

Нарушения развития половой системы

- Лобачевская О.С к.м.н.,
доцент
- Кафедра акушерства и гинекологии БГМУ

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

Нарушения полового созревания.

Клиническое наименование	Уровень и характер поражения репродуктивной системы	Функциональное состояние яичников	Структура яичников	Характер нарушений менструального цикла
1. Преждевременное половое созревание				
Изосексуальное	Функциональные или органические нарушения гипоталамических структур	Овуляторные циклы	Соответствуют репродуктивному возрасту	Регулярные менструации
	Яичники, феминизирующая опухоль	—	Гранулезотечная опухоль	Ациклические кровянистые выделения
Гетеросексуальное (врожденный АГС)	Кора надпочечников, моногенная мутация	Соответствует детскому возрасту	Примордиальные и преантральные фолликулы	Аменорея первичная
	Кора надпочечников, вирилизирующая опухоль			
2. Задержка полового созревания				
Задержка полового созревания	Функциональные или органические нарушения гипоталамо-гипофизарных структур	Соответствует препубертатному возрасту	Примордиальные, преантральные, антральные фолликулы	Аменорея первичная
3. Отсутствие полового созревания				
Дисгенезия гонад:	Гонады; количественная и качественная патология половых хромосом	—	Соединительная ткань, элементы стромы	Аменорея первичная
Типичная форма				
Чистая форма				
Стертая форма				
Смешанная форма			Элементы недоразвитой ткани яичек	



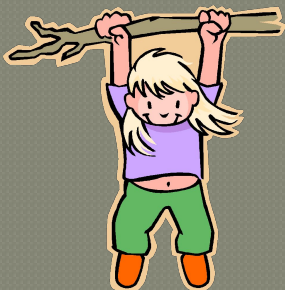
□ Преждевременное половое созревание (ППС, ППР) –

составляет 2,5 % гинекологических заболеваний у девочек



Формы ППР:

- **Изосексуальная форма**
(ППР по женскому типу)



- **Гетеросексуальная форма**
(ППР по мужскому типу)

Преждевременное половое созревание

Изосексуальная форма
(ППС по женскому
типу)

Гетеросексуальная
форма
(ППС по мужскому типу)

Церебрал
ьная
форма

Яичников
ая
форма

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: астроцитомы, ганглионевромы и другие.

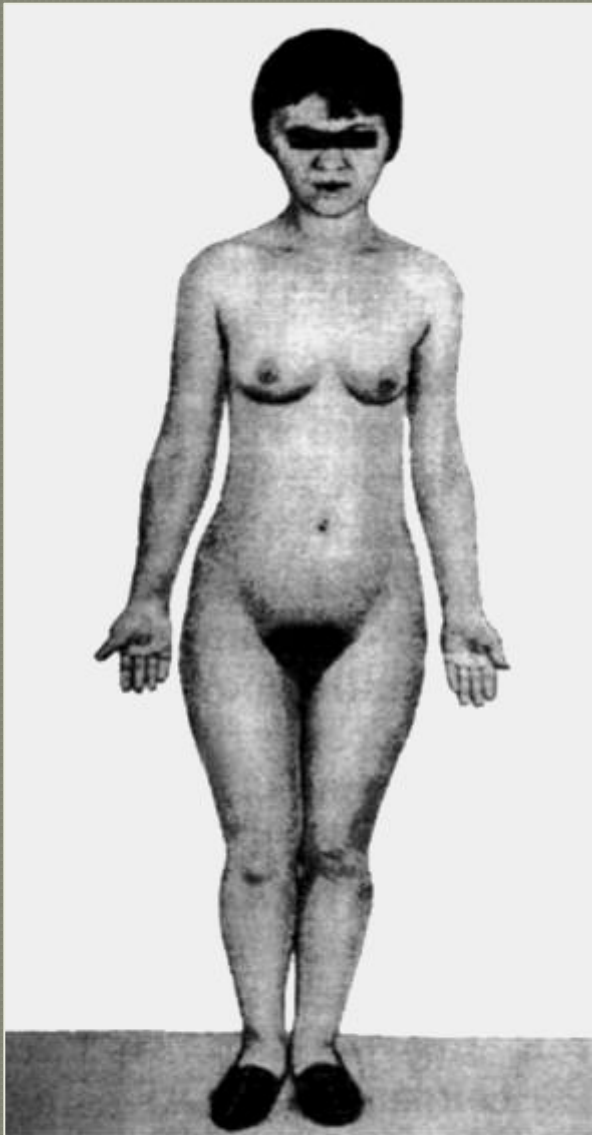
функционального характера :

- ✓ 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 изогеаметного 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 при отсутствии менструаций.

Варианты неполной формы ППР:

- **Телархе** – увеличение молочных желез чаще с обеих сторон, возникает на втором году жизни и через некоторое время самостоятельно регрессирует. Это обратимое состояние и терапии не требует.
- **Адренархе и пубархе** – это преждевременное появление полового оволосения. Встречается часто. Рост волос связан с повышением уровня дегидроэпиандростерона и его переходом в тестостерон.
- **Менархе** (первые месячные) при неполной форме наступает в 10-11 лет.

Яичниковая форма

~~преждевременного полового развития~~

(ложное преждевременное половое созревание).

Эта форма связана с наличием опухолей яичников. Чаще встречаются гормонопродуцирующие (гранулезоклеточные и текаклеточные) опухоли яичников.

Транзиторной эстрогенной активностью обладают фолликулярные кисты яичников. Редко встречается конституциональная форма истинного преждевременного полового развития.

Алгоритм диагностики преждевременного полового развития:

- Анамнез**
- Объективный осмотр ребенка**
- 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**
- Неврологическое исследование с применением электроэнцефалограммы, реоэнцефалограммы**
- Лапароскопия**

Алгоритм лечения основных форм преждевременного полового развития:

- **Церебральная форма ППР**
- ⇒ **Витаминотерапия**
- ⇒ **Дегидратационная терапия**
- ⇒ **Эндонозальный 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.**

- ⇒ **В последние годы широко применяются агонисты РГ ЛГ (золадекс, диферелин или трипторелин, декапептил, буселерин, лейпрорелина ацетат или люкрин-депо) для подавления преждевременной активности нейроэндокринных структур гипоталамуса и гонадотропных клеток гипофиза.**
- **Опухоли яичников, кроме фолликулярных кист, требуют хирургического лечения.**

Гетеросексуальное преждевременное половое созревание –

это появление признаков полового созревания противоположного (мужского) пола у девочек в первые 10 лет жизни.

Наиболее частой клинической формой гетеросексуального преждевременного полового развития является адреногенитальный синдром (врожденная гиперплазия надпочечников, ложный женский гермафродитизм или преждевременное половое созревание девочек по гетеросексуальному типу).

Адреногенитальный синдром является следствием врожденного дефицита ферментных систем, которые участвуют в синтезе стероидных гормонов надпочечников. Этот генетический дефект имеет рецессивный путь наследования. Гиперпродукция андрогенов в коре надпочечников при врожденном адреногенитальном синдроме является результатом моногенной мутации, врожденного дефицита ферментной системы С₂₁-гидролазы, 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.

Формы дефицита ферментных систем:

Адреногенитальный синдром с синдромом потери соли (дефицит β -дегидрогеназы с резким снижением образования кортизола). Клинически проявляется частой рвотой, обезвоживанием организма и гиперкалиемией с нарушением сердечной деятельности.

Адреногенитальный синдром с гипертензией (дефицит 11β -гидроксилазы приводит к накоплению кортикостерона).

Простая вирилизирующая форма адреногенитального синдрома (дефицит C_{21} -гидроксилазы вызывает увеличенную выработку андрогенов и приводит к развитию гиперандрогении).

Эта форма составляет до 95% всех случаев врожденного адреногенитального синдрома.

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

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



Нарушение полового развития в пубертатном периоде по типу "стертой" вирилизации.

Причины:

- Синдром Штейна-Левенталя (недостаточность ферментных систем яичника)**
- Гиперандрогения надпочечникового генеза проявляется постнатальной формой адреногенитального синдрома**
- Гиперандрогения диэнцефального генеза. Это результат нейротропных инфекций, перенесенных в период полового созревания.**

У девочек, заболевших до менархе, отмечается ускорение полового созревания. Менархе наступает раньше обычного, нет регулярного менструального цикла, часто отмечаются ювенильные кровотечения, незначительный гирсутизм, ожирение, выявляется гипертрофия молочных желез, полосы растяжения на коже молочных желез, живота, бедер.

Алгоритм лечения:

- Белковая диета с ограничением жиров и углеводов
- Лечебная физкультура
- Дегидратационная терапия
- Витамины группы С и В
- Антигистаминные препараты
- Препараты, улучшающие и укрепляющие сосудистую стенку
- Физиотерапия: эндоназальный электрофорез витамина В1 и димедрола
- Комбинированные оральные контрацептивы 3 месяца в контрацептивном режиме
- При гиперэстрогении назначают гестагены во II фазу менструального цикла – 3 месяца

□ **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 (гипогонадотропный гипогонадизм) – связаны с нарушением функции гипоталамических структур под влиянием:

- ✓ инфекций, интоксикаций, травм, стрессовых ситуаций в детском возрасте.
- ✓ психозов, неврозов вследствие стрессов.
- ✓ нервной анорексии (отказ от еды). Это состояние расценивается как невротическая реакция в ответ на пубертатные изменения в организме.
- ✓ задержки полового развития на фоне потери массы тела. Многие эмоционально неустойчивые девушки в период полового созревания (13-15 лет) начинают соблюдать косметическую диету, что приводит к значительной потере массы тела. Прекращаются месячные или отмечается первичная аменорея, прекращается развитие молочных желез, скуднеет половое оволосение, уменьшаются размеры матки.

