляє себе досить раптово, починається з гострих болів у животі, затримки сечі або появи пухлиноподібного утворення в черевній порожнині, які нерідко стають причиною термінової лапаротомії. Багатьом дівчатам-підліткам з уродженою непрохідністю піхви спочатку виконують апендектомію із приводу підозри на гострий апендицит і лише потім їм встановлюють правильний діагноз.

Це обумовлено різкими болями в животі, що часто не залишають у хірурга сумнівів у необхідності екстреної операції. Уникнути невиправданих апендектомій дозволяє УЗД.

До тяжких наслідків може призвести невірна діагностика мукокольтосу в грудних дітей. Підозра на пухлину або кісту черевної порожнини провокує хірурга на виконання широкої лапаротомії з видаленням верхнього відділу піхви. Гостра затримка сечі або домішки гною в сечі (піурія), що зустрічається при норицевому піокольтосі, вимагає урологічного обстеження.

Дитина може надовго стати «мандрівником» по урологічних стаціонарах. Часто зустрічаються помилки при повному подвоєнні матки й аплазії або атрезії однієї половини подвоєної піхви. Найбільш складно

визначити другу замкнуту піхву, коли є дві нирки, тому що повне подвоєння матки й додаткова замкнута рудиментарна піхва супроводжуються агенезією однієї нирки.

У зв'язку з гострими болями внизу живота при непрохідності піхви нерідко розкривають гематокольпос і евакуюють його вміст. Подібне втручання, особливо при високому гематокольпосі, пов'язано зі значним ризиком ушкодження уретри, сечового міхура й прямої кишки й може спричинити розвиток піокольпосу, піометри й перитоніту.

Екстрених показань для спорожнення гематокольпосу не існує. Жіночі статеві шляхи мають великі адаптаційні можливості, знеболюючої терапії (баралгін, максиган) буває достатньо для ослаблення або усунення больового синдрому. Оперативні втручання можуть виконувати лише фахівці бажано в пацієнток у міжменструальному періоді. Лікування.

При атрезії дівочої пліви показане оперативне лікування під загальним знеболюванням – традиційне хрестоподібне розсічення гімена. Техніка операції. Гачками Фарабефа розсовують у сторони ділянку входу в піхву. Розтягнена дівоча пліва має вигляд синьо-багряного випинання. За найбільш опуклою її частиною роблять хрестоподібний розріз. З піхви при цьому виділяється вміст гематокольпосу у вигляді дьогтеподібної рідини. Піхву промивають розчином фурациліну. Потім краї розрізу обшиваються вузлуватими кетгутовими швами (краще користуватися тонким кетгутом). Сильної кровотечі під час цієї операції, як правило, не буває.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Клінічна ситуація 1

Пацієнтка 13 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на болі внизу живота, що з'явилися приблизно 6 місяців назад. Болі повторюються щомісяця, тривають 2-3 дні. Два місяці назад пацієнтка з приступом болю була госпіталізована в хірургічне відділення з підозрою на гострий аппендицит, діагноз якого надалі не підтвердився. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: дитячі інфекції, гострий пієлонефрит. Ма2-3Ах2Р2Ме0. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, при розведенні статевих губ виявляється напружена незаймана пліва синюватого кольору. При УЗД визначається нормальних розмірів матка і розташоване нижче неї рідинне утворення розміром 110х70мм (гематокольпос).

Завдання: Попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Атрезія гімена. Гематокольпос. Показано хірургічне лікування – розтин гімена.

Клінічна ситуація 2

Хвора, 17 років, скаржиться на відсутність менструацій, затримку росту та статевого розвитку. Об'єктивно: зріст 140 см, коротка широка шия, крилоподібні складки на шиї, низька лінія росту волосся на потилиці, вторинні статеві ознаки не розвинені, плечовий пояс превалює над тазовим. Установлено гіпоплазію матки.

Завдання: Встановіть діагноз. Обстеження?

Відповідь: Синдром Шерешевського—Тернера. УЗД, визначення каріотипу, визначення кісткового віку, консультація генетика, ендокринолога, гінеколога.

Клінічна ситуація 3

На прийом звернулась дівчинка 16 років зі скаргами на відсутність менструацій. Пацієнтка стоїть на обліку в офтальмолога в зв'язку з кольоровою сліпотою. Відсутній інтерес до протилежної статі. Має астеничний морфотип. Під час огляду діагностовано: молочні залози припухлі, сосок з ареолою здіймається над залозою, в пахвових западинах та на лобку поодинокі волоси, зовнішні статеві органи гіпотрофічні, матка зменшена у розмірах, безболісна. Придатки не достовірно не пальпуються.

Завдання: Попередній діагноз? Додаткове обстеження?

Відповідь: Затримка статевого розвитку. Обстеження: УЗД малого таза, визначення кісткового віку, визначення статевих гормонів, каріотипу, консультація генетика, ендокринолога, гінеколога.

Клінічна ситуація 4

При проходженні проф.огляду дівчинку 14 років поскаржилась, що в неї не має менструації. З анамнезу: в сім'ї по жіночій лінії менархе в 12 років. Телархе у дівчинки в 10 років. Під час огляду: зріст 160 см, вага 51 кг, розподіл жирової тканини за жіночим типом. Молочні залози розвинуті, оволошіння за жіночим типом. Зовнішні статеві органи розвинуті, сформовані правильно, дівоча пліва не ушкоджена. Під час ректального дослідження тіло матки не визначається. Під час уз-дослідження виявлено: верхня третина піхви, матка відсутні, яєчники нормальних розмірів та структури.

