

ТИХООКЕАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Ю.И. Ишпахтин

**Актуальные проблемы
гинекологии детского возраста**
монография

Владивосток

Издательство Дальневосточного Федерального университета

2015

УДК 618.175, 618.14 – 072.1

ББК 57.1.15457.125.6, 57.125.6

И97

Рецензент:

Л.С. Логутова, зам. директора МОНИИАГ по науке, д.м.н., профессор

М.В. Антонюк, д-р мед. наук, профессор, заведующая лабораторией
восстановительного лечения (Владивостокский филиал ФГБУ «ДНЦ ФПД» СО
РАМН НИИ климатологии и восстановительного лечения

Ишпахтин Ю.И.

И97 Актуальные проблемы гинекологии детского возраста. Монография.

Ю.И. Ишпахтин. Владивосток – Издательство Дальневосточного.
Федерального ун-та, 2015, 216 с.

В книге освещены вопросы диагностики, клиники и лечения наиболее актуальных видов гинекологической патологии в детском возрасте. Особое внимание уделено современным видам профилактики, альтернативных традиционным методам. Предназначено для врачей акушеров-гинекологов, интернов и клинических ординаторов.

ISBN 978-5-7444-2532-6

© Ишпахтин Ю.И. 2015

© Издательский Дом Дальневосточного Федерального Университета, 2015

Содержание

Предисловие - 5 стр.

Глава 1 Проблема гинекологии детского возраста и репродуктивного здоровья-5

Глава 2 изучение вегетативных и невропсихических нарушений - 15

2.1 Роль вегетативной нервной системы. Клиническая вегетология - 15

2.2 Методы изучения вегетативной нервной системы с помощью опросников и таблиц - 17

2.3 Методы объективной оценки вегетативного статуса - 23

Глава 3 Перспектива традиционных методов лечения - 38

3.1 Использование отрицательного давления (ОД) - 44

3.2. Нормобарическая гипокситерапия - 50

3.3 Формы индивидуальной и групповой работы психотерапевта - 51

3.4 Корректор функциональный резонансный "кфр-01-16 " - 58

3.5 Лазерная терапия - 60

Глава 4 Клиника, диагностика, лечение гинекологической патологии у девочек и девочек-подростков. - 89

4.1 Первичная дисменорея - 89

4.2 Ювенильные маточные кровотечения - 104

4.3 Воспалительные заболевания органов малого таза - 116

4.4 Эктопия шейки матки - 128

4.5 Состояние репродуктивной системы девочек-подростков после прерывания беременности в поздние сроки - 138

4.6 Психоневротические нарушения у девочек-подростков с ранними половыми контактами - 150

4.7 Особенности развития девочек, родившихся в тазовом предлежании и перспектива коррекции - 164

Приложение: Перспектива коррекции девочек с дисгармональным развитием

5.Список литературы - 210

Предисловие

За последние 6 - 7 лет медицинская помощь детям и подросткам стала приоритетным направлением социальных программ. Подтверждением этих слов стал национальный проект «Здоровье». В центре его внимания усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, повышения доступности высокотехнологичных видов медицинской помощи в любом возрасте. В связи с этим появилась необходимость осветить раздел «Здоровье раннего репродуктивного возраста». Приказы постановления, указания особенно в области первичного звена акушерско - гинекологической помощи диктуют необходимость единого принципа развития в соответствии с действующим законодательством. Неблагоприятная ситуация в отношении репродуктивного здоровья, сложившаяся в нашей стране к концу двадцатого столетия и к началу двадцать первого, подчеркивает необходимость совершенствования медицинской помощи детскому населению с целью улучшения репродуктивной функции как основной медицинской составляющей воспроизводства населения. Известно, что мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья базируются на результатах научных исследований с учетом количественных характеристик заболеваемости и уровня медицинской помощи. Это в полной мере относится к этапу первичного звена - женской консультации, особенно в работе гинеколога детского возраста. В связи с этим имеет большое значение изучение гинекологической заболеваемости при использовании современных технологий (диагностических методов идентификации возбудителей заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), расширенной кольпоскопии, УЗИ, рентгентелевизионной гистероскопии, аспирационной биопсии эндометрия) и влияния её, как и акушерской патологии, на репродуктивную систему.