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**

У девушек с гиперпролактинемией (пролактинома гипофиза или функциональная гиперпролактинемия) обычно признаком задержки полового развития является первичная аменорея в сочетании с незначительной гипоплазией матки. Телосложение, длина тела у таких девушек соответствуют возрастным нормам и молочные железы развиты правильно или слегка гипертрофированы вследствие гиперпролактинемии.

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 геноза (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.



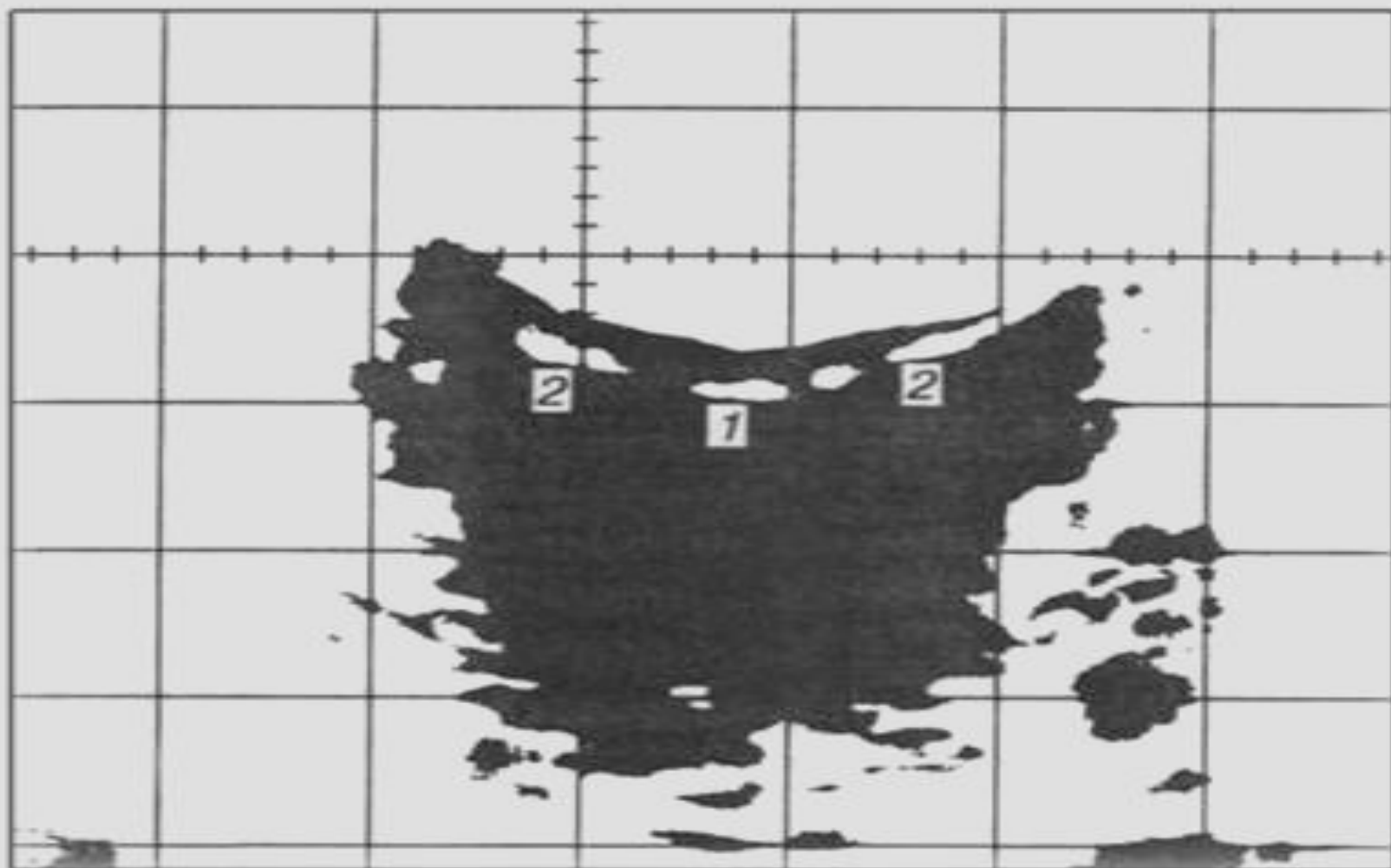
□ **Отсутствие полового развития:**

- **Отсутствие менархе**
- **Отсутствие развития молочных желез**
- **Отсутствие полового и подмышечного оволосения в возрасте после 16 лет**

● **Причины отсутствия полового развития:**

- **Аплазия гонад**
- **Пороки развития гонад, с отсутствием функционально - активной гормонопродуцирующей ткани яичников**

- **Генетически обусловленные пороки – дисгенезия гонад. классическая**
- **Выделяют 4 формы дисгенезии гонад:**
 - ⇒ **типичная или (синдром Шершевского-Тернера),**
 - ⇒ **стертая,**
 - ⇒ **“чистая”**
 - ⇒ **смешанная**
- **Удаление яичников в возрасте 8-10 лет**



Эхоскопическая картина внутренних половых органов больной с дисгенезией гонад:
1-рудиментарная матка; 2-тяжи на месте гонад
(наблюдение Н.С.Мартыш)

Гермафродитизм.



1. Истинный гермафродитизм (двуполость) – наличие у одного индивидуума гонад обоего пола: яичника и яичка или гонад смешанного строения (овотестис).

3. Ложный или псевдогермафродитизм – несоответствие строения наружных половых органов полу гонад:

- Ложный женский гермафродитизм
- Ложный мужской гермафродитизм

Ложный женский гермафродитизм.

Наиболее распространенной формой является врожденный адреногенитальный синдром.

Патогенез:

Это генетически обусловленная гиперпродукция андрогенов надпочечников, связанная с гиперплазией коркового вещества.



Клинические проявления:

Сразу после рождения определяется нарушение строения наружных половых органов:



- Увеличение клитора
- Наличие урогенитального синуса
- Углубление преддверия влагалища
- Наличие высокой промежности
- Недоразвитие малых и больших половых губ

~~Половое созревание начинается рано (4-6 лет), протекает по мужскому типу.~~
При этом синдроме (АГС, или ложный женский гермафродитизм) – имеется влагалище, матка, яичники (влагалище открывается в урогенитальный синус); половой хроматин положительный, кариотип женский – 46xx.
Врожденный адреногенитальный синдром вызывает вирилизацию у девочек и приводит к преждевременному половому развитию по гетеросексуальному типу.

Диагностика врожденного адреногенитального синдрома:

- **Анамнез**
- **Осмотр**
- **УЗИ органов малого таза, надпочечников или компьютерная томография**
- **Определение гормонов: тестостерона, 17-гидроксипрогестерона и дегидроэпиандростерона в крови, нормализующихся после проведения пробы с глюкокортикоидными препаратами.**

Лечение врожденного адреногенитального синдрома:



Заключается в назначении глюкокортикоидных препаратов (преднизолона или дексаметазона) длительно.

При грубой вирилизации наружных половых органов выполняется коррегирующая пластическая операция: удаление пенисообразного клитора, рассечение передней стенки уrogenитального синуса и формирование входа во влагалище.

Дифференциальную диагностику

врожденного адреногенитального синдрома необходимо проводить с вирилизирующей опухолью надпочечников. При вирилизирующей опухоли надпочечников вирилизация наружных половых органов проявляется только в увеличении клитора, уrogenитальный синус у девочек отсутствует. Темп развития вирильной симптоматики зависит от скорости роста опухоли и выработки активных андрогенов секретируемых её тканями.

Диагностика врожденного адреногенитального синдрома:

- Анамнез
- Осмотр
- УЗИ органов малого таза, надпочечников или компьютерная томография (отмечается одностороннее увеличение надпочечника).
- Определение содержания тестостерона, 17-гидроксипрогестерона и дегидроэпиандростерона в крови после проведения пробы с препаратами глюкокортикоидов (после проведения пробы количество вышеперечисленных гормонов в крови не изменяется, что обусловлено автономной секрецией андрогенов только тканью опухоли).

Лечение опухолей всегда оперативное, так как вирилизирующие опухоли надпочечников у детей чаще всего имеют злокачественный характер.

Ложный мужской гермафродитизм –

(синдром тестикулярной феминизации или синдром Морриса) входит в число моногенных мутаций. Кариотип больных 46ху.

При рождении отмечается женский тип строения наружных половых органов, влагалище короткое, слепое. Фенотип взрослых больных – чисто женский. Молочные железы хорошо развиты, но соски недоразвиты, слабо выражены околососковые поля. В связи с отсутствием у больных рецепторов к андрогенам в органах-мишенях половое и подмышечное оволосение отсутствует.

Различают *полную и неполную* форму синдрома тестикулярной феминизации:

Полная форма синдрома тестикулярной феминизации.

Клиническая картина типична, фенотип больных чисто женский, молочные железы развиты хорошо. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище всегда укорочено и заканчивается слепо, у 1/3 больных гонады расположены в брюшной полости, у 1/3 – в паховых каналах, часто у больных имеется паховая грыжа, содержимым которой является яичко; у 1/3 пациенток яички расположены в толще больших половых губ.

Диагностика полной формы синдрома тестикулярной феминизации:

- Анамнез
- Осмотр
- Гинекологическое обследование
- Выявление паховой грыжи, которая у женщин встречается крайне редко
- УЗИ органов малого таза (диагностируется отсутствие матки)
- лапароскопия: выявляется отсутствие матки, маточных труб, и наличие яичек (если они находятся в брюшной полости).

Неполная форма синдрома тестикулярной феминизации

У пациенток проявляются вирильные черты уже в первом десятилетии жизни. Наружные половые органы развиты по мужскому типу: отмечается слияние больших половых губ, увеличение клитора, персистенция уrogenитального синуса. Развивается гипертрихоз и незначительно увеличиваются молочные железы в период полового созревания. Матка и маточные трубы отсутствуют, яички обычно находятся в брюшной полости.

Лечение синдрома тестикулярной феминизации :

Лечение хирургическое из-за опасности озлокачествления неполноценных тестикул. При полной форме операцию лучше выполнить в возрасте 16-18 лет (после завершения роста и развития вторичных половых признаков). При неполной форме гонады следует удалять до наступления полового созревания, которое протекает с явлениями вирилизации. Затем проводится циклическая гормонотерапия эстрогенами и гестагенами или комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (типа циклопрогиновы). При этой форме также выполняется коррекция наружных половых органов: удаление клитора, рассечение наружной стенки уrogenитального синуса, при необходимости выполняется пластика влагалища из тазовой брюшины.

Генитальный инфантилизм.

Генитальный инфантилизм – это анатомическое и гистологическое недоразвитие половых органов и их гипофункция.

Этиологические факторы:

- ↳ Осложненное течение внутриутробного развития
- ↳ Гиповитаминоз
- ↳ Детские инфекции
- ↳ Тонзиллит
- ↳ Ревматизм
- ↳ Операции на яичниках в детском возрасте

Клинически общий инфантилизм

характеризуется:

- Недоразвитием половых органов**
- Неправильным развитием скелета (низкий или высокий рост, евнухоидное телосложение)**

Генитальный инфантилизм характеризуется несоответствием между недоразвитием половых органов и пропорциональным телосложением. Ведущее место занимает гипоплазия матки.

Выделяют 3 степени гипоплазии матки:

1. **Рудиментарная, или зародышевая матка** (длина тела матки – 1-3 см; длина шейки матки составляет 50% от общей длины матки).

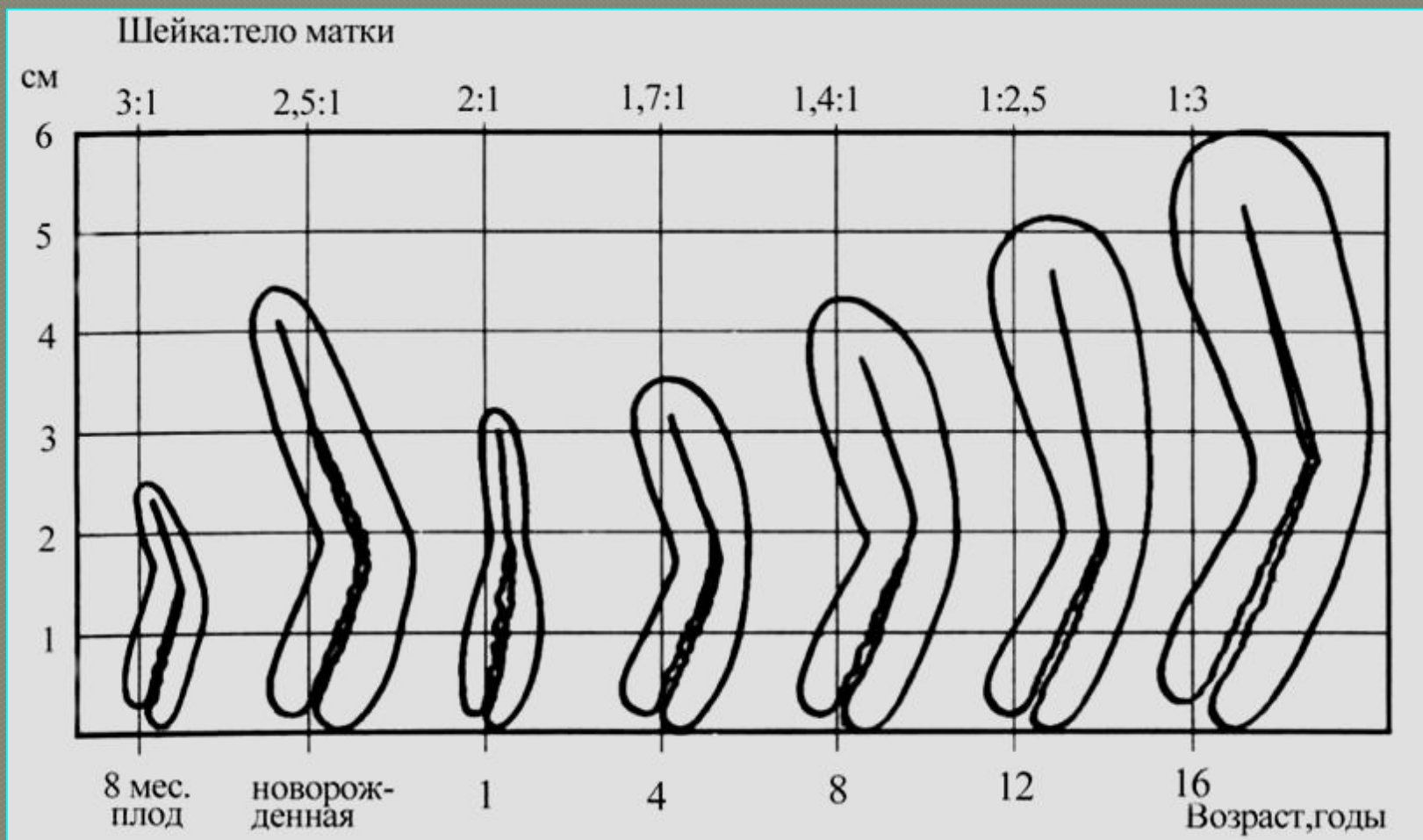
Клинические проявления:

- Гипоэстрогения
- Стойкая аменорея

Прогноз для восстановления менструальной и репродуктивной функции неблагоприятный.

2. **Инфантильная матка.** Длина тела матки больше 3 см, соотношение длины шейки и тела матки составляет 3:1. У пациенток отмечаются редкие болезненные менструации.
3. **Гипопластическая матка.** Длина тела матки составляет 6-7 см, соотношение длины шейки и тела матки составляет 1:3 (правильное).

Соотношение размеров шейки и тела матки и рост матки с периода внутриутробного развития до окончания периода полового созревания.



Диагностика генитального инфантилизма:

- Анамнез
- Опрос
- Осмотр пациенток
- Гинекологическое обследование
- Исследование крови. Определение:
 - ⇒ эстрадиол
 - ⇒ прогестерон
 - ⇒ ФСГ,
 - ⇒ ЛГ,
 - ⇒ пролактина,
 - ⇒ тестостерона
- Тесты функциональной диагностики
- УЗИ органов малого таза
- Лапароскопия



Лечение генитального инфантилизма:

- Витаминотерапия: витамины групп Е, С, В
- Циклическая гормональная терапия:
цикло-прогинова – по 1 таблетке внутрь 1 раз в день непрерывно 3-4 месяца до появления менструальноподобной реакции. Можно провести 3-4 курса с перерывом 3 месяца.
- Физиотерапия: иглорефлексотерапия, су-джок терапия
- Лечебная физкультура
- Абдоминальная декомпрессия



Воспалительные заболевания половой системы у девочек.

Воспалительные заболевания половой системы чаще встречаются у девочек дошкольного и младшего школьного возраста. Воспалительный процесс у девочек локализуется на наружных половых органах и во влагалище.

Анатомо-физиологические особенности возрастного периода, способствующие развитию воспалительных процессов:

- ⇒ **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**

**До 85 % девочек, страдающих
вульвовагинитами, моложе 8 лет.**

**Воспалительные процессы гениталий у девочек
могут начинаться как неинфекционные,
асептические.**



Неинфекционные агенты:

- Механические
- Термические
- Химические

Инфекционные агенты (имеют ведущее значение):

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

Инфицирование происходит следующими путями:



- ❖ **При непосредственном контакте**
- ❖ **По протяжению**
- ❖ **Интраканаликулярно**
- ❖ **Гематогенно**
- ❖ **Лимфогенно**
- ❖ **По периневральным
пространствам**

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

Лечение вульвовагинита:



Этиотропное лечение проводится антибиотиками 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 "Олазол", "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 девочкам и девушкам-подросткам, без девственной плевы.

Отрезать заостренный кончик капсулы (должен быть ровным) и, сдавливая в содержащуюся в ней лекарственную влагаллица и влагаллица.

Полижинакс ВИРГО назначают по 1 капсуле инстилляций в сутки в течение 6 дней. По во время менструации.

ФОРМА ВЫПУСКА

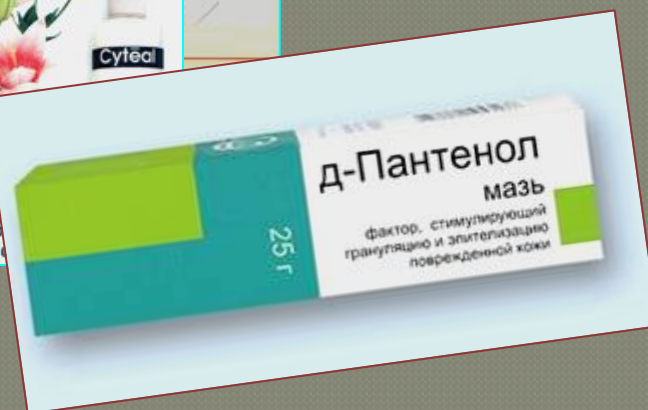
В одной упаковке 6 мягких капсул груше

Цитеал

антисептический раствор для наружного применения



Лечение бактериальных и грибковых инфекций кожи и слизистых



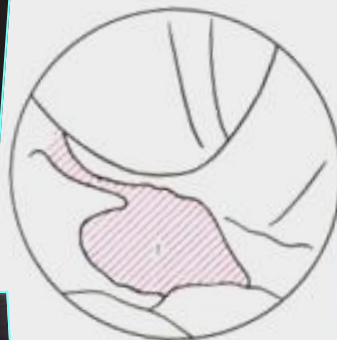
Неспецифические воспаления с локализацией процесса выше внутреннего зева.

Наиболее частой формой у девочек является хронический **сальпингоофорит**, диагностируемый лапароскопически. В 18% встречается **пельвиоперитонит**, обусловленный острым сальпингитом. Чаще поражается правая труба, что связано с переходом инфекции с аппендикса. При хронических сальпингитах у девочек преобладают двусторонние процессы. Очень редко в процесс вовлекаются яичники.



Диффузный перитонит.

- 1 — манипулятор; 2 — дно матки;
- 3 — множественные спайки.



Острый катаральный сальпингит.

- 1 — маточная труба.



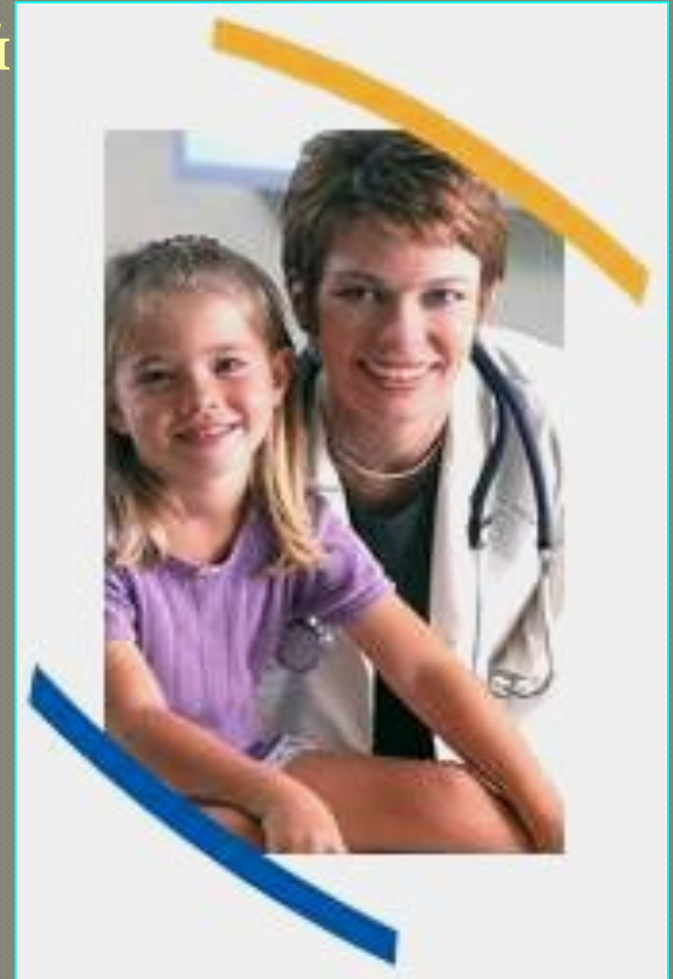
Катаральный аппендицит.

- 1 — червеобразный отросток;
- 2 — купол слепой кишки;
- 3 — манипулятор.



Алгоритм лечения:

- Санация очагов латентной инфекции
- Повышение неспецифической резистентности путем назначения иммунных препаратов
- Физиотерапия: диадинамические токи, ультразвук, магнитотерапия, лазеролечение, фонофорез.
- Противовоспалительные нестероидные препараты



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.

На вульве у девочек встречаются бородавчатые разрастания эпителия (*кондиломы*) и *экзематозные процессы*. Злокачественные опухоли вульвы – *меланомы*.

Преобладают незрелые формы этих опухолей, которые быстро метастазируют и резистентны к лучевой терапии.

Лечение – хирургическое.

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

При больших кистах лечение хирургическое.

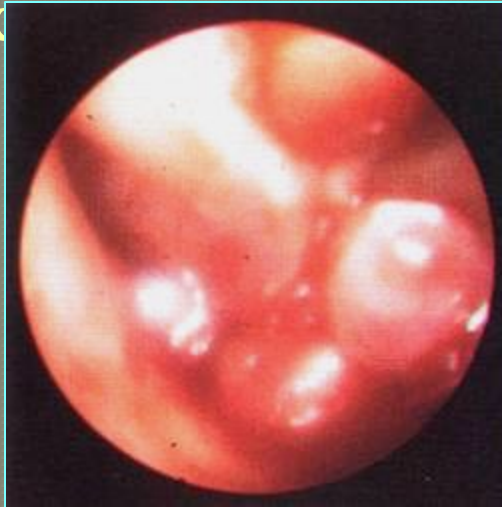
Опухоли влагалища чаще доброкачественные:

фиброма влагалища – лечение оперативное

Злокачественные опухоли влагалища – *рак и саркома*.

Опухоли матки.

Миома (доброкачественная опухоль матки) у девочек встречается очень редко. Редко также встречаются поражения шейки матки.



Множественные подслизистые миоматозные узлы (1).

Рак шейки матки

протекает чаще бессимптомно.

Клинические проявления рака шейки матки:

- Бели, затем кровянистые выделения с гнилостным запахом
- Ациклические кровотечения
- Боли появляются при далеко зашедшем процессе

Диагностика рака шейки матки:

- Анамнез
- Общий осмотр
- Гинекологическое исследование
- Вагиноскопия
- Аспирационная биопсия эндометрия
- Гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием цервикального канала и полости матки после дефлорации (по жизненным показаниям)

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.

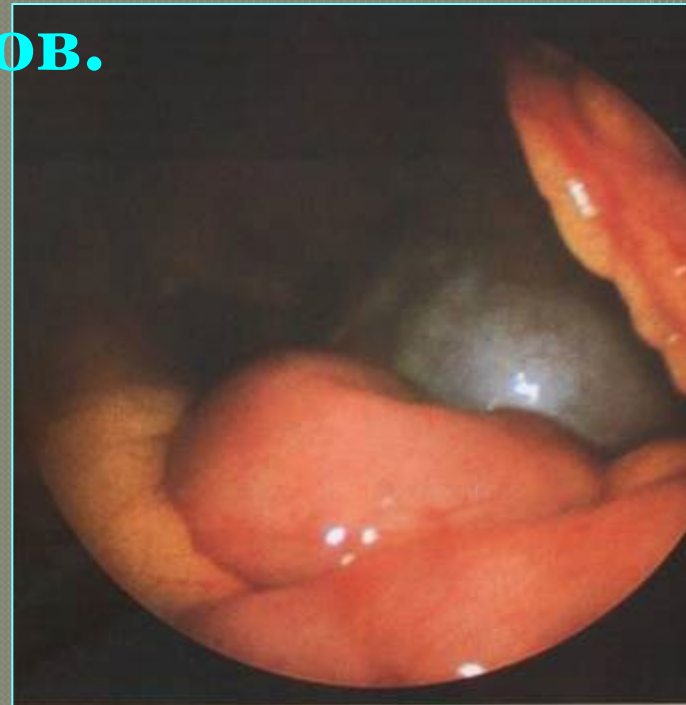
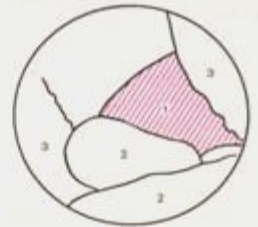


Рис. 29.
Простая серозная кистоза яичника.
1 – кистозная яичника; 2 – петли тонкой кишки; 3 – сальник.



Ретенционные кисты яичников
(опухолевидные образования) чаще возникают в
период полового созревания. Они имеют
функциональный характер.

Выделяют следующие кисты:

⇒ **Фолликулярные**

⇒ **Лютеиновые**

Диаметр кист составляет 3-4 см.

Клинические проявления:

□ **Боли в животе**

□ **Нарушения менструального цикла**

Хирургическое лечение данных кист не требуется

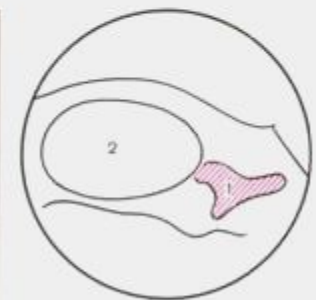
Кистомы яичников.

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.

Дермоидные кисты:

- **Чаще односторонние**
- **Диаметр не более 10 см.**
- **Опухоль имеет округлую форму и плотноэластическую консистенцию**
- **Располагается на ножке**
- **Растет медленно**
- **Редко малигнизируются**
- **Содержимое данного вида опухолей представлено продуктами дифференцировки всех трех зародышевых листков: кожей, волосами, зубами, челюстями, жиром, нервной тканью, сальными и потовыми железами.**

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.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