Завдання: Попередній діагноз? Прогноз стосовно статевої та репродуктивної функції?

Відповідь: Синдром Майора-Рокітанського-Кюстнера. Враховуючи, що піхва розвивається не із мюлерових протоков, то статеве життя у таких жінок можливе. На разі стати батьками така пара може за допомогою сурогатного материнства.

Клінічна ситуація 5

Дівчинка 3 років знаходиться в урологічному відділенні у зв'язку з випадком гострої затримки сечі. До цього неодноразово лікували запалення сечовивідних шляхів. В загальному аналізі сечі лейкоцитів до 40 у полі зору. В бак.посіві сечі кишкова паличка 10^6 . Загальний стан дитини не порушений. Патології зі сторони внутрішніх органів не виявлено. При проведенні УЗД дослідження в області піхви визначен незначний вміст ридини. Матка та придатки без патологічних змін. При огляді зовнішніх статевих органів: гноєподібні виділення з піхви, достовірно отвір у дівочій пліві не візуалізується.

Завдання: Попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Норицева дівоча пліва. Піокольпос. Провести антибактеріальну терапію у відповідності до чутливості збудника. За необхідністю розширення отвору в дівочій пліві.

Клінічна ситуація 6

До сімейного лікаря звернулась мати дівчинки 14 років зі скаргами на відсутність у дитини розвитку молочних залоз. Росла та розвивалась до цього часу нормально. У школі – відмінниця. Рост 154 см, вага 46 кг, пропорційна будова тіла, інтерсексуального типу. Відсутність вторинних ознак статевого дозрівання. При цитогенетичному дослідженні виявляється наявність жіночого (46,XX) каріотипу. Зовнішні статеві органи розвинуті правильно, при проведенні бімануального ректального дослідження матка визначається гіпоплазована, яєчники не визначаються.

Завдання: Попередній діагноз? Обстеження для верифікації діагнозу?

Відповідь: Синдром Суайра (чиста дісгенезія гонад). УЗД і (або) МРТ малого таза, консультація генетика, вміст гонадотропінів, естрогенів, прогестерону крові.

Тема 7

«Питання контрацепції у підлітків. Вагітність у неповнолітніх».

Мета: Навчити підбору методу контрацепції у підлітків, особливостям перебігу вагітності та пологів у юнацькому віці.

Основні поняття: Методи контрацепції у підлітків. Особливості Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

- Класифікація контрацептивів.
- Механізм дії, ефективність, види гормональної контрацепції.
- Режим прийому оральних контрацептивів.
- Механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів.
- Недоліки внутрішньоматкової контрацепції, протипоказання для її використання.
- Механізм дії, ефективність, переваги, показання, інструкції використання бар'єрних засобів контрацепції та сперміцидів.
- Механізм дії, ефективність, види, інструкції використання невідкладної контрацепції.
- Особливості перебігу вагітності у підлітків.
- Ускладнення під час пологів в підлітковому віці.

План

1.Контроль опорного рівня знань

Тестові завдання

1. Дівчина, 18 років, живе регулярним статевим життям. Статеві партнери різні. Менструальний цикл регулярний, менструації безболісні, помірні. Який метод контрацепції для неї найкращий?

- A. Внутрішньоматковий
- B. КОК, презервативи
- C. Хірургічний
- D. Бар'єрні
- E. ПІК

2. 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?

- A. Діане-35
- B. Триквілар
- C. Нон-овлон
- D. Постинор
- E. Мирена

4. Дівчина, 16 років, має нерегулярні статеві стосунки. Партнери різні. Під час гінекологічного огляду патології не виявлено. Який метод контрацепції для неї найкращий?

- A. Внутрішньоматковий
- B. Імпланти
- C. Хірургічний
- D. Презервативи
- E. КОК

5. Хвора 17 років доставлена у стаціонар «Швидкою допомогою» зі скаргами на раптові болі внизу живота, слабкість; АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 110 ударів за 1 хв, температура тіла 36,9 °С. Остання менструація — 6 тижнів тому. Живе статевим життям, від вагітності не застерігається. При піхвовому обстеженні: шийка матки не ерозована, ціанотична. Матка збільшена до 6 тиж. вагітності, безболісна. Придатки справа різко болючі. Пальпація утруднена за рахунок болючості на напруги м'язів у нижніх відділах живота. Який діагноз найвірогідніший?

- A. Дисфункціональна маткова кровотеча
- B. Запалення придатків матки
- C. Неповний аборт
- D. Порущена позаматкова вагітність
- E. Апоплексія яєчника

Правильна відповідь 1-В, 2-А, 3-Д, 4-Д

2.Обговорка теоретичних питань для перевірки базових знань за темо В даний час біологічне дорослішання підлітків відбувається раніше, ніж у попередніх поколінь. За даними ВООЗ середній вік першого контакту серед хлопчиків складає 16,1, серед дівчаток 15,0 років. За даними 2020 року зафіксовано 61 тис. 48 абортів, з яких 42 тис. 44 зробили жінки у віці 20-34 років, 1 тис. 835 – у віці 18-19 років, 538 – у віці 15-17 років. Дівчата до 14 років зробили 35 абортів і це тільки офіційні дані. У зв'язку з цим стає зрозумілим, чому проблема контрацепції у підлітків заслуговує особливої уваги.

Проблема підліткової вагітності не належить виключно до сфери охорони здоров'я, це соціальна проблема, глибоко пов'язана з питаннями соціально-економічного розвитку країни, гендерної рівності, бідності, криміногенною ситуацією та станом освіти.

У світі щороку приблизно 16 мільйонів дівчаток у віці 15-19 років народжують дітей. Ускладнення під час вагітності і пологів продовжують бути однією з основних причин смертності серед дівчат-підлітків у віці 15-19 років у небагатих країнах. Серед дівчат-підлітків та молодих жінок спостерігається високий рівень захворюваності та смертності в результаті

нелегальних абортів. За статистикою, загалом показники завмирання вагітності та мертвонародження є вдвічі більшими для немовлят, народжених матерями молодшими за 20 років, у порівнянні з матерями у віці 20-29 років.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ «Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції» (2004), підлітки можуть застосовувати будь-який протизаплідний метод і повинні мати велику свободу вибору в цьому питанні. Сам по собі вік не є достатньою підставою для обмеження їх доступу до того чи іншого методу контрацепції.

Дослідження, проведені у багатьох країнах, показали, що у 84% випадків вагітність серед жінок віком до 20 років є незапланованою. Згідно зі статистичними даними, в Україні на операцію переривання вагітності змушена йти молода жінка в кожному десятому випадку. Крім того, вагітність серед підлітків є основною причиною, через яку вони залишають навчання. Бесіди з такими пацієнтками слід спрямувати на вирішення таких важливих питань, як здоровий спосіб життя, статеве виховання, психологічні моменти (мораль і поведінка), а також ризик зараження ЗПСШ.

Консультант повинен обговорити з дівчиною можливі медичні проблеми, пов'язані з раннім початком статевого життя: ризик виникнення раку шийки матки, пряма залежність частоти ЗПСШ від кількості сексуальних партнерів. Для підлітків, які мають статеві відносини, консультацію з питань контрацепції слід починати з бесіди про те, що найбільш надійним способом уникнення вагітності є відсутність сексуальних контактів. Потрібно пояснити, що секс означає більше, ніж просто статевий акт, і відсутність сексуальних відносин – найкращий захист від ЗПСШ.

Дівчину необхідно заспокоїти і пояснити, що різні методи контрацепції можуть бути допустимі тією мірою, в якій вони здатні запобігти вагітності. Вік, соціальні чинники і сексуальний досвід підлітків ускладнюють призначення їм протизаплідних засобів, тим більше що за відсутності ідеального методу контрацепції дуже важко зробити правильний вибір. У той час як деякі спеціалісти висловлюють сумніви з приводу можливості застосування певних контрацептивних засобів підлітками (наприклад ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду особами віком до 18 років), такі сумніви слід зіставляти з потенційно позитивним ефектом, пов'язаним із запобіганням ранній вагітності. Імовірно, що більшість рекомендацій щодо правильного використання методів контрацепції для пацієнтів зрілого віку є також прийнятними і для підлітків.

Таким чином, контрацепція у неповнолітніх – дуже делікатна сфера консультування. Засоби контрацепції для підлітків розділяють на:

- бажані (презервативи, гормональні контрацептиви);
- застосовувані (сперміциди);
- менш популярні (методи природного планування сім'ї);
- використовувані в крайніх випадках (невідкладна контрацепція).

Презерватив вважається найкращим засобом контрацепції для молоді. Основними позитивними якостями використання презервативів є:

- захист від ЗПСШ, у т.ч. СНІДу;

- відсутність побічних ефектів;
- можливість застосування без призначення лікаря;
- простота використання;
- низька вартість.

Недоліки даного способу контрацепції:

- дискомфорт;
- алергічні реакції на латекс;
- залежність від партнера;
- недостатня надійність.

Перераховані недоліки значною мірою впливають на популяризацію цього способу контрацепції. Однак для підлітків, які мають нечасті статеві контакти, такий метод має бути переважаючим, оскільки є одним із засобів профілактики ЗПСШ. Цей факт необхідно підкреслювати під час бесіди з молодими особами. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними (теоретична ефективність 90-95 %, а практична – 90 %).

Пероральні контрацептиви.

Останніми роками спостерігається значний прогрес у розробленні безпечних та ефективних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) зі зниженими дозами естрогенів. Також широко впроваджуються прогестагени нового покоління. Сьогодні вважається, що ідеальний контрацептив не повинен впливати на обмін жирів та вуглеводів, а також на гемостаз, і будь-які зміни відповідних показників розцінюють або як побічні ефекти, або як ускладнення.

Незважаючи на значну кількість публікацій щодо призначення КОК жінкам репродуктивного віку, даних стосовно застосування цих препаратів молодими і юними особами недостатньо. Із багатьох причин вирішення питання призначення пероральної контрацепції цій групі населення є особливо важливим. Клінічними спостереженнями і багаторічним досвідом дослідників з країн Європи та США доведено, що КОК – найефективніший метод контрацепції серед здорових дівчат-підлітків. Однак серед цього контингенту відзначено й особливі труднощі у використанні КОК. Порівняно з жінками старшого віку підлітки частіше забувають приймати таблетки або передчасно припиняють їх вживання у разі появи небажаних побічних ефектів, таких як міжменструальні виділення, нудота тощо.

При призначенні КОК слід враховувати:

- сімейний анамнез;
- індивідуальний анамнез, включаючи характер менструації і частоту статевих зносин;
- початок регулярних менструацій;
- екстрагенітальні захворювання, в т.ч. серцево-судинні, цукровий діабет,
- порушення гемостазу, гепатит тощо;
- ризик вагітності залежно від вибору контрацептивного методу.

Значні переваги застосування КОК підлітками полягають у зниженні частоти надмірних менструальних кровотеч, дисменореї, порушення менструального циклу, ризику розвитку фолікулярної кісти яєчника, анемії, ендометріозу, *aspe vulgaris* (вугрового висипу). Серед побічних ефектів КОК відмічаються нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Слід зазначити, що такі побічні ефекти, як нудота і головний біль, з'являються не частіше ніж в 1 % випадків. Підвищену увагу привертає проблема збільшення маси тіла, що може бути основною причиною відмови від цього методу контрацепції.

Підлітки більшою мірою, ніж інші групи населення, стурбовані своїм зовнішнім виглядом, і збільшення маси тіла ними може сприйматися різко негативно. Згідно з результатами ряду досліджень, при використанні КОК третього покоління збільшення маси тіла відмічається лише у 1,4 % молодих пацієнток. Загалом же побічні ефекти трапляються у 4,4 % дівчаток, що змушує їх відмовитися від застосування КОК.

Використання пероральних контрацептивних таблеток набуває популярності серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий протизаплідний ефект. Показник неефективності (індекс Перля) у дівчат-підлітків дещо вищий, ніж у жінок зрілого віку, що пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні ними КОК. У кожних шести зі 100 жінок віком до 22 років, які приймають КОК, настає вагітність протягом першого року їх застосування. Слід зазначити, що кількість невдач контрацепції у 4 рази більша у тих, хто використовує презервативи, і в 6-7 разів – у тих, хто застосовує сперміциди.

З цієї причини значна частина сексуально активних підлітків вибирають КОК. 13 Разом із тим більшість з них віддають перевагу поєднаному застосуванню КОК і презервативів, оскільки останній захищає від ЗПСШ (голландський подвійний метод контрацепції).

Сучасні сперміциди складаються з двох компонентів: хімічної речовини, що інактивує сперму, і так званої основи або носія. Обидва компоненти відіграють важливу роль у забезпеченні контрацептивного ефекту. Носій обволікає шийку матки, в результаті чого зменшується її контакт зі спермою. Сьогодні відомо понад 60 хімічних речовин і сполук з доведеною сперміцидною активністю. Найбільш вивченими серед них є бензалконію хлорид, октоксинол і менфегол. Невідкладна контрацепція. На перший погляд, цей метод пероральної гормональної контрацепції є прийнятним для підлітків, тому що незаплановані статеві контакти у них бувають досить часто.

Однак його не слід рекомендувати як регулярну контрацепцію. Метод ефективний лише протягом 72 год після статевого контакту. Дівчинка-підліток обов'язково повинна проходити обстеження на наявність вагітності. Такий візит може стати приводом для інших рекомендацій з питань контрацепції.

Одним із препаратів невідкладної контрацепції є гестагенний гормональний контрацептив для системного застосування – ескапел, одна таблетка якого містить 1,5 мг левоноргестрелу. Показання до використання ескапелу: термінова пероральна контрацепція в перші 72 год після статевого

акту, під час якого жодний з протизаплідних засобів не використовувався або застосований метод не був досить надійним. Таблетки ескапел можна приймати в будь-який день менструального циклу за умови, що попередня менструація пройшла нормально. Протипоказання до використання ескапелу: підвищена чутливість до компонентів препарату, вік до 16 років, вагітність (встановлена чи підозрювана), період грудного вигодовування. Прийом таблетки ескапел не є протипоказанням для продовження регулярного використання перорального гормонального протизаплідного засобу. Слід зазначити, що застосування екстрених контрацептивів не виключає необхідності захисту від венеричних захворювань.

Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК). Переваги цього методу запобігання незапланованій вагітності широко відомі. Однак у дівчат-підлітків при його використанні існує високий ризик виникнення запальних захворювань статевих органів. Ризик підвищується зі збільшенням кількості статевих партнерів, що часто відзначається в молодому віці. Крім того, ВМК не лише не захищає від ЗПСШ, а навіть, навпаки, різко підвищує небезпеку їх розвитку. Велика кількість експульсій, больовий синдром та збільшення кількості менструальної крові у багатьох випадках зумовлюють неприйнятність цього методу контрацепції для дівчаток.

Підлітки вважаються проблемною групою населення. Якщо молода жінка звертається зі своїми проблемами, їй достатньо надати одну консультацію. Коли ж звертається дівчина підліткового віку, необхідно зробити все, щоб така пацієнтка не випала з поля зору, провести просвітницьку роботу, у т.ч. забезпечити потрібною інформацією щодо існуючих методів запобігання небажаній вагітності.

Досвід багатьох країн світу показує, що консультування підлітків з питань сексуальної поведінки і контрацепції знижує ризик появи порушень їхнього здоров'я та настання непланованої вагітності.

Велике навантаження на незрілий, незміцнілий організм, обумовлене вагітністю, є серйозним випробуванням.

Вагітність у дівчаток молодше 8 років стає можливою у разі прискореного статевого дозрівання. У віці від 9 до 16 років вагітність може настати навіть у випадках, коли динаміка статевого дозрівання не випереджає норму.

Класифікація вагітності. Розрізняють вагітність, що виникла до періоду статевого дозрівання (віолентна овуляція відбувається задовго до пубертатного періоду) і вагітність у вже набула пубертатного періоду. У цих двох групах особливості перебігу вагітності та пологів і, природно, тактика їхнього ведення суттєво відрізняються. Зокрема, при вагітності та пологах у період статевого дозрівання відзначається менше ускладнень, ніж у молодшому віці.

Крім того, підлягають розмежуванню випадки вагітності, що виникла у дівчаток без ознак передчасного статевого дозрівання (з одного боку) та у тих, у яких вони є (з іншого). При передчасному статевому дозріванні вагітність

частіше виникає при істинному варіанті, ніж при патологічному (на ґрунті пухлини тощо).

Вплив вагітності на організм дівчинки. Немає сумніву, що вагітність, якщо вона настала в юному віці, прискорює процеси соматичного та статевого дозрівання. Секреція естрогенів та прогестерону не поступається такою у дорослих вагітних жінок.

Особливо наочними є зміни кісткового таза, який за час вагітності у 13-15-річних може досягти розмірів, характерних для 16-18 років. Втім, зовнішня кон'югата збільшується повільніше від інших зовнішніх розмірів. З молодих первородних у 10,7 % пологи протікають за наявності анатомічно звуженого таза; в той же час більшою мірою, ніж у дорослих жінок, виражені гідрофільність та еластичність зв'язкового апарату, симфізу та хрящових зон. Все це забезпечує деяку податливість кісткового кільця.

Доводиться спостерігати, як у дівчинки без виражених вторинних статевих ознак до вагітності вони з'являються навіть у тому випадку, якщо вагітність була перервана в ранні терміни.

Щодо психічних реакцій юних вагітних, то вони, за нашими спостереженнями, відповідають віку, але не випереджають його. Психопатії та психози спостерігаються рідко, здебільшого при згвалтуванні (реактивний психоз). Ряд характерологічних характеристик, що виявляються у цій групі, пояснюється недоліками виховання. Так, опитавши 79 неповнолітніх вагітних, констатували переважання у них незалежного характеру, схильності до експериментування, непрактичності, убогості емоційного світу, невихованості.

Особливості перебігу вагітності у юнацькому віці. Вагітність протікає, як правило, сприятливо. Тривалість її - 38-0,9 тижнів, тобто трохи менше, ніж у дорослих жінок. Недоношування становить 3%. Переношування майже не спостерігається. Багатоплідна вагітність у юних зустрічається рідше (1: 100), ніж у старших вікових групах.

Ранній токсикоз діагностується не дуже часто. Ускладнення вагітності пізнім токсикозом спостерігається, за даними літератури у 46-65,29%.

Згідно з думкою цитованих авторів, вагітність у юному віці ускладнюється взагалі у 40-70 %.

Діагностика ранньої вагітності. Діагностика вагітності в юному віці ґрунтується на виявленні тих же передбачуваних, ймовірних та безперечних ознак, що й у дорослих жінок, проте діагноз встановлюється нерідко із запізненням, тобто з появою саме достовірних ознак.

Основною перешкодою для правильної та своєчасної діагностики постає сама юна вагітна, яка через низку обставин або не підозрює про вагітність, або приховує появу сумнівних (суб'єктивних) ознак вагітності. Іноді вперше дізнається про вагітність людина, якій дівчинка особливо довіряє: шкільна вчителька, піонервожата і т.д. Нерідко першим діагноз вагітності ставить дільничний педіатр під час огляду та пальпації живота. Діагностичні помилки при встановленні вагітності в юному віці – явище досить поширене. Ще на етапі ознайомлення з анамнезом до лікарської

помилки наводять запевнення родичів, які супроводжують дівчинку, про те, що «вагітність тут неможлива».

Цілість цноти або відсутність її цілості не мають вирішальної діагностичної цінності. Характерно, що у першому триместрі вагітності відзначаються недостатнє розм'якшення матки, деяке відставання її величини від термінів затримки місячних та помірна вираженість групи ймовірних ознак, заснованих на констатації розм'якшення перешийка. Окрім загальноприйнятих клінічних методів діагностики, не слід забувати про існування таких додаткових методів, як визначення плацентарного лактогену, хоріонічного гонадотропіну, оглядова рентгенографія живота, ультразвукова діагностика, фоно- та електрокардіографія плода.

У процесі диференціальної діагностики виникає необхідність відрізнити вагітність від наступних захворювань: аномалій розвитку матки, опущення нирки, пухлини малого таза або черевної порожнини, ожиріння (нерідко супроводжується аменореєю), первинної позаматкової вагітності (частіше у правій матковій трубі).

Ведення вагітності. Сам факт встановлення діагнозу вагітності накладає на лікаря додаткову відповідальність за долю юної матері та її дитини. Насамперед доводиться вирішувати питання про можливість доносити вагітність та народити з мінімальними збитками для здоров'я. Рішення має бути суворо індивідуальним. Визначальними є вік дівчинки та термін вагітності. Стереотипні рішення, спрямовані, скажімо, на безумовне переривання вагітності, можуть завдати шкоди, оскільки бувають ситуації, особливо у другому триместрі, за яких ризик, пов'язаний із перериванням, перевищує шкоду здоров'ю від навантаження, зумовленого виношуванням плода та пологам.

У здорових дівчат 15-17-річного віку у першому триместрі переважно позитивне вирішення питання про залишення вагітності, тому що вагітність та пологи проходять, як правило, благополучно. Водночас небезпека ускладнень, пов'язаних із штучним абортom у юному віці, більша, ніж у дорослих жінок. За наявності важких захворювань або виникнення ускладнень, що загрожують здоров'ю, відбувається переривання вагітності за відповідними показаннями.

Якщо школярка доношуватиме вагітність, то відвідування школи небажане з етичних та педагогічних міркувань. Крім того, навчальне навантаження несприятливо відбивається на становленні гестаційної домінант і може стати етіологічним моментом у розвитку пізнього токсикозу вагітних. Не можна забувати і про те, що необхідність частоті госпіталізації також не сприяє продовженню навчання.

Дівчинка встає на облік у жіночій консультації та періодично (не менше 3 разів протягом вагітності) надходить у допологове відділення, де проводиться поглиблене спостереження за станом її здоров'я та розвитком внутрішньоутробного плода. При необхідності проводяться профілактичні чи лікувальні заходи; зокрема, ліквідуються осередки латентної інфекції та санується піхву. Особлива увага у стаціонарі приділяється фізіо-психо-

профілактичній підготовці до пологів, оскільки в жіночій консультації це здійснити важко.

З огляду на те, що в юному віці пологи настають на 1-2 тижні раніше, ніж у дорослих жінок, останнє приміщення в стаціонар має проводитися не пізніше терміну 36-37 тижнів вагітності. За цей час проводиться чергове обстеження, здійснюється підготовка до пологів та складається план їх ведення.

Протягом пологів. Перебіг і результати пологів суттєво залежать від приналежності дівчинки до певної вікової групи. Якщо у 14 років і менше відсоток важких ускладнень великий (15), то групі 15-17 років відсоток ускладнень різко знижується (1-2).

У породіль віком до 14 років можна окреслити таку структуру основних ускладнень під час пологів:

а) клінічна невідповідність між головкою плода та тазом матері, б) слабкість родової діяльності, в) травми родових шляхів, г) гіпотонічну кровотечу (перераховані в порядку спадання). /p>

Водночас у породіль 15-17 років структура ускладнень дещо інша:

а) швидкі пологи, б) первинна слабкість пологової діяльності, в) розриви шийки матки та промежини, г) гіпотонічну кровотечу.

Таким чином, більшість ускладнень зобов'язана своїм генезом порушення скорочувальної здатності матки, обумовленої як незрілістю регулюючих ланок, і неповноцінністю виконавчих тканин (міометрія). Ведення пологів. Розродження юних вагітних слід проводити у висококваліфікованих установах, бажано в тих, де є фахівці з відповідним досвідом та цілодобова анестезіологічна та педіатрична служби. Від лікаря та акушерки вимагається особливий підхід до юної породіллі, продиктований необхідністю зважати на незвичайність становища, емоційну лабільність, низький поріг больової чутливості та постійну загрозу ускладнень для матері та плода.

У перший період пологів паралельно ретельному контролю за динамікою структурних змін шийки матки (переважні зовнішні прийоми, наприклад спосіб Роговина) необхідно призначати засоби, що діють спазмолітично, зменшують тим самим больові відчуття. Застосування анестезії ґрунтується на достатньому виборі засобів. Широке використання знеболювальних засобів не виправдане в тих випадках, коли велика можливість виникнення клінічної невідповідності між головкою плода та тазом матері. З цих міркувань протипоказано призначення сильних стимулюючих матку засобів.

Оперативні втручання серед юних породіль робляться не частіше, ніж зазвичай у клінічній практиці: перинеотомія – у 12%, акушерські щипці – у 1%, кесарів розтин – у 0,5%. Вакуумекстракція плода взагалі не застосовується. Ті автори, які вказують на високу захворюваність юних вагітних пізнім токсикозом, природно, наводять високий відсоток оперативного розродження (17-22%).

У вагітних віком до 14 років (особливо молодших 12) доводиться частіше, ніж у старшому віці, схилитися до розродження шляхом кесаревого розтину в плановому порядку на термін 39-40 тижнів. Визначальними обставинами стають розміри таза, характер передлежання, ймовірна маса плоду та стан здоров'я дівчинки. За 1-3 години до виробництва кесаревого розтину розкривається плодовий міхур. Цим досягається поступовість спорожнення матки і, отже, профілактика гіпотонічної кровотечі та лохіометри.

Якщо лікар має надію на спонтанне завершення пологів, то спочатку він веде пологи консервативно; надалі поява ускладнень змушує приступити до оперативного розродження. При сучасній анестезії кесарів розтин становить для вагітної молодше 14 років не більший ризик, ніж, наприклад, розродження *per vias naturales* або плодоруїнівна операція. До того ж під час обжерливості вдається зробити ревізію органів малого таза, зокрема оцінити стан яєчників.

Переведення в післяпологове відділення після спонтанних пологів та огляду м'яких родових шляхів проводиться, як правило, не через 2-4 год, а через 10-12 год через побоювання не помітити початок гіпотонічної кровотечі.

У післяпологовому періоді питання годування груддю вирішується по-різному, залежно від планів опікунів, усиновлювачів дитини. Стосовно породіль молодших 14 років і старших, які відмовляються від дітей, застосовуються заходи, що припиняють лактацію. Надалі відвідування дівчинкою того ж колективу учнів, очевидно, не можна вважати виправданим з педагогічної точки зору.

Таким чином, вагітність пред'являє додаткові вимоги до всіх органів та систем юної вагітної, які через вікові особливості перебувають у стані функціональної напруги. Наш досвід переконує в тому, що ретельне спостереження за такими вагітними в умовах жіночої консультації та особливо стаціонару, своєчасна та цілеспрямована корекція помічених відхилень, а також дбайливе ведення пологів закономірно забезпечують зниження кількості ускладнень.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок

Клінічна ситуація 1

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.

Завдання: Який діагноз найвірогідніший?

Відповідь: Вагітність 6 тиж. Неповний самовільний викидень.

Клінічна ситуація 2

Дівчина 16 років звернулась до сімейного лікаря з питанням «Як запобігти небажаній вагітності?». З анамнезу: статевий акт відбувся десь 12-14 годин тому. Під час статевого акту розірвався презерватив. Партнер малознайомий.

Завдання: Що повинен рекомендувати лікар?

Відповідь: Для запобігання вагітності потрібно негайно випити постінор за схемою. В разі затримки менструації звернутись до гінеколога для виключення вагітності. Окрім того потрібно буде зробити тести на ВІЛ, RW, ЗПСШ.

Клінічна ситуація 3

Пацієнтка 16 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, крижах, головний біль, нудоту, блювоту, понос, що починаються одночасно с початком менструальних кровотеч і тривають перші два дні менструації. Хвора в ці дні не працездатна. Має регулярні статеві стосунки з одним партнером. Менструації з 13 років, перші 1,5 роки не регулярні, в останній час по 4-5 днів через 28, помірні, болісні. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Завдання: Попередній діагноз? Який метод контрацепції доцільно призначити?

Відповідь: Альгодісменорея. КОК.

Клінічна ситуація 4

До сімейного лікаря звернулася пацієнтка 16 років. Протягом року має нерегулярні статеві стосунки. Має дізкенезію жовчного міхура. Наполягає на встановленні внутріматкового контрацептива «Мірена», наполягаючи на тому, що в неї протипоказання до оральних контрацептивів.

Завдання: Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь: Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

Перелік практичних навичок, якими має оволодіти здобувач вищої освіти під час вивчення дисципліни «Дитяча гінекологія»

1. Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах.
2. Забір матеріалу із статевих шляхів жінки для бактеріоскопічного дослідження.

3. Забір матеріалу із статевих шляхів жінки для бактеріологічного дослідження.
4. Цервікальний скринінговий тест: забір матеріалу з шийки матки для цитоморфологічного дослідження, для PAP-тесту методом рідинної цитології.
5. Бімануальне дослідження в гінекології.
6. Клінічне обстеження молочних залоз.
7. Забір матеріалу для морфологічного дослідження ендометрія шляхом аспіраційної пайпель-біопсії.
8. Зовнішня та внутрішня пельвіометрія.
9. Визначення акушерської (справжньої) кон'югати, індексу Соловйова.
10. Зовнішнє акушерське обстеження (прийоми Леопольда).
11. Аускультация серцебиття плода.
12. Встановлення передбачуваної дати пологів, визначення передбачуваної маси плода.
13. Внутрішнє акушерське дослідження.

Перелік алгоритмів практичних навичок до ОСКІ – 2

1. Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах
2. Забір мазків на бактеріоскопічне дослідження з статевих шляхів жінки
3. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з статевих шляхів жінки
4. Забір мазків з шийки матки на цитоморфологічне дослідження
5. Бімануальне дослідження органів малого таза жінки
6. Клінічне обстеження молочних залоз
7. Пельвіометрія
8. Зовнішнє (прийоми Леопольда) акушерське обстеження
9. Аускультация плода

Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.

7. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.
8. Зняти оглядові рукавички.
9. Вимити руки.

Забір мазків на бактеріоскопічне дослідження з статевих шляхів жінки

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти предметне скло, що промарковано U/C/V.
4. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження з уретри ватним аплікатором або ложкою Фолькмана з глибини 1,5-2 см шляхом зішкріба та нанести на предметне скло в ділянці U.
5. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
6. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
7. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
8. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:
 - a. колір та стан слизової оболонки піхви,
 - b. характер піхвових виділень,
 - c. форму шийки матки,
 - d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
 - e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
 - f. характер виділень з цервікального каналу.
9. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження.
10. Другий кінець ложки Фолькмана або цитощітку обережно ввести у цервікальний канал, взяти матеріал шляхом зішкріба, нанести на предметне скло в ділянці C.
11. Шпателем Ейра взяти матеріал із заднього склепіння піхви, нанести на предметне скло в ділянці V.
12. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.
13. Зняти оглядові рукавички.
14. Вимити руки.

Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з статевих шляхів жінки

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти три стерильні пробірки з аплікаторами. На них написати необхідні дані та промаркувати (уретра, цервікальний канал, заднє склепіння піхви).

4. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з уретри аплікатором з глибини 1,5-2 см. Помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.

5. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.

6. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.

7. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.

8. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:

- a. колір та стан слизової оболонки піхви,
- b. характер піхвових виділень,
- c. форму шийки матки,
- d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
- e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
- f. характер виділень з цервікального каналу.

9. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження.

10. Обережно ввести у цервікальний канал аплікатор, помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.

11. Взяти аплікатором матеріал із заднього склепіння піхви, помістити у відповідну стерильну пробірку.

12. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.

13. Зняти оглядові рукавички.

14. Вимити руки.

Забір мазків з шийки матки на цитоморфологічне дослідження

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.

2. Вдягнути оглядові рукавички.

3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.

4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.

5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.

6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки:

- a. колір та стан слизової оболонки піхви,
- b. характер піхвових виділень,
- c. форму шийки матки,
- d. довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах,
- e. форму зовнішнього вічка шийки матки,
- f. характер виділень з цервікального каналу.

7. Ватним тампоном видалити зайві виділення.

8. Взяти предметне скло, що промарковано Ш (екзоцервікс) та Ц (ендоцервікс).

9. Провести забір матеріалу для цитоморфологічного дослідження.

10. Шпателем Ейра (або зігнутою на 90° цитощіткою) провести зішкріб з поверхні шийки матки шляхом проведення повного оберту (на 360°), матеріал нанести на предметне скло широким штрихом, тонким та рівномірним мазком під позначкою Ш (екзоцервікс).

11. Ввести цитощітку в цервікальний канал, перевірити її на 360° 2 рази, зібраний матеріал обертальними рухами навколо своєї вісі нанести на предметне скло під позначкою Ц (ендоцервікс).

12. Обережно видалити дзеркало Куско.

13. Зняти оглядові рукавички.

14. Вимити руки.

Бімануальне дослідження органів малого таза жінки

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.

2. Вдягнути оглядові рукавички.

3. Першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести статеві губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви.

4. Обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести доверху.

5. Визначити довжину та ширину піхви, еластичність стінок піхви, чутливість при пальпації, наявність перетинки, новоутворень та ін.

6. Визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах.

7. Визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка), прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця), оцінити болісність екскурсії шийки матки.

8. Долоню другої руки обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки.

9. Вивести тіло матки між двома руками та визначити: положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio), розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені), консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена), рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома), чутливість при пальпації (болісна, безболісна).

10. Розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.

11. Розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.

12. Визначити ємкість піхвових склепінь.

13. Зняти оглядові рукавички.

14. Вимити руки.

Клінічне обстеження молочних залоз

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрія, втягіння та ін.).
4. Попросити пацієнтку покласти руки за голову у положенні стоячи.
5. Провести послідовно пальпацію правої та лівої молочних залоз, використовуючи подушечки вказівного, середнього та безіменного пальців «домінантної» руки. Другою рукою підтримувати молочну залозу. Спочатку провести поверхневу, потім глибоку пальпацію молочної залози.
6. При пальпації обстежити тканину молочних залоз, починаючи з верхньо-зовнішнього квадранту, продовжувати за годинниковою стрілкою та завершити також у верхньо-зовнішньому квадранті. Визначити щільність тканини молочної залози, її однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень.
7. При виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, болісність.
8. Провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках.
9. Визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз шляхом обережного стискання країв ареоли між вказівним та великим пальцями, провести оцінку виділень (немає, серозні, з домішками крові, молокоподібні, молоко та ін.).
10. Зняти оглядові рукавички.
11. Вимити руки.

Пельвіометрія

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.
2. Вдягнути оглядові рукавички.
3. Взяти в руки тазомір.
4. Розташувати гудзики тазоміра на передньо-верхні ості клубових кісток, вказати нормативний показник D. spinarum, який дорівнює 25-26 см.
5. Перевести гудзики тазоміра на найбільш віддалені місця гребенів клубових кісток, вказати нормативний показник D. cristarum, який дорівнює 28-29 см.
6. Встановити гудзики тазоміра на великі вертлюги стегнових кісток, вказати нормативний показник D. trochanterica, який дорівнює 30-31 см.
7. Укласти пацієнтку на кушетку на лівий бік із зігнутою у колінному суглобі лівою ногою, виміряти відстань від верхнього краю симфіза до надкрижової ямки, вказати нормативний показник C. externa, який дорівнює 20-21 см.
8. Зняти оглядові рукавички, одягнути нові оглядові рукавички.

9. Під час внутрішнього акушерського дослідження виміряти відстань від нижнього краю симфіза до крижового миса, вказати нормативний показник C. diagonalis, який дорівнює 12,5-13 см.

10. Зняти оглядові рукавички.

11. Вимити руки.

Зовнішнє (прийоми Леопольда) акушерське обстеження

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.

2. Вдягнути оглядові рукавички.

3. Шляхом пальпації живота ребрами обох долоней визначити рівень розташування дна матки та частини плода, що розташована у дні матки.

4. Покласти долоні на ліву та праву частину передньої стінки матки.

5. Почергово провести пальпацію передньої стінки матки пальцями відповідної руки, одночасно фіксуючи протилежну сторону долонею іншої.

6. Визначити положення, позицію та вид плода.

7. Руку розмістити на верхньому краї лонної дуги, охопити передлеглу частину плода.

8. Визначити передлежання плода.

9. Повернутись спиною до пацієнтки, розмістити долоні на передньо-бокових стінках матки.

10. Перемістити долоні зверху донизу та ззовні до середини, намагаючись підвести пальці під передлеглу частину плода.

11. Визначити розташування передлеглої частини плода.

12. Дати повну відповідь: положення, передлежання, позиція та вид плода.

13. Зняти оглядові рукавички.

14. Вимити руки.

Аускультация плода

Кроки виконання процедури:

1. Вимити руки.

2. Вдягнути оглядові рукавички.

3. Визначити розташування плода в матці (положення - поздовжнє, поперечне, косе; передлежання - головне, тазове; позиція - перша, друга; вид плода - передній, задній) за допомогою II та III прийомів Леопольда.

4. Взяти акушерський стетоскоп в домінуючу руку.

5. Визначити та описати розташування точки для проведення аускультції, прикласти дистальний розтруб акушерського стетоскопу (місце найкращого вислуховування серцевих тонів залежить від положення, передлежання, позиції й виду плода: при головному передлежанні - нижче пупка, тазовому - на рівні або дещо вище пупка, при

живота, при передньому виді серцебиття вислуховують ближче до серединної лінії живота, при задньому - ближче до латеральних відділів живота).

6. Зняти оглядові рукавички.

7. Вимити руки.

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

- методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:

- методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:

- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;

- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Студент вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Студент добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Студент недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Студент не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г.-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
3. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – «Медицина» 2021. – 464 с.
4. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.
5. Уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з акушерства, гінекології та педіатрії <https://www.dec.gov.ua/>

Додаткова:

1. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
2. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
3. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
4. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. Том 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання «Медицина», 2019. - 392с
5. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
6. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
7. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021
8. Медицина за Девідсоном: принципи і практика. Том 3/за ред.Стюарта Г. Ралстона, Яна Д.Пенмана, Марка В.Дж.Стрекена, Річарда П.Гобсона. - «Медицина», 2021. – 664с.
9. Уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з акушерства, гінекології та педіатрії <https://www.dec.gov.ua/>

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>