

нію і, враховуючи зниження  $E_2$ , характеризує гормональний дисбаланс, з переважанням андрогенів у організмі пацієнток з ПА центрального генезу. У пацієнток з психогенною аменореєю рівень Т найвищий.

5. Рівень К підвищений лише у пацієнток з психогенною аменореєю. Таким чином, надлишок посилено продукованих при стресі кортикостероїдів та андрогенів сприяє інгібуванню

впливу на гіпоталамічні центри, що призводить до зниження продукції гонадотропінів. Відмічено кореляцію між підвищеним рівнем кортизолу і зниженим рівнем ФСГ у підгрупах з гіпоталамічною та психогенною аменореєю.

6. Виділення психогенної аменореї у дівчат-підлітків з ПА центрального генезу є доцільним і підтверджується специфічними змінами гормонального статусу.

### Список літератури

1. Богданова Е.А. Классификация аменореи у девушек // Акушерство и гинекология. — 1983. — № 7. — С. 13-16.
2. Богданова Е.А. Современные профилактические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии // Гинекология. — 2000. — № 1. — С. 7-11.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. — Санкт-Петербург, 2000. — С. 118-119, 116-138.
4. Матицина Л.А. Гормональный статус у девочек-подростков с первичной аменореей // Мед.-соц. пробл. семьи. — 2000. — № 3. — С. 30-32.
5. Патология полового развития девочек и девушек / Под ред. Ю.А. Крупко-Большовой, А.И. Корниловой. — К.: Здоровья, 1980. — С. 32-34.
6. Прилепская В.Н. Вторичная аменорея у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989. — С. 321.
7. Слинько Л.И., Алтанец С.И. Содержание гонадотропных гормонов в сыворотке крови девушек с психогенной аменореей // Акушерство и гинекология. — 1983. — № 7. — С. 16-17.
8. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. — СПб: СОТИС, 1995. — С. 116-129, 207-219.
9. Mavroudis K. Secondary amenorrhea // Official J. of the Hellenic Society of Pediatric and Adolescent Gynecology. — 1995. — V. 7, № 4. — P. 290.
10. Matitsina L.A. Amenorrhea central genesis in adolescent girls // Gynecological Endocrinology. — 1996. — V. 10, № 4. — P. 143.
11. Touraine Ph. Les Amenorrhées. — Paris, 1995. — P. 9-27.
12. Yen S.S.C., Jaffe R.B. Reproductive Endocrinology (Physiology, pathophysiology and Clinical Management). — Second. edition. — 1998. — P. 323-447.

© Л.О. Матицина, 2001

Отримано 07.08.00

УДК 618.1-053.2/.7(477.85)

## СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СЛУЖБИ ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ НА БУКОВИНІ

О.А. АНДРІЄЦЬ

Буковинська державна медична академія (ректор — проф. В.П. Пішак), м. Чернівці

**Резюме.** Охарактеризован уровень гинекологической заболеваемости девочек и подростков на Буковине за последние 5 лет.

**Summary.** The level of gynecologic morbidity among small and adolescent girls in Bucovina over the last five years has been characterized in this paper.

**О**ХОРОНІ репродуктивного здоров'я жіночого населення, починаючи з дитячого віку, надається пріоритетне значення на державному рівні, що відзначено в національних програмах "Планування сім'ї" та "Діти України" [1], наказі МОЗ України № 391 від 27.12.96 "Про удосконалення служби дитячої та підліткової гінекології". У Чернівецькій області, починаючи з 1998 року, проведено реконструктивні зміни у структурі та роботі служби дитячої та підліткової гінекології:

— кабінети дитячого та підліткового гінеколога виведено зі складу жіночої консультації та відкрито у дитячих поліклініках;

— здійснено штатне забезпечення кабінетів (не менше однієї лікарської посади на район);

— створено та функціонує обласний консультативний кабінет на базі обласної дитячої лікарні №2;

— відкрито 5 ліжок дитячої та підліткової гінекології на базі міського клінічного пологового будинку № 1.

У 1999 році на базі кафедри акушерства та гінекології № 1 БДМА створено курс дитячої та

підліткової гінекології. З 2000 року МОЗ України дозволено проводити навчання в інтернатурі та підвищення кваліфікації з дитячої та підліткової гінекології на базі кафедри акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології БДМА. Цією ж кафедрою (зав. — проф. О.М. Юзько, завідувач курсом дитячої та підліткової гінекології — доц. О.А. Андриєць) спільно з ОУОЗ (начальник — О.І. Грушко, головний акушер-гінеколог — доц. А.В. Куріцин) у вересні 2000 року проведено IV Всеукраїнську науково-практичну конференцію лікарів гінекологів дитячого та підліткового віку з міжнародною участю "Особливості становлення репродуктивної функції у дівчат та її порушення", в якій взяли участь провідні вчені Росії та України, серед них І.Б. Вовк (Київ), Ю.О. Гуркін (Санкт-Петербург), Є.Ф. Кіра (Санкт-Петербург), О.О. Зелінський (Одеса), С.О. Левенець (Харків) та багато інших.

У складі обласної служби працює 19 дитячих та підліткових гінекологів. Під їхнім спостереженням у 2000 році перебували 98397 дівчаток віком до 14 років та 25729 підлітків до 18 років, всього 124126 осіб.

Кабінети гінекологів дитячого та підліткового віку проводять роботу щодо активного виявлення гінекологічної патології у дітей та підлітків шляхом проведення профілактичних оглядів. Виявленим хворим проводиться лікування, диспансерне спостереження. По досягненню ними 18-річного віку дівчата передаються під спостереження лікаря жіночої консультації.

На Буковині з 1995 року відзначається помітний ріст гінекологічної захворюваності у дівчаток та підлітків. У 1995 році на диспансерному обліку перебували 830 дівчат з гінекологічною патологією, а в 2000 році цей контингент вже становив 5373 особи. Серед них дівчаток віком до 6 років було 412, 6-14 років — 1815, підлітків віком 14-18 років — 3146, тобто гінекологічна захворюваність у віковій групі 14-18 років у 8 разів вища, ніж у дітей до 6 років. Цей стан можна розглядати як наслідок демократизації ранніх статевих стосунків у підлітків, що сприяє росту числа захворювань, які передаються статевим шляхом, накопичення з віком хронічної гінекологічної патології, порушення фізіологічних процесів репродуктивної системи, характерних для даного віку.

Провісний аналіз за нозологічними формами гінекологічних захворювань серед дівчат та підлітків Чернівецької області, було встановлено, що провідне місце займають порушення менструальної функції: аменорея, порушення циклічності й тривалості менструального циклу, альгодисменорея та пубертатні менорагії. Число таких хворих у 2000 році становило 2240 осіб, а в 1995 — 140, що складало 41,6% від усієї диспансерної групи у 2000 році, та 16,8% в 1995 році.

Привертає увагу зростання кількості запальних захворювань зовнішніх та внутрішніх ста-

тевих органів серед дівчаток та підлітків. На диспансерному обліку в 2000 році перебували 2266 дітей та підлітків, що складало 42,2% від усієї диспансерної групи, з них 17,3% дітей були віком 0-6 років, 35,0% — 6-14 та 47,7% — 14-18 років.

Таку ситуацію можна пояснити пригніченням імунної системи дівчаток, незадовільним соціально-гігієнічним станом певних соціальних груп, збільшенням резистентних форм мікроорганізмів. Значний вплив на розвиток запальних захворювань зовнішніх статевих органів у дівчаток та підлітків пубертатного віку має незрілість гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, що проявляється в основному гіпоестрогенією. Як відомо, естрогени відіграють певну антиінфекційну захисну роль для зовнішніх статевих органів [1].

У пацієнток, що страждають на генітальні розлади, виникають порушення мікроекології піхви, що призводить до підвищення рН її середовища, а ступінь цих порушень залежить від віку дівчаток [1].

Нами проведено бактеріологічне та бактеріоскопічне дослідження вмісту піхви та мазків з вульви у 31 дівчинки віком від 1 до 7 років, 35 дівчаток — віком від 8 до 15 років та 13 підлітків — від 16 до 18 років, які перебували на диспансерному обліку з приводу запальних захворювань жіночих статевих органів. Видовий склад мікроорганізмів наведено у таблицях 1 та 2.

У пацієнток віком від 1 до 7 років настає елімінація або дефіцит біфідобактерій, пропіоновокислих бактерій і незначне зниження корине- та лактобактерій, зростає ступінь контамінації порожнини піхви гонококами, патогенними ешерихіями і трихомонадами та умовнопатогенними ешерихіями, стафілококами і ентерококами, а також хламідіями, уреоплазмами та гарднерелами.

Порушення мікробіоценозу порожнини піхви у пацієнток віком 8-15 років посилюються за рахунок поглиблення дефіциту не тільки біфідобактерій, а також лактобактерій, коринібактерій та пропіоновокислих бактерій і більш інтенсивною контамінацією порожнини піхви трихомонадами та умовнопатогенними ешерихіями, бактероїдами, пептококом, золотистим стафілококом та дріжджоподібними грибами роду *Candida*, а також хламідіями, уреоплазмами та гарднерелами.

Дисбактеріоз та дисбіоз порожнини піхви пацієнток віком 16-18 років, що страждають на генітальні розлади, характеризується елімінацією пропіоновокислих бактерій, дефіцитом біфідобактерій, лактобактерій, бактероїдів та коринібактерій, контамінацією порожнини піхви превотелами, пептострептококами, золотистим стафілококом, стрептококом, гонококом, трихомонадами і дріжджоподібними грибами роду *Candida*, хламідіями, уреоплазмами та гарднерелами.

Таблиця 1

## Видовий склад мікрофлори вмісту заднього склепіння піхви у дівчаток віком 1-15 років

Мікроорганізми	Вік 1-7 років, n=31			Вік 8-15 років, n=35		
	виділено штамів	індекс постійності (С%)	частота виявлення (Рі)	виділено штамів	індекс постійності (С%)	частота виявлення (Рі)
Анаеробні бактерії						
Біфідобактерії	12	38,71	0,10	11	35,43	0,08
Бактероїди	11	35,48	0,09	18	51,43	0,12
Превотели	3	9,68	0,02	3	8,57	0,02
Лактобактерії	21	67,74	0,17	20	57,14	0,14
Пропіоновокислі бактерії	3	9,68	0,02	3	8,57	0,02
Пептокок	9	29,93	0,07	11	35,43	0,08
Пептострептококи	4	12,90	0,03	5	14,29	0,03
Аеробні мікроорганізми						
Золотистий стафілокок	6	19,35	0,05	11	35,43	0,08
Епідермальний стафілокок	4	12,90	0,03	5	14,49	0,03
Ентерококи	3	9,68	0,02	0	-	-
Гонокок	6	19,35	0,05	5	14,29	0,03
Ешерихії	16	51,61	0,13	23	65,71	0,16
Ешерихії Нly <sup>+</sup>	1	3,23	0,01	0	-	-
Коринебактерії	18	58,06	0,15	20	57,14	0,14
Кандиди	0	-	-	1	2,68	0,01
Трихомонади	4	12,90	0,93	10	28,57	0,07

Таблиця 2

## Видовий склад мікрофлори вмісту заднього склепіння піхви у дівчаток віком 16-18 років

Мікроорганізми	Основна група, n=13			Контрольна група, n=11		
	виділено штамів	індекс постійності (С%)	частота виявлення (Рі)	виділено штамів	індекс постійності (С%)	частота виявлення (Рі)
Анаеробні бактерії						
Біфідобактерії	4	30,77	0,08	10	90,91	0,19
Лактобактерії	6	46,15	0,11	11	100	0,20
Бактероїди	4	30,77	0,08	7	63,64	0,13
Превотели	1	7,69	0,02	0	-	-
Пропіоновокислі бактерії	0	-	-	11	100	0,20
Пептокок	3	23,08	0,06	1	9,09	0,02
Пептострептококи	2	15,38	0,04	0	-	-
Аеробні мікроорганізми						
Золотистий стафілокок	5	38,46	0,09	0	-	-
Епідермальний стафілокок	3	23,08	0,03	2	18,18	0,04
Ентерококи	2	15,38	0,04	0	-	-
Гонокок	1	7,69	0,02	0	-	-
Ешерихії	5	38,46	0,09	2	9,09	0,02
Коринебактерії	7	53,84	0,13	11	100,0	0,20
Кандиди	2	15,38	0,04	0	-	-
Трихомонади	8	61,15	0,15	0	-	-

Такі дослідження ми проводимо бактеріологічним методом та методом прямої імуофлюоресценції, ДНК-діагностику в ланцюговій полімеразній реакції та за допомогою імуоферментного аналізу на базі кафедри медичної імунології, алергології та ендокринології (зав. — проф. І.Й. Сидорчук), Центру репродуктивної медицини ВДМА (керівник — проф. О.М. Юзько) та в науково-медичному ТОВ "Авіцена" (дир. — Л.Б. Маковійчук).