Одним из основных комплексов приоритетного национального проекта «Здоровье» - это повышение профессионального уровня акушеров-гинекологов, в том числе и гинекологов детского возраста. Этим определена и необходимость предлагаемого тематического усовершенствования, которое проводятся сотрудниками кафедры, акушеров и гинекологов ТГМУ: «Гинекология детского возраста».

Основной адресат монографии - как начинающие врачи, так и клиницисты, имеющие определенный рабочий стаж. Книга рассчитана на акушеров-гинекологов, но может представлять интерес и для педиатров.

Глава 1

Проблемы гинекологии детского возраста и репродуктивного здоровья

Качество репродуктивного здоровья женщин, несмотря на применение современных диагностических и лечебных мероприятий, остается низким. В связи с этим возрастает необходимость совершенствования охраны репродуктивных функций в более ранние периоды жизни женщины. Значительное место в системе оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста занимает охрана здоровья Девочек и девушек. [Е.А. Богданова, 2011 г.]

С 3 по 8 августа 1997 г. в Копенгагене состоялся XV Всемирный конгресс международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO), на котором проблемам здоровья подростков, охране их прав и, сохранению репродуктивного здоровья была посвящена специальная сессия.

Проблема сексуального и репродуктивного здоровья подростков ввиду малой изученности и чрезвычайной важности определена в 1998 г. в «Специальной программе научных работ, развития и научных экспериментов в воспроизводстве человека» Всемирной Организации Здравоохранения как приоритетное направление исследований. Серьезность проблемы нашла отражение в возрастании потока отечественных исследований относительно беременности у несовершеннолетних. Упор делается на акушерско-гинекологические и социально-гигиенические аспекты. Учитывается также неблагоприятное влияние экологической агрессии. Этот круг вопросов неоднократно включался в повестку всех российских научно-практических конференций, проводимых среди детских и подростковых гинекологов. Он регулярно включает в программы международных и национальных конгрессов. Так, вопросам ювенильного акушерства посвящено заседание XIII Всемирного конгресса детских и подростковых гинекологов (май 2001 г., Буэнос-Айрес).

Обеспечение и сохранение здоровья детей и подростков — самый значимый перспективный вклад в репродуктивный, интеллектуальный, экономический, политический и нравственный резерв общества. Данная проблема важна для всех детей, но так как девочки рассматриваются мировым сообществом истинным резервом воспроизводства, то проблема сохранения их общего и репродуктивного здоровья имеет в современных условиях развития России первостепенную важность. [Е.В.Уварова, 2009 г.]

Дети гораздо больше от природы предрасположены к переходу от здоровья к болезненному состоянию, поэтому они оказались наиболее беззащитной и уязвимой частью современного российского социума.

Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях характеризуется тенденцией к замедлению темпов физического развития, значительному увеличению доли заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением. В результате в первый класс школы абсолютно здоровыми приходят 6,2%, в том числе с повышенным и высоким уровнем стресса — 27,8% детей.

Среди выпускников школ, по экспертным оценкам, абсолютно здоровых детей — 1,3%, детей с повышенным высоким уровнем стресса — 69,0% [А.Г. Кедрова, Н.Н. Челнокова, С.Е. Левакова, 2013 г.].

По определению ООН (1996) репродуктивное здоровье — это состояние, полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов.

Репродуктивный потенциал — это «уровень физического и психического состояния девочки, который позволяет при достижении социальной зрелости воспроизвести здоровое потомство» [Юрьев В. К., 1998].

