

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Р.А. Часнойть  
28 декабря 2007 г.  
Регистрационный № 017-0407

**ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический  
центр «Мать и дитя»

АВТОРЫ: д-р мед. наук О.Н. Харкевич, канд. мед. наук Р.Л. Коршикова, Т.В.  
Бекасова, Т.П. Ващилина

Минск 2008

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Показанием к использованию является организация амбулаторной и стационарной специализированной детской гинекологической помощи девочкам и девочкам-подросткам.

## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Отсутствуют.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Использование метода будет способствовать раннему выявлению патологии репродуктивной системы девочек и девочек-подростков, повышению эффективности мероприятий по профилактике гинекологических заболеваний, улучшению качества оказания гинекологической помощи и эффективности реабилитационных мероприятий девочкам и девочкам-подросткам. Внедрение данного метода приведет к снижению материальных затрат на оказание медицинской помощи девочкам с заболеваниями репродуктивной системы и улучшению демографической ситуации в Республике Беларусь.

## **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА**

Трехэтапная (ступенчатая) система организации данного вида помощи:

**I этап** – дошкольные учреждения, школы и средние специальные учебные заведения;

**II этап** – специализированные кабинеты гинекологов детского и юношеского возраста;

**III этап** – специализированные стационарные отделения с консультативным кабинетом при них.

*Объем лечебно-профилактической помощи на I этапе* – широкая санитарно-просветительная работа педиатров, акушеров-гинекологов среди девочек, родителей и педагогов, а также выделение групп риска по нарушению функции репродуктивной системы в период полового созревания с активной передачей этого контингента больных для наблюдения в кабинет гинекологии детского и юношеского возраста.

*Объем на II этапе* – диагностика и лечение в условиях поликлиники, направление в стационар, наблюдение после выписки из стационара, организационно-методическое руководство работой I этапа; динамическое наблюдение групп риска в поликлинических условиях и в последующем – передача в женскую консультацию.

*Объем на III этапе* – диагностика и лечение в стационаре, преемственность в работе с кабинетами гинекологии детского и юношеского возраста и организационно-методическая работа (повышение квалификации детских гинекологов, внедрение достижений науки в практику и др.). Стационарная гинекологическая помощь девочкам и подросткам оказывается в гинекологических отделениях крупных многопрофильных больниц, на базе

областных родовспомогательных организаций III уровня и в Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя», где организовано 15 коек детской гинекологии для нужд всей республики.

Трехэтапная ступенчатая система организации гинекологической помощи детям и подросткам позволяет унифицировать подход к обследованию, профилактике и лечению репродуктивной патологии у девочек в подростковом возрасте.

Амбулаторная гинекологическая помощь девочкам и девочкам-подросткам должна оказываться в специализированных кабинетах, которые могут быть размещены в детских поликлиниках или женских консультациях в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.01.2007 № 7 «Об организации кабинетов гинекологической помощи подросткам».

### **Обоснование необходимости гинекологического обследования**

Детская гинекология – специальность, созданная на стыке педиатрии и гинекологии, позволяет решить проблему детских гинекологических заболеваний. Гинекологические проблемы, вопреки общепринятому мнению, далеко не всегда связаны с началом половой жизни: многие заболевания репродуктивной системы появляются еще в раннем возрасте. Девочки и девушки в большей степени, чем взрослые женщины, подвержены разнообразным неблагоприятным воздействиям социального, экономического, бытового, нравственного, экологического характера, поэтому возникает необходимость в проведении энергичных оздоровительных медицинских и немедицинских мероприятий. Регулярное наблюдение у детского и подросткового гинеколога позволяет не только своевременно выявить, назначить лечение и определить меры профилактики гинекологических заболеваний, но и подготовить девушек к предстоящему материнству, ответственному рождению детей. Внимательное отношение к здоровью девочек поможет в будущем стать им счастливыми мамами здоровых детей и решить проблему демографической безопасности в стране.