Дівчата та підлітки, які потребували невідкладної медичної допомоги, із запущеними формами гінекологічних захворювань та для поглибленого дообстеження й лікування були госпіталізовані до гінекологічного стаціонару пологового будинку № 1 м.Чернівці на ліжка дитячої та підліткової гінекології. Стаціонарне лікування в 2000 році проведено 147 хворим, план ліжко-днів виконано на 108,1%.

У зв'язку зі швидким розвитком ендоскопічної техніки в останні роки стало можливим менш інвазивним шляхом проводити діагностику та лікування гінекологічних хворих, зокрема дівчаток-підлітків з аномаліями розвитку статевих органів. Цьому сприяють такі чинники, як зниження травматичності операції, зменшення частоти і тяжкості ускладнень, значне скорочення тривалості перебування у стаціонарі, хороший косметичний ефект, швидка і якісна діагностика захворювання, що справляє менш травматичну дію на психіку дівчаток-підлітків.

У гінекологічній клініці пологового будинку № 1 м. Чернівці у практику охорони здоров'я широко впроваджуються новітні технології, серед яких лапароскопічне лікування на апаратурі фірми "Karl Storz" (Німеччина) з діагностичною та лікувальною метою при стійкому больовому синдромі, аномаліях розвитку внутрішніх статевих органів, пухлинах яєчників, "гострому" животі у дівчаток та підлітків.

У 2000 році у зазначеній клініці було прооперовано 11 дівчаток-підлітків віком 14-18 років, серед них 7 (63,6%) — лапароскопічним доступом, що дозволило зменшити операційну травму, післяопераційний ліжко-день, а також дало суттєвий економічний ефект. У деяких випадках діагностична лапароскопія дозволила визначити подальшу лікувальну тактику, зокрема при синдромі Рокітанського-Маєра-Кюстера. У 2 дівчат віком 16 та 17 років при даному синдромі було виконано одноетапний кольпопоз за допомогою гетеротрансплантата — твердої

мозкової оболонки плода (ТМО). Виконання ТМО у хірургічній практиці запатентовано зав. кафедри факультетської хірургії БДМА проф. І.Ю. Полянським. Виконання кольпопозу за даною методикою є унікальним, надійним, менш травматичним для організму дівчини, ніж інші методики.

На сучасному етапі розвитку медицини чергове значення відводиться її профілактичній направленості. Тому гінекологи дитячого та підліткового віку пріоритетного значення надають санітарно-просвітницькій роботі серед дівчаток та підлітків, їхніх учителів та батьків, використовуючи для цього пресу, радіо, телебачення. Вони ведуть постійну радіопередачу "Берег любові" і беруть участь у телевізійному молодіжному авторському каналі.

У перспективному плані розвитку служби дитячої та підліткової гінекології ми передбачаємо пошук нових науково обґрунтованих методів профілактики гінекологічної захворюваності, починаючи ще з періоду внутрішньоутробного розвитку, вбачаючи у цій патології перинатальний слід; формування груп ризику серед дівчаток та підлітків з екстрагенітальною патологією в основному суміжних органів сечостатевої системи, кишечника, ендокринної системи; застосування нетрадиційних методів лікування при необхідності оперативного втручання з використанням ендоскопічних методів та запровадження більш широкого використання санаторно-курортного лікування, маючи для цього всі можливості у країні.

#### Список літератури

1. Системне впровадження знань з статевої освіти в центрах планування сім'ї / О.М. Лук'янова, Р.В. Богатирьова, І.Б. Вовк та ін.// ПАГ. — № 2. — 1998. — С. 74-78.