

© Г. Ф. Кутушева<sup>2</sup>, А. В. Емельянова<sup>1,2</sup>, **Особенности диагностики и лечения гинекологической патологии у девочек на этапе оказания скорой медицинской помощи**  
А. А. Бойков<sup>1</sup>, Е. А. Ульрих<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУ Здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

УДК: 618.1-053.3/71-083.98

■ В случаях оказания неотложной помощи при гинекологической патологии у детей на догоспитальном этапе особое значение имеют анатомо-физиологические особенности данного контингента больных. В статье представлены структура, особенности диагностики и лечения острой гинекологической патологии у девочек от 0 до 18 лет этапа оказания скорой медицинской помощи, доставленных в стационар бригадами скорой медицинской помощи города Санкт-Петербурга на основании 1024 случаев, за период 2009–2010 гг.

■ **Ключевые слова:** детская гинекология; острая гинекологическая патология.

## Введение

Каждая 8–9-я девочка Российской Федерации имеет гинекологическое заболевание или нарушение полового развития, патологическая пораженность репродуктивного здоровья девочек-подростков в России достигает 120 на 1000 человек [1, 3]. При этом наблюдается неуклонное увеличение заболеваемости мочеполовой системы среди детей (0–14 лет). По данным Росстата в 2000 г. патологическая пораженность мочеполовой системы составляла 2062,4 на 100 000 детей, в 2009 г. — 3106,8 на 100 000 детей, т. е. с 2000 по 2009 гг. прирост составил 1044 на 100 000 детей (в 1,5 раза). Аналогичное увеличение зарегистрировано и среди подростков (15–17 лет) с 3806 (2000 г.) до 5922 (2008 г.) на 100 000 подростков, Росстат, 2010 [4]. Согласно наблюдениям Научного центра охраны здоровья детей и подростков РАМН гинекологическая патология выявляется у 77,6% школьников в возрасте до 15 лет, а среди 17 летних она достигает 90% [2]. Несмотря на существующую систему оказания гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам, многие вопросы оздоровления данного контингента не решены. В частности, недостаточно разработаны подходы своевременного дифференцированного оказания скорой гинекологической помощи девочкам соответствующей службой, что требует дальнейших углубленных исследований с разработкой эффективных организационных и лечебно-профилактических мероприятий.

## Материалы и методы исследования

Материалом исследования послужили данные девочек и девушек-подростков от 0 до 17 лет 11 мес. 29 дн., первично осмотренных бригадами скорой медицинской помощи и госпитализированных в Детскую городскую клиническую больницу (ДГКБ) № 5 и клинику Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (СПбГПМА) в 2009–2010 гг. Проанализировано 1024 медицинских карт стационарного больного (историй болезни), ф.003/у. В исследование не вошли пациентки, доставленные в стационар бригадами скорой медицинской помощи, но отказавшиеся от госпитализации, а также пациентки со сроком беременности свыше 27 нед., так как этот контингент доставляется бригадами скорой медицинской помощи в родильные дома.

В Санкт-Петербурге специализированную гинекологическую помощь оказывает единственное в городе отделение детской гинекологии, расположенное на базе Детской городской клинической больницы № 5 имени Н. Ф. Филатова.

Все пациентки были разделены на подгруппы, в зависимости от возраста (по классификации периодов детства Н.П. Гундобина): 0–3 года (объединяет грудной период и раннего детства), 3–7 лет (дошкольный возраст), 7–12 лет (младший школьный возраст), 12–18 лет (старший школьный возраст).

Деление на подгруппы имеет практическое значение для диагностики гинекологической патологии, исходя из анатомо-физиологических особенностей организма девочек. Средний возраст менархе у девушек северных регионов России — 12,6 года [2]. Согласно анатомо-физиологическим особенностям, обусловленным влиянием половых гормонов, в гинекологии различают: период новорожденности (0–28 дн.); нейтральный возраст — до 7 лет; препубертатный период — до менархе; пубертатный период — до завершения половой зрелости. Тем не менее, мы придерживались деления на возрастные периоды, принятые в педиатрии.