Ситуация социальной и экономической нестабильности в России способствует распространению ряда девиантных медико-социальных тенденций среди несовершеннолетних. Происходит снижение возраста начала половой жизни, увеличение сексуальной активности подростков, распространение вредных привычек среди молодежи. Это становится ведущей серьезной проблемой для специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здоровья подростков не только в нашей стране, но и во многих странах мира.

По данным выборочных исследований, у каждого ребенка в возрасте 10—14 лет в среднем диагностируется 2-3, а в возрасте 15-18 лет — 4-5 хронических заболеваний. Обращает на себя внимание значительный рост за последние 5 лет числа эндокринных нарушений (в 3,8 раза), болезней мочеполовой системы (в 2,9 раза), крови и кроветворных органов (в 4,1 раза), костно-мышечной системы (в 3,5 раза), инфекционных и паразитарных (в 2 раза), значимость которых для подросткового возраста особенно велика в связи с их влиянием на становление репродуктивной системы. В 10 раз увеличилось число девочек, имеющих пороки развития половых органов.

Несмотря на, существенную модернизацию службы охраны репродуктивного здоровья в последние годы, наблюдается сохранение тенденции к увеличению число заболеваний органов репродуктивной системы девочек. Прослеживается отчетливая связь этих заболеваний с врожденной неполноценностью соединительной ткани и трофологической недостаточностью вследствие дефектов питания матерей во время беременности и девочек в период детства. Соматическая патология нередко является пусковым моментом в развитии нарушений менструального цикла различной степени тяжести. И, наоборот, нарушения менструального цикла могут повлечь за собой развитие таких соматических заболеваний, как энцефалопатия, нейроциркуляторная дистония и др. [А.Г. Кедрова, Н.Н. Челнокова, С.Е. Левакова, 2013 г.]

Выявлены особенности полового созревания современных подростков. В последние годы значительно увеличилось количество девочек с замедленным половым созреванием. Это можно объяснить тем, что в детстве дисрегуляция деятельности отдельных систем достаточно быстро нивелируется благодаря сохранному состоянию реакций компенсации. Однако исчезновение клинических симптомов часто оказывается не равнозначным излечению, и с началом полового созревания напряжение всех систем обуславливает проявление скрытно

протекающих патологических процессов [В.В. Подольская, 2013 г.].

В структуре гинекологических заболеваний у девочек 0-18 лет основное место занимают воспалительные процессы половых органов (52%) и нарушения менструального цикла (41%). Остальные 7% составляют опухоли и пороки развития половых органов. У девочек от 0 до 14 лет ведущее место занимают воспалительные процессы в нижних половых путях (64,8%), у старшеклассниц преобладают нарушения менструального цикла (50,7%) [Е.А. Талызина, 2010 г.].

Проблема ранней диагностики, профилактики и лечения воспалительных заболеваний органов малого таза является одной из ведущих в гинекологии. Это объясняется тем, что при воспалительных заболеваниях половых органов страдает одна из основных функций женского организма - генеративная. Известно, что длительно нелеченый воспалительный процесс приводит не только к функциональным расстройствам, но и к необратимым анатомическим изменениям внутренних половых органов [В.Ф. Коколина, 2000, С.Ф. Котова, 2005, О.И. Немченко, 2007 г.].

Своеобразие клинического течения воспалительных заболеваний органов малого таза в современных условиях, несовершенство применяемых клинко-лабораторных методов диагностики затрудняют своевременное выявление этого заболевания. Это приводит к тому, что частота обнаружения различных форм воспаления органов малого таза и фактическая заболеваемость не совпадают. Особенно это касается воспалительных заболеваний в подростковом периоде. Многие авторы считают, что воспалительные заболевания органов малого таза у девушек-подростков встречаются значительно чаще, чем это отражено в статистике [Е.В. Уварова, 2011 г.].

В последние годы в гинекологии с целью выявления воспалительных заболеваний женских половых органов используются различные методы диагностики, среди которых наибольшее распространение получили бактериологическая, иммунологическая, ультразвуковое исследование, ультразвуковая доплерография, трансвагинальная эхография, лапароскопия [Стругацкий В.М., 2000; Савельева Л.В., 2004; Сухих Г.Т., 2006; Марченко Л.А., 2008] и другие.

По мнению, некоторых авторов, при распознавании гинекологических заболеваний у подростков следует использовать не все методы, описанные в литературе. Необходимо учитывать имеющиеся рекомендации о щадящих психику ребенка условиях осмотра, о недопустимости грубого, а тем более насильственного обследования [Е.В. Уварова, 2011 г.].

При воспалительных заболеваниях органов малого таза у девушек-подростков отмечается нарушение психосоматического статуса, что диктует необходимость применения новых, щадящих психику комплексных, неинвазивных методов ранней диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза, внедрение их в практику. [В.Е. Радзинский, 2013 г.]

В настоящее время эктопия шейки матки относится к наиболее частым заболеваниям матки, встречающимся в препубертатном и пубертатном периодах.

Согласно данным литературы (В. И. Бодяжина, 1992; Л.Н. Василевская, 1994), эктопия шейки матки (ЭШМ) выявляется у 54,2% девочек и девушек - подростков. Повсеместно расширяется спектр внутренних и внешних достоверно значимых факторов риска возникновения ЭШМ у подростков, подтверждая мнение о полиэтиологичности фоновых процессов шейки матки [Г.Т. Сухно, В.Н. Прилепская, 2012 г.].

В настоящее время накоплены многочисленные данные, позволяющие по-новому оценить это патологическое состояние, пересмотрены вопросы классификации и терминологии, научно обоснованы современные принципы диагностики и лечения ЭШМ. [В.И. Гиссов, В.В. Старинская, Г.В. Петрова, 2012 г.]

Многие авторы рассматривают эктопию шейки матки у нерожавших женщин моложе 23 — 24 лет как явление физиологическое, не требующее активного врачебного вмешательства (В.Н. Василевская, 1987; К.П. Ганина, 1989). Но это не может объяснить нередкое возникновение дисплазий на фоне эктопии, которые включены в группу предраковых заболеваний. Повышение частоты возникновения эктопий коррелирует с ростом сексуально-трансмиссивных инфекций, которые встречаются при данной патологии в 55,9% случаев [В.Н. Прилепская, Е.Б. Рудакова, А.В. Кононов, 2002].

Современными исследователями доказано, что зона эктопии — это место персистенции микрофлоры и в ней создаются все условия для поддержания хронического воспалительного процесса [Е.Ф. Кира, 1994; М.В. Montes, A.S.Ferreira, J.S.Fenolioetal., 2000]. Особенно чувствителен к инфекции незрелый эпителий зоны трансформации у девушек-подростков до 18 лет в первые годы после начала половой жизни [Я.В. Бохман, 1989; В.Н. Прилепская, 1991]. При хронизации воспалительного процесса шейки матки возникает патологический круг, поддерживающий существование эктопических и незрелых метапластических очагов, нарушаются процессы регенерации эпителия, поражение приобретает полисистемный характер, обусловленный нарушением в нервной, эндокринной, иммунной и других системах организма. По результатам исследований определённую роль в поддержании существования эктопии играют формирование гиперчувствительной реакции в ткани шейки матки и связь иммуноморфологических феноменов с пролиферацией эпителия в экзоцервиксе (А.Ф. Куперт, Ю.В. Солодун, 1988).

Проблема диагностики и лечения эктопии шейки матки в нашей стране ввиду отсутствия единого подхода к классификации и клинической оценке, а, следовательно, и тактике ведения порождает целый ряд трудностей. Это проявляется неоправданным радикализмом или длительным консервативным ведением больных, что ведет или к прогрессированию процесса или появлению осложненных форм заболевания. [Л.И. Короленкова, 2012 г.]

Среди нарушений функций репродуктивной системы в период созревания девочек и подростков одной из самых частых форм являются ювенильные маточные кровотечения (ЮМК) [М.М. Меньшикова, О.К. Савченко, Л.Н. Можейко и др., 1991; Е.А. Богданова, М.Н. Кузнецова, О.Г. Фролова, 1997;

В.Ф.Коколина,1997; Ю.А. Гуркин, Л.А. Суслопаров, Е.А..Островская, 2001; Andresch B., Milsoml A., 1982; Apgar B., 1997]. В репродуктивном возрасте они приводят к стойким нарушениям менструальной и генеративной функции, к гормонально обусловленным заболеваниям [К.Н. Жмакина, 1980; Е.М. Вихляева, Е.А. Богданова, Н.И. Кондриков и др., 1994; Горшкова О.В, 1998; В.Ф. Коколина, 1995; В.Ф. Коколина, 2010; Koff E, RierdanJ., 1995; KrassasG.E., PontikidesN., KaltsasTh., PapadopuloPh. etal., 1999]. Однако, несмотря на достигнутые успехи в разработке различных методов диагностики и терапии ЮМК, эта проблема остается актуальной [В.Ф. Коколина, 1997; Е.А. Богданова, 2000; Е.М. Вихляева, 2000; Lund K. J., Williamson C., Parsons A., CregonMc., 2008].

Если при гинекологических заболеваниях у взрослых женщин все большее применение находят такие дополнительные методы исследования, как гистероскопия, лапароскопия, то в детском возрасте в использовании их имеются существенные трудности (П.Н. Кротин, И.Н. Гогатадзе, И.Ю. Соломкина 1992; Ю.А. Гуркин, 2000; BreechLesleyL., LauserMarcR.I., 1999). До сих пор не определены показания к гистероскопии и диагностическому выскабливанию у девочек при ЮМК, недостаточно учитываются сведения, получаемые при УЗИ, для установления причин ЮМК (В.Н.Демидов, Б.И. Зыкин, 1990; И.В. Кузнецова, Н.Е. Кушлинский, А.Н. Стрижаков, 1997; В.Ф. Коколина, 1998; Т.Ф. Кутушева, 2000; Pache Th., F. deYoung, HopW., FausenB., 1993; Lumsden M.A., Baird D.T., 1985; Famizian O., Nair U.B., Poweell M.C., 2008).

ОсновнымметодомтерапииЮМКмногимиавторамисчитаетсягормональноевоздействие (Ю.Б. Белоусов, В.С.Моисеев, В.К. Лепяхин, 1993; В.Л. Богданович, 1994; В.К. Ярославский, Ю.А. Гуркин, 1997; Л. Чичерин, 1999; В.Ф. Коколина, 1998; Ю.А. Гуркин, 2000; В.Ф. Коколина, 2001; CsapoA. I., 1980; PicconeE., NoeciodliC., CasadeiL., SestiF., 1988).Однако гормонотерапия неблагоприятно влияет на незрелую гипоталамо- гипофизарную систему девочек-подростков и может сопровождаться осложнениями и побочными реакциями. Отсюда следует, что важное значение имеет изыскание новых негормональных, патогенетически обоснованных методов терапии этого заболевания (В.Ф. Коколина, Л.И. Ильенко, 1995; В.Ф. Коколина, О.Н. Лаптева, 1995; В.Н. Вихляевой, 1998; И.С. Долженко, 2000; HerbstS., 1984; KadinR.A., Lee C.A., Economides D.L., 2007).

В последние годы для лечения ЮМК с успехом применяются различные рефлекторные методы: электростимуляция шейки матки, обработка шейки матки тампоном с эфиром, ректальная и влагалищная гипотермия (Л.А. Рубина, 1995; В.М. Стругацкий, 1997; О.В. Ярустовская, 1997; YuginZ., 1984; Sirakov, DamjanovL., Trankova M., Draganova D., 2010). Многочисленность предлагаемых методов немедикаментозной терапии свидетельствует об их несовершенстве или об отсутствии дифференцированных показаний к их применению.

Проблема лечения девочек-подростков с ювенильным маточным кровотечением (ЮМК) продолжает оставаться актуальной в современной гинекологии. Это обусловлено высокой частотой ЮМК у девочек-подростков, составляющей 10-15%, а также отрицательным его влиянием на репродуктивную систему и общее состояние подростков. Несмотря на широкий спектр медикаментозных методов лечения в настоящее время все шире внедряются

немедикаментозные методы терапии, которые отличаются неинвазивностью, отсутствием побочных эффектов. Одним из таких методов является лазеротерапия. Несмотря на положительную эффективность лазеротерапии до сих пор не разработаны четкие технологии лечения ЮМК с помощью лазеротерапии. [Е.А. Богданова, 2011 г.]

Первичная дисменорея (ПД) является относительно частым гинекологическим заболеванием детского и подросткового возраста. В структуре общей заболеваемости оно выявляется у 12-35 % девочек и девушек-подростков в возрасте 13-18 лет [Е.М. Говорухина, 1988; Л.П. Бакулева, Т.П. Кузьмина, 1988; В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 1995; Е.А. Межевитинова, 1998; В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова, А.В. Тагиева, 1999; Е.В. Уварова, И.Г. Гайнова, 2000; М.Ю. Кучукова, В.И. Кулаков, 2002; Е.А. Межевитинова, 2003]. По данным зарубежной литературы частота ПД составляет 20-22 % [H.J. Combes, C.J. Heinrich, 1990; D.J. Jamieson, J.F. Steege, 1996; A.L. Nelson, 1998; A.S. Cocco, 1999]. Американский врач M.Y. Danwood (1990) привел данные социального эпидемиологического исследования в США, подтвердившие, что в результате нетрудоспособности работающих и учащихся подростков с дисменореей теряется 600 млн. часов, то есть 2 млрд. долларов ежегодно.

Исследователями принято различать дисменорею первичную и вторичную. При этом считают, что ПД является уделом молодого возраста (период полового созревания), тогда как вторичная дисменорея чаще встречается после 30 лет, так как именно вторичная дисменорея является следствием органических патологических процессов и заболеваний внутренних женских половых органов [Е.В. Уварова, 1996; В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова, 2000; E. Koff, J. Rierdan, 1995; M. R. Launfer, D.P. Goldstein, 1998; L. Sirakov, L. Damjanov, M. Trankovaetal, 2010].

Первичная дисменорея - это циклически повторяющийся болевой синдром, который обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструальное отторжение эндометрия. Этот нозологический термин согласно Международной классификации болезней X-го пересмотра (МКБ-X) заменяет прежде принятое понятие альгоменореи (болезненные месячные) на дисменорею. Дисменорея у девушек приводит не только к потере трудоспособности, но и к изменению психосоматического статуса [В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 1995; Э. Делигеороглу, Д.И. Арвантинос, 1996; Г.Ф. Кутушева, 2000; Z. Harel, F.M. Biro, R.K. Kottenhahnetal. 1996].

Этиология первичной дисменореи до конца не ясна. Существует несколько теорий ее развития. В разное время происхождение дисменореи объясняли разными факторами, как физиологическими, так и психологическими. Предпосылками для первичной дисменореи являются гипо- или гиперэстрогения, недостаточность лютеиновой фазы. Кроме того, к ним относятся недостаточный уровень эндогенных опиатов (эндорфины, энкефалины), функциональная несостоятельность тканевых протеолитических ферментов эндометрия и нарушение фрагментации отпадающей слизистой матки, гипертонус перешейка, гиперантефлексия матки, избыточное количество простагландинов. При длительном раздражении рецепторных образований центральная нервная система,