Возрастные анатомо-физиологические особенности при гинекологическом обследовании детей и подростков представлены в приложении.

**Первый гинекологический осмотр** проводится в родильном доме: он позволяет выявить различные нарушения развития половых органов, диагностировать гормональные кризы и воспалительные процессы. С первой проблемой детской гинекологии юные пациентки могут столкнуться уже через несколько дней после рождения: матка, маточные трубы и яичники, как и любой другой орган человеческого организма, могут подвергаться различным заболеваниям.

Детская гинекология предусматривает еще два плановых осмотра у специалиста.

**Второй гинекологический осмотр** проводят в возрасте 6-7 лет (перед поступлением в школу). В этом случае на плечи врача-гинеколога отчасти ложится ответственность и за психологическое состояние ребенка: юной

пациентке тяжело описать признаки недомогания, а неприятные ощущения во время осмотра могут серьезно травмировать детскую психику. Детская гинекология предполагает общение с юными пациентками, в ходе которого врач должен найти к каждой из них индивидуальный подход. Доверительные отношения между врачом и пациенткой помогут избежать дополнительных методов обследования, которые, в большинстве случаев, являются весьма болезненными для ребенка. Нередко диагностика заболеваний в практике детской гинекологии проводится под общей анестезией.

**Третий гинекологический осмотр** осуществляют в период полового созревания. Нарушение полового созревания – одна из главных проблем детской гинекологии. Это отклонение обычно связывают с изменениями в структурах гипофиза и гипоталамуса, а также с повышением или снижением секреции половых гормонов. Нарушения полового созревания могут быть вызваны различными осложнениями во время беременности матери. Нередко причинами нарушения полового развития становятся различные инфекционные заболевания, перенесенные в раннем детстве. Для подростков в возрасте 12 лет детская гинекология становится не просто медицинским отделением для лечения определенных болезней, но и своеобразным консультантом в вопросах половой жизни, что позволяет предотвратить многие, в том числе и неизлечимые, заболевания в дальнейшем.

В группу риска по развитию нарушений репродуктивной системы следует включать девочек-подростков с отклонениями массы тела, с наличием гирсутизма, с высоким индексом инфекционной патологии на фоне хронического тонзиллита, с патологией щитовидной железы, генетическими факторами риска, пороками развития мочеполовых органов, перенесших операции на органах малого таза, имеющих нарушения менструальной функции и урогенитальные инфекции.

Включенные в группу риска подлежат активному динамическому врачебному наблюдению у гинеколога не реже 1 раза в год. По показаниям пациенток группы риска наблюдает врач-эндокринолог, оториноларинголог, невропатолог и другие специалисты.

В отдельную группу риска следует относить подростков, живущих половой жизнью. Важным фактором профилактики нарушений репродуктивной системы у них является адекватная контрацепция, которая осуществляется в соответствии с регламентирующими документами Министерства здравоохранения (методические рекомендации, инструкции и т. п.).

**Патологические состояния, при которых необходимо обследование у детского гинеколога**, отражены в приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.01.2007 № 7 «Об организации кабинетов гинекологической помощи подросткам».

Направление ребенка на консультацию врача педиатра-генетика в медико-генетический центр (МГЦ) должно проводиться по следующим показаниям:

1. Врожденные пороки развития, наследственные и врожденные

заболевания или подозрение на них.

2. Умственная отсталость неясной этиологии.
3. Судорожный синдром неясной этиологии.
4. Нарушение половой дифференцировки, задержка полового развития.
5. Глухота, слепота неясной этиологии.
6. Микроаномалии развития.

При выявлении наследственных или врожденных заболеваний дальнейшее наблюдение детей должно осуществляться совместно со специалистами регионарных медико-генетических центров.

После достижения 18-летнего возраста в женскую консультацию должна быть передана вся информация о состоянии здоровья девушки в динамике предшествующих периодов жизни (если таковая не была передана ранее).

**Показания для направления на стационарное обследование и лечение:**

1. Острые и хронические воспалительные заболевания половых органов в стадии обострения:

- сальпингоофорит,
- эндометрит,
- tuboовариальный абсцесс,
- параметрит и тазовая флегмона,
- абсцесс большой железы преддверия влагалища (бартолиниевой),
- пельвиоперитонит,
- часто рецидивирующий вульвовагинит.

2. Эндометриоз:

2.1 Генитальный:

- эндометриоз матки,
- эндометриоз яичников,
- эндометриоз маточных труб,
- эндометриоз тазовой брюшины,
- эндометриоз ректовагинальных перегородок и влагалища.

2.2 Экстрагенитальный:

- эндометриоз кишечника,
- эндометриоз рубца и кожи,
- эндометриоз других уточненных локализаций.

3. Свищи, травмы половых органов, последствия:

- свищи женских половых органов,
- свищи кишечно-генитальные,
- свищи генитально-кожные,
- травмы тазовых органов,
- ушиб половых органов,
- инородное тело в мочеполовом тракте,
- гематома вульвы,
- гематома влагалища,

- стриктура влагалища.

#### 4. Фоновые состояния, доброкачественные опухоли, опухолевидные образования:

- доброкачественные опухоли вульвы,
- киста большой железы преддверия влагалища (бартолиниевой),
- доброкачественные опухоли влагалища,
- доброкачественные опухоли яичников,
- опухолевидные образования яичников.

#### 5. Аномалии развития половых органов, требующие хирургической коррекции:

- аномалии шейки матки и влагалища,
- атрезия влагалища,
- плотная девственная плева,
- наличие Y-хромосомы у фенотипической женщины.

#### 6. Осложненная беременность раннего срока, аборт и его осложнения:

- пузырный занос,
- несостоявшийся аборт,
- абдоминальная беременность,
- трубная беременность,
- яичниковая беременность,
- другие формы эктопической беременности,
- самопроизвольный аборт,
- искусственный медицинский аборт,
- искусственный криминальный аборт,
- аборт неуточненный,
- неудачная попытка аборта,
- инфекция половых путей, тазовых органов (эндометрит, сальпингоофорит, перитонит, сепсис, инфекционно-токсические поражения),
- осложнение аборта по типу кровотечения.

Девочки до 18-летнего возраста с осложнениями беременности раннего срока, абортom и его осложнениями направляются в стационар взрослой сети (гинекологическое отделение, родильный дом).

#### ***Показания к госпитализации в стационар в экстренном порядке:***

1. Заболевания внутренних половых органов, требующие неотложного хирургического лечения, «острый живот»:

- перекрут ножки кисты яичника,
- разрыв кисты яичника,
- разрыв tuboовариального абсцесса,
- внематочная беременность и др.

2. Осложнения беременности, сопровождающиеся кровотечением.

3. Ювенильные кровотечения.

4. Септические осложнения, обусловленные воспалительными процессами в органах репродуктивной системы различной этиологии.

5. Травмы женских половых органов, сопровождающиеся нарушением функции, кровотечением. Данная категория больных госпитализируется в ближайшие гинекологические стационары по месту жительства или РНПЦ «Мать и дитя».

### **Объемы обследования и предоперационной подготовки девочек с гинекологическими заболеваниями**

#### **1. Амбулаторные диагностические процедуры у девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями:**

- Анамнез.
- Общее физикальное обследование ротоглотки и легких, органов кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез.
- Измерение АД.
- Антропометрия.
- Подсчет индекса массы тела.
- Оценка соответствия полового и физического развития возрасту пациентки с заполнением повозрастной центильной шкалы роста и массы тела.
- Осмотр наружных половых органов.
- Ректоабдоминальное бимануальное исследование.
- УЗИ внутренних половых органов.
- Рентгенография кистей рук для определения биологического (костного) возраста.

#### **2. Предоперационная подготовка девочек до 18 лет с гинекологическими заболеваниями:**

- Общее физикальное обследование, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД).
- Электрокардиограмма (ЭКГ).
- Общий клинический анализ крови с тромбоцитами.
- Определение группы крови и резус-фактора.
- Гемостазиограмма.
- Биохимическое исследование крови, включая глюкозу крови.
- Общий анализ мочи.
- Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
- Кровь на RW, ВИЧ, вирусные гепатиты В и С.
- Консультация педиатра.
- Обследование ЖКТ по показаниям (при наличии опухолей яичника).

#### **3. Показания для применения лапароскопии в детской гинекологии:**

- Уточнение состояния внутренних половых органов при пороках развития матки, влагалища и маточных труб, дисменорее, острых и хронических сальпингитах, генитальном эндометриозе.
- Проведение первых этапов лечения распространенного воспалительного процесса внутренних половых органов и генитального эндометриоза.

- Удаление опухолей и опухолевидных образований яичников и дисгенетичных гонад; ликвидация явлений и последствий перекрута ножки кисты яичника.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК  
ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Отсутствуют.

**Возрастные анатомо-физиологические особенности  
при гинекологическом исследовании детей и подростков**

***Первые 6-8 недель жизни***

- Преобладает влияние материнских эстрогенов.
- Отмечается незначительное увеличение и нагрубание молочных желез.
- Слизистая оболочка влагалища и преддверия влагалища утолщена, ярко-красного цвета.
- В конце этого периода у новорожденных девочек могут наблюдаться кровянистые выделения из половых путей вследствие падения уровня материнских эстрогенов.

***От 8 недель до 2 лет***

- Уровни материнских гормонов снижаются, но скорость снижения варьирует. Поэтому у некоторых девочек нагрубание молочных желез сохраняется дольше и иногда бывает асимметричным. Биопсия молочных желез не рекомендуется, так как в подростковом возрасте может развиваться амастия.
- При мастите показано внутривенное введение антибиотиков.
- *Функциональные фолликулярные кисты яичников* могут возникать еще внутриутробно. Клинические проявления чаще всего отсутствуют, и кисты обнаруживают случайно при УЗИ. Лечение обычно не требуется. Если имеются симптомы, производят пункцию кисты с аспирацией содержимого (при лапароскопии или под контролем УЗИ). Перекрут кисты встречается редко, поэтому лапаротомия и овариэктомия не рекомендуются. Рассасывание функциональной кисты может сопровождаться кратковременными кровянистыми выделениями из половых путей.

***От 2 до 8 лет***

- При нарушении нормальной микрофлоры влагалища низкий уровень эстрогенов способствует развитию вагинита.
- Матка составляет 30% величины матки взрослой женщины и пальпируется при ректоабдоминальном исследовании.
- Соотношение длины шейки и тела матки составляет 2:1.
- Длина влагалища достигает 5 см, слизистая оболочка истончена, розового цвета.
- Ось влагалища располагается под острым углом к вертикальной оси.
- Девственная плева тонкая, рыхлая, диаметр ее отверстия составляет 0,5 см.
- Большие половые губы не полностью прикрывают малые за счет недостаточной выраженности подкожной клетчатки. Малые половые губы тонкие, розового цвета.

***От 8 до 9 лет***

- Усиливается продукция эстрогенов.

- Соотношение длины шейки и тела матки – 1:1.
- Длина влагалища увеличивается до 6-8 см; слизистая оболочка утолщается.
- Отверстие девственной плевы в среднем составляет 1 см.
- Большие половые губы увеличиваются.
- Рост молочных желез начинается примерно за 2 года до менархе.
- Яичники опускаются в малый таз, заканчивается созревание скелета.

#### ***Подростковый возраст***

- Анатомия внутренних половых органов соответствует анатомии взрослой женщины; соотношение длины шейки и тела матки – 1:2.
- Длина влагалища достигает 10 см, своды сформированы.
- Отверстие девственной плевы составляет 1 см, но увеличенные наружные половые органы затрудняют его визуализацию.
- Постепенно появляются вторичные половые признаки.