



Гинекология детей и подростков.

Основные вопросы:

1. Воспалительные заболевания половой системы у девочек.
2. Опухоли половой системы у девочек
3. Нарушения полового развития



Анатомо-физиологические особенности детского возраста

- ⇒ **Обильная складчатость влагалища**
- ⇒ **Щелочная или нейтральная реакция среды влагалища**
- ⇒ **Преобладает кокковая флора**
- ⇒ **Отсутствуют палочки Дедерлейна**
- ⇒ **Большие половые губы не полностью прикрывают малые**
- ⇒ **Большие вестибулярные железы мало дифференцированы**

Воспалительные заболевания

чаще встречаются у девочек дошкольного и младшего школьного возраста.

Воспалительный процесс у девочек локализуется на наружных половых органах и во влагалище.

Неинфекционные агенты:

- Механические
- Термические
- Химические

Инфекционные агенты (имеют ведущее значение):

- Бактерии
- Грибы
- Вирусы
- Смешанная инфекция (чаще)
- Кишечная палочка
- Гарднереллы
- Хламидии
- Микоплазмы
- Уреаплазмы

Вульвовагинит.

Наиболее частая форма воспалительных процессов у девочек.

Клинические проявления:



Жжение после мочеиспускания

Зуд

Боли в области наружных половых органов

При осмотре:

Определяется гиперемия и отек наружных половых органов

выявляются водянистые желтые или серозно-гнойные выделения со зловонным запахом

Определяется мацерация наружных половых органов

Диагностика вульвовагинита:

- ⇒ **Анамнез**
- ⇒ **Осмотр**
- ⇒ **Бактериоскопическое и бактериологическое исследование выделений для идентификации возбудителя**
- ⇒ **Обследование смежных органов (уретры, мочевого пузыря, прямой кишки).**
- ⇒ **УЗИ органов малого таза**



Лечение вульвовагинита:

Антибактериальное, в соответствии с чувствительностью возбудителя.

Применяются орошения наружных половых органов настоями трав: ромашка, шалфей, чистотел. Влагалищные орошения проводятся через тонкий катетер: используется 1% раствор хлорофиллипта, 3% раствор лизоцима, раствор "cyteal" (разведение 1:10) – 5-7 дней.

Можно применять мазевые аппликации на вульву: мазь "Олазоль", "Гипозоль", "Ингалипт", "Каланхоэ", (в аэрозолях).

Имеется вагинальная форма лечения вульвовагинитов у девочек препаратом "полижинакс вирго".

ПОЛИЖИНАКС® ВИРГО



Уникальная форма, адаптированная для лечения вульвовагинитов у девочек и девушек



СОСТАВ

сульфат неомицина 35000 ЕД
сульфат полимиксина 35000 ЕД
нистатин 100000 ЙОД
диметикон 2,25 грамма

ПОКАЗАНИЯ

Местное лечение бактериальных, грибковых и смешанных вульвовагинитов у девочек и девушек-подростков

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Повышенная чувствительность к компонентам препарата (или к химически родственным препаратам)

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗИРОВКА

Интравагинальная инстилляция перед сном, после вечернего туалета. Мягкая капсула в форме груши позволяет легко вводить препарат девочкам и девушкам-подросткам, без риска повреждения девственной плевы.

Отрезать заостренный кончик капсулы при помощи ножниц (срез должен быть ровным) и, сдавливая капсулу, инстиллировать содержащуюся в ней лекарственную суспензию в преддверие влагалища и влагалища.

Полижинакс ВИРГО назначают по 1 капсуле для вагинальных инстилляций в сутки в течение 6 дней. Препарат можно применять во время менструации.

ФОРМА ВЫПУСКА

В одной упаковке 6 мягких капсул грушевидной формы для интравагинальных инстилляций.

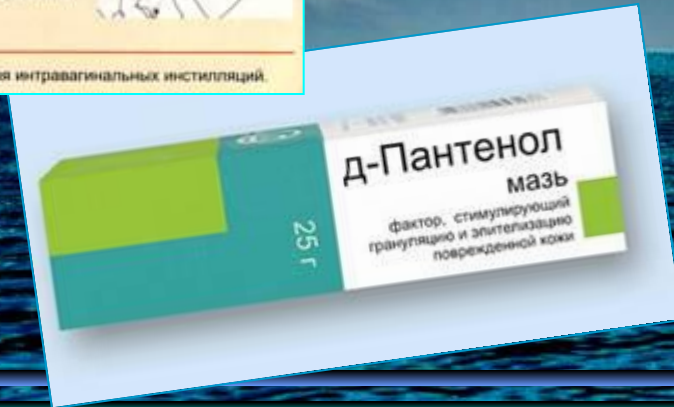


Цитеал

антисептический раствор для наружного применения



Лечение бактериальных и грибковых инфекций кожи и слизистых



Д-Пантенол мазь

фактор, стимулирующий грануляцию и эпителизацию поврежденной кожи

Опухоли половой системы у девочек.

Опухоли половой системы у девочек встречаются реже, чем у взрослых.

Опухолевым процессом поражаются как наружные, так и внутренние половые органы.

Опухоли наружных половых органов.

Чаще встречаются доброкачественные опухоли наружных половых органов : *гемангиомы, лимфангиомы.* Обычно не требуют лечения, рассасываются самостоятельно, имеют благоприятный исход.

Кисты гартнерова хода локализуются в толще девственной плевы и на боковой стенке влагалища.

При больших кистах лечение хирургическое.

Опухоли влагалища чаще доброкачественные:

фиброма влагалища – лечение оперативное

Злокачественные опухоли влагалища – *рак и саркома.*

Опухоли яичников.

Опухоли яичников занимают первое место в структуре опухолей половой системы у девочек и встречаются в возрасте 10-16 лет и в период полового созревания.

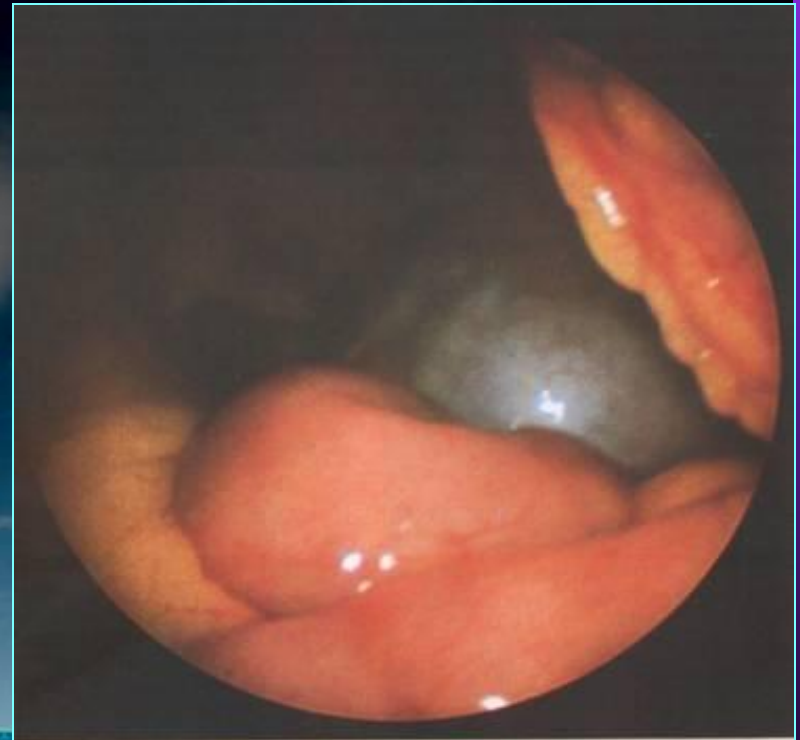
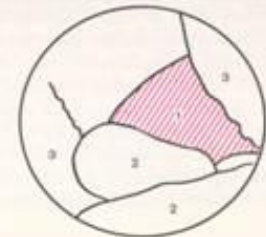


Рис. 29.
Простая серозная кистоза
яичника.
1 – кистоза яичника; 2 – петли
тонкой кишки; 3 – саленкс.



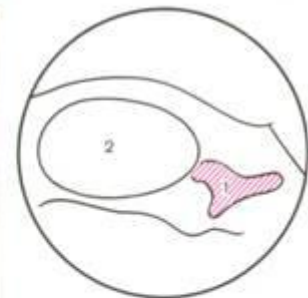
Кистомы яичников.

60% опухолей яичников в детском возрасте имеют герминогенную природу (тератомы, дисгерминомы)

Тератома – это опухоль, которая развивается из клеток гонад.

Выделяют следующие формы тератом:

- Зрелые тератомы (дермоидные кисты)**
- Незрелые тератомы (тератобластомы)**



Эхограмма (продольное сканирование).
1 – матка; 2 – дермоидная киста.

Тератобластома:

- Очень злокачественная опухоль**
- Быстро прорастает капсулу**
- Имплантируется в брюшину**
- Дает метастазы в забрюшинные лимфатические узлы**
- Характерно гематогенное метастазирование в головной мозг, печень, легкие**

Дисгерминома (семинома) –

редкая злокачественная опухоль, полностью замещает яичник с прорастанием капсулы.

Гормонопродуцирующие опухоли.

Доброкачественные эстрогенпродуцирующие опухоли:

- ⇒ **Фолликулома** (гранулезоклеточная опухоль).
Отмечается преждевременное половое созревание девочек или нарушения менструального цикла.
- ⇒ **Текома, текобластома** (текаклеточная опухоль) – эстрогенактивные опухоли, имеют сходные клинические черты с фолликуломой.

Злокачественные гормонопродуцирующие опухоли:

- ⇒ **Арренобластома** (андрогенпродуцирующая опухоль) – маскулинизирующая опухоль, вызывает дефеминизацию и маскулинизацию пациенток. Часто озлакачивается.

Диагностика кист:

- Анамнез
- Осмотр
- Гинекологическое (ректальное) исследование
- УЗИ органов малого таза, брюшной полости
- Определение онкомаркеров
- Лапароскопия с биопсией яичников

Лечение всегда хирургическое из-за опасности озлокачествления доброкачественных кистом яичников.

Нарушения развития половой системы

Выделяют следующие нарушения развития половой системы у девочек:

1. Аномалии полового развития без нарушения половой дифференцировки:
 - ✓ Преждевременное половое созревание
 - ✓ Задержка полового созревания
2. Аномалии полового развития, сопровождающиеся нарушением половой дифференцировки :
 - ✓ Врожденный адреногенитальный синдром
 - ✓ Дисгенезия гонад
 - ✓ Пороки развития матки и влагалища

Преждевременное половое созревание

Изосексуальная форма
(ППС по женскому
типу)

Гетеросексуальная
форма
(ППС по мужскому типу)

Церебрал
ьная
форма

гипоф
изарх
ия

Полна
я

Неполн
ая

Телархе

Адренарх
е

Пубархе

Менархе





Изосексуальное преждевременное половое развитие.

Это появление вторичных половых признаков и менструаций у девочек до 8 лет. Это патология обусловлена церебральными нарушениями вследствие органической или функциональной патологии. Патологический процесс может быть и в яичниках.

Церебральная форма изосексуального преждевременного полового развития – называется истинным преждевременным половым развитием.

В процесс вовлекается:

- ☞ Гипоталамус (с преждевременной секрецией РГЛГ - гормона)**
- ☞ Гипофиз (с выделением гонадотропинов)**

Эти вышележащие структуры вызывают созревание фолликулов, выработку эстрогенных гормонов с их воздействием на органы-мишени.

Патология центральной нервной системы может быть

органического характера:

✓ перинатальная патология (внутриутробная гипоксия плода, родовая травма, недоношенность, задержка внутриутробного развития плода).

✓ инфекционно-токсические заболевания в течение первого года жизни ребенка

✓ опухоли мозга

функционального характера :

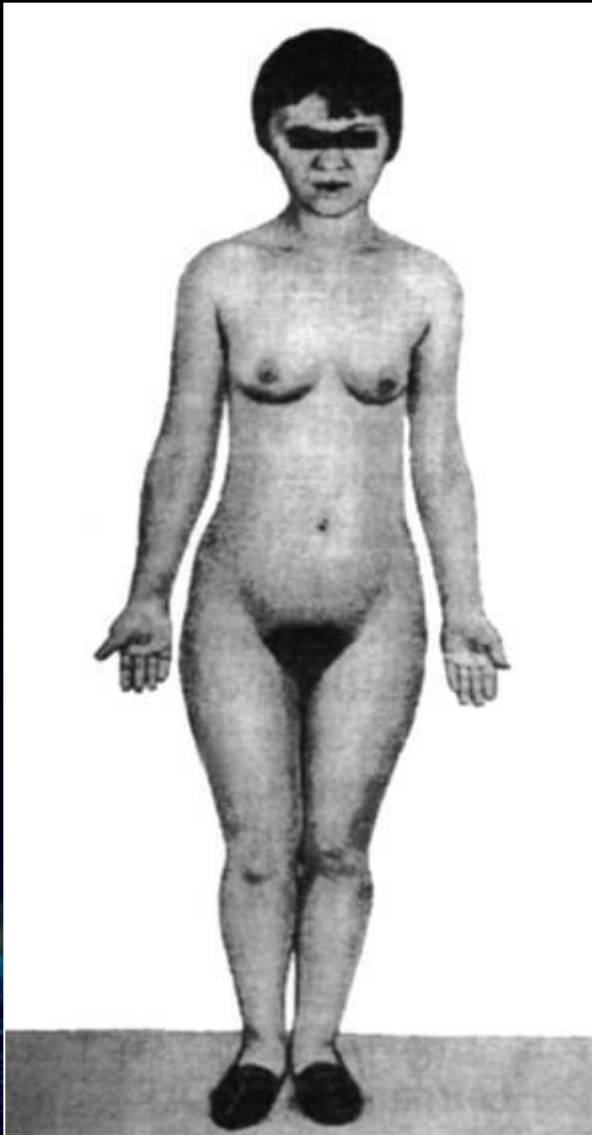
✓ тонзиллогенная инфекция

✓ влияние вредных факторов в перинатальный период (гестозы, осложненные роды, соматическая патология у матери)

Выделяют 2 формы
церебрального
преждевременного полового
развития:

- Полная
- Неполная

Для *полной формы* характерны развитые вторичные половые признаки и наличие менструаций. Но темпы развития вторичных половых признаков при этой форме опережают таковые при физиологическом половом созревании.



Полная форма изоэксексуального ППР.
Девочка 10 лет. Менархе в 6 лет. Длина
тела 152 см, костный возраст 18 лет
(наблюдение М.Г. Мороз)

При **неполной форме** ППР отмечается различная степень развития вторичных половых признаков

Варианты неполной формы ППР:

▣ **Телархе** –увеличение молочных желез чаще с обеих сторон. Это обратимое состояние и терапии не требует.

▣ **Адренархе и пубархе** – это преждевременное появление полового оволосения. Встречается часто

▣ **Менархе** (первые месячные) при неполной форме наступает в 10-11 лет.

Яичниковая (ложная) форма ППР

**Эта форма связана с
наличием опухолей
яичников.**

Алгоритм диагностики ППР:

- Анамнез**
- Объективный осмотр**
- Гинекологическое обследование**
- Тесты функциональной диагностики**
- УЗИ органов малого таза**
- Рентгеноскопия костей рук и черепа (с целью определения костного возраста)**
- Определение уровня гонадотропинов в плазме крови**
- Лапароскопия**

Алгоритм лечения основных форм преждевременного полового развития:

□ Церебральная форма ППР

- ⇒ Витаминотерапия
- ⇒ Дегидратационная терапия
- ⇒ Эндоназальный электрофорез витамина В1, В6; новокаина
- ⇒ При опухолях мозга – оперативное лечение
- ⇒ Препараты, блокирующие действие гормонов на органы-мишени.
- ⇒ Медроксипрогестерона ацетат 100-200 мг внутрь 1 раз в 2 недели – 6 мес.
- ⇒ Даназол (дановал) 9-12 мг/кг в день длительно.
- ⇒ Ципротерона ацетат – 1-2 таблетки в день длительно.



Гетеросексуальное ППС–

**это появление признаков
полового созревания мужского
пола у девочек
в первые 10 лет жизни.
Наиболее частой клинической
формой ГППР является
адреногенитальный синдром**

АГС является следствием врожденного дефицита ферментных систем, которые участвуют в синтезе стероидных гормонов надпочечников. При этом нарушается синтез кортизола в надпочечниках. Образование кортизола в надпочечниках уменьшается и по принципу обратной связи возрастает образование АКТГ в передней доле гипофиза. Таким образом усиливается синтез предшественников кортизола, из которых в последствии образуются андрогены.

Дефицит С₂₁-гидроксилазы может проявляться в различные периоды онтогенеза и в зависимости от этого выделяют формы адреногенитального синдрома:

- врожденную,**
- пубертатную**
- постпубертатную**



Врожденная форма АГС

- Вирилизация наружных половых органов (пенисообразный клитор, высокая промежность)
- Быстрый рост в первые годы жизни, раннее оволосение, раннее закрытие зон роста костей.
- Телосложение: широкие плечи, узкий таз, короткие конечности.

□ **Задержка полового развития.**

Задержка полового развития – это отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков в возрасте 13-14 лет и отсутствие менструаций в 15 лет.

Задержка полового развития может быть:

- ✓ **церебрального генеза
(гипогонадотропный гипогонадизм)**
- ✓ **яичникового генеза
(гипергонадотропный гипогонадизм)**



I. Церебральные формы – **связаны с нарушением функции гипоталамических структур под влиянием:**

- ✓ **инфекций, интоксикаций, травм в детском возрасте.**
- ✓ **нервной анорексии (отказ от еды).**
- ✓ **на фоне потери массы тела.**

К церебральным формам относят задержку полового развития, обусловленную патологией гипофиза:

- ⇒ **Опухоли гипофиза (наиболее часто пролактинсекретирующие аденомы)**
- ⇒ **Функциональная гиперпродукция пролактина гипофизом**
- ⇒ **Врожденный дефект передней доли гипофиза при котором в ней не образуются гонадотропины (изолированный гипофизарный гипогонадизм)**

Клинические проявления церебральных форм задержки полового развития:

- Менструации отсутствуют или очень редкие (1-2 раза в год)**
- Вторичные половые признаки недоразвиты**
- Гипоплазия наружных и внутренних половых органов**
- Рост девочек высокий**
- Увеличение длины ног и рук**
- Туловище короткое**
- Уменьшаются поперечные размеры таза**
- Телосложение евнухоидное**
- Снижена гонадотропная функция гипофиза**
- Снижена эстрогенная функция яичников**

Диагностика церебральных форм задержки полового развития:

- **Сбор анамнеза**
- **Осмотр (особенности телосложения пациентки, состояние половых органов и развитие вторичных половых признаков).**
- **Электроэнцефалограмма, реоэнцефалограмма (с целью дифференцировки органических и функциональных нарушений церебральных структур)**
- **Рентгенография черепа и турецкого седла**
- **Компьютерная томография мозга**
- **У пациенток с патологией турецкого седла необходимо исследование цветовых полей зрения и глазного дна**
- **Ультразвуковое исследование органов малого таза**
- **Лапароскопия с биопсией гонад (по показаниям)**
- **Рентгенография кистей рук для определения костного возраста**
- **Гормональное исследование: определение пролактина, ЛГ, ФСГ**

Лечение церебральных форм задержки полового развития:

- Общее лечение, направленное на нормализацию функции диэнцефальной области.**
- Гормональная терапия гонадотропинами.**
- Циклическая терапия комбинированными оральными контрацептивами 3 месяца.**
- Лечение задержки полового развития на фоне потери массы тела основано на использовании полноценного питания с применением ферментных препаратов, возбуждающих аппетит (желудочный сок, пепсин, плантаглюцид, аппетитный сбор).**

II. Задержка полового развития яичникового гонеза (гипергонадотропный гипогонадизм).

В патогенезе данной патологии большую роль играют детские инфекционные заболевания или токсические воздействия, которые приводят к нарушению фолликулярного аппарата или иннервации яичников, что приводит к изменению их чувствительности к гонадотропинам.



Клинические проявления гипергонадотропного гипогонадизма :

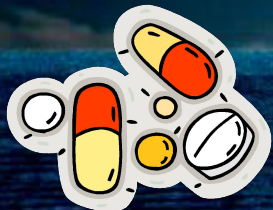
- В телосложении выявляются интерсексуальные черты: увеличение окружности грудной клетки, уменьшение размеров таза. Костный возраст отстаёт от календарного.**
- Характерно резкое снижение эстрогенной функции яичников, концентрация эстрогенов в крови резко снижена**
- Отмечается гипергонадотропная активность гипофиза, содержание гонадотропинов в крови превышает возрастную норму в 2-2,5 раза**
- Менструация отсутствует или месячные скудные и редкие**
- Вторичные половые признаки недоразвиты**
- Недоразвиты молочные железы**
- Гипоплазия матки, уменьшение размеров яичников**

Диагностика гипергонадотропного гипогонадизма:

- Анамнез**
- Осмотр пациентки**
- Отсутствие менархе в возрасте старше 16 лет**
- Отсутствие признаков начала полового созревания в возрасте 13-14 лет и старше**
- Отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления развития молочных желез и полового оволосения**
- Несоответствие показателей роста и массы тела хронологическому возрасту**
- Рентгенография черепа и турецкого седла**
- Определение гормонов яичников: эстрадиола, прогестерона и тестостерона**
- Определение гонадотропных гормонов: пролактина, ЛГ, ФСГ**
- УЗИ органов малого таза**
- По показаниям лапароскопия с биопсией яичников**

Лечение гипергонадотропного гипогонадизма:

Заместительная гормональная терапия: эстрогены в непрерывном режиме до развития вторичных половых признаков и появление первой менструальноподобной реакции, затем проводится циклическая гормональная терапия комбинированными оральными контрацептивами 3-6 месяцев.





Спасибо за внимание!