## Результаты исследования и обсуждение результатов

Основную группу госпитализированных пациенток с ургентной гинекологической патологией за период 2009–2010 гг. составили девочки-подростки 12–18 лет (81,8%). Доля детей периодов раннего детства, дошкольного и младшего школьного возраста была 18,2% (n=187), (табл. 1).

Часть пациенток, экстренно доставленных в стационар, после оказания соответствующей помощи и установления диагноза в специализированном лечебном учреждении не нуждались в госпитализации. Так, в возрастной группе 0–12 лет потребовалась госпитализация в 67 случаях (35,8%), а среди девочек старше 12 лет — в 642 случаях (76,7%), таблицы 2, 3.

Ведущей ургентной патологией **возрастной группы девочек от 0–12 лет** явились травмы наружных половых органов и влагалища, составившие 75,4% (n=141), таблица 2.

Таблица 1

**Возрастная структура гинекологической патологии этапа скорой медицинской помощи (г. Санкт-Петербург, 2009–2010 гг.)**

Период детства	Пациентки с ургентной гинекологической патологией	
	n	%
0–3 г. (ранний)	31	3
3–7 л. (дошкольный)	89	8,7
7–12 л. (младший школьный)	67	6,5
12–18 л. (старший школьный)	837	81,8
Всего	1024	100

В анализе генеза травм выявлено, что они возникали в результате механических воздействий при падениях и ударах о тупой предмет, при дорожно-транспортных происшествиях, а также от насильственных действий при половых преступлениях. По данным нашего исследования, среди жалоб при травмах преобладают задержка мочеиспускания от 1,5 до 20,5 часов, болезненное мочеиспускание, кровотечение из ран, ссадин или гематурия, боль и формирование гематомы в области травмы.

По данным нашего исследования, при осмотре врачом стационара выявлены следующие травматические повреждения:

- гематомы мягких тканей промежности — 130 (92,2%),
- разрыв задней спайки — 5 (3,6%),
- отрыв малых половых губ — 3 (2,1%),
- разрыв промежности — 3 (2,1%).

Увеличение травматизма имеет сезонный характер. Выявлено, что в летние месяцы число травм половых органов увеличивается на 20%, которые происходят преимущественно на улице и составляют около 70% всех травм половых органов. В остальное время года травмы в основном получены в домашних условиях.

Воспалительные заболевания вульвы и влагалища составили 7,5% (n=14), из них 57,1% (n=8) в возрасте от 3 до 7 лет. Во всех случаях воспалительные заболевания вульвы и влагалища представлены в виде острого вульвовагинита. Поводом для вызова бригады скорой помощи были жалобы на кровотечение, кровомазанье, появление крови в моче. Реже родители (законные представители) предполагали возможность незамеченной травмы с последующими изменениями в области половых органов и промежности, очень редко имели место жалобы на боли в животе.

Маточные кровотечения констатированы в 13 (7%) случаях в возрасте от 9,5 до 11 лет 11 мес. 29 дн. Все случаи имели характер маточных кровотечений пубертатного периода (МКПП) и не сопровождалась гемодинамическими расстройствами. Жалобы поступали на обильное, либо длительное маточное кровотечение.

По литературным данным [5, 7], синехии половых губ чаще наблюдаются у девочек нейтрального периода, частота их встречаемости колеблется от 1,8% до 38,9%. Последняя цифра объясняется включением в исследование [6] девочек с неполными синехиями, диагностированными в ряде случаев только кольпоскопически. Частичные синехии, как правило, не проявляются клинически и могут не требовать терапии, в то время как тотальные синехии сопровождаются либо острой задержкой мочи, либо дискомфортом, либо боля-

Таблица 2

Структура гинекологической патологии девочек 0–12 лет этапа оказания скорой медицинской помощи  
(г. Санкт-Петербург, 2009–2010 гг.)

Окончательный диагноз стационара	Пациентки с ургентной гинекологической патологией				
	Возраст, лет			Всего	Нуждавшихся в госпитализации
	0–3	3–7	7–12		
Травмы половых органов	18	76	47	<b>141 (75,4 %)</b>	37 (55,2 %)
Дисменорея			1	<b>1 (0,5 %)</b>	1 (1,5 %)
Маточное кровотечение			13	<b>13 (7 %)</b>	13 (19,4 %)
Воспалительные заболевания вульвы и влагалища	2	8	4	<b>14 (7,5 %)</b>	6 (8,9 %)
Синехии половых губ	6	2	1	<b>9 (4,8 %)</b>	3 (4,5 %)
Инородное тело влагалища	2	3	1	<b>6 (3,3 %)</b>	5 (7,5 %)
Пороки развития половых органов	1			<b>1 (0,5 %)</b>	1 (1,5 %)
Перекрыт придатков	1			<b>1 (0,5 %)</b>	1 (1,5 %)
Половой криз новорожденных	1			<b>1 (0,5 %)</b>	0
<b>Всего</b>	<b>31</b>	<b>89</b>	<b>67</b>	<b>187 (100 %)</b>	67 (100 %)

Таблица 3.

Структура гинекологической патологии девочек 12–18 лет этапа оказания скорой медицинской помощи  
(г. Санкт-Петербург, 2009–2010 гг.)

Окончательный диагноз стационара	Пациентки с ургентной гинекологической патологией			
	всего		Нуждавшихся в госпитализации	
	n	%	n	%
Травма половых органов	34	4,1	14	2,2
Дисменорея	153	18,3	79	12,3
Патология 1-й половины беременности	175	21	147	22,9
Патология 2-й половины беременности	25	3	18	2,8
Нарушение менструального цикла (кроме маточных кровотечений пубертатного периода)	17	2	9	1,4
Воспалительные заболевания органов малого таза	115	13,7	94	14,6
Маточное кровотечение пубертатного периода	167	19,9	151	23,5
Воспалительные заболевания вульвы и влагалища	16	1,9	14	2,2
Инородные тела влагалища	1	0,1	0	
Киста яичника	65	7,8	62	9,7
Апоплексия яичника	67	8	52	8,1
Пороки развития половых органов	2	0,2	2	0,3
<b>Всего</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>642</b>	<b>100</b>

ми в области промежности и требуют лечения. Возникновение синехий половых губ у девочек связывают с предшествующими воспалительными процессами вульвы, с характерной для этого возраста гипоэстрогенией либо объясняют сочетанием этих проблем.

В нашем исследовании синехии половых губ составили 9 (4,8%) случаев. Сращения половых губ на догоспитальном этапе не были диагностированы ни в одном случае. Диагнозы скорой медицинской помощи при этом были: травма половых органов ( $n=5$ ), инородное тело влагалища ( $n=1$ ), инфекция мочевыводящих путей ( $n=1$ ), маточное кровотечение ( $n=2$ ). Средний возраст девочек, страдающих синехиями  $2,9 \pm 0,9$  лет. По данным нашего исследования, жалобы предъявлялись на боль, гиперемия в области наружных половых органов, кровотечение, гематурию. Наибольшее число синехий половых губ было выявлено в группе девочек от 0 до 3 лет и составило — 6 (66,7%) случаев.

Инородные тела влагалища выявлены у 6 (3,3%) девочек. В большинстве случаев ( $n=5$ ) родителями пациенток или самими пациентками предъявлялись жалобы или высказывались подозрения на наличие инородного тела во влагалище, лишь в одном — были жалобы только на гематурию и кровянистые выделения из влагалища. Таким образом, на догоспитальном этапе констатировано только проявление кровянистых выделений. В стационаре в 5 случаях были выявлены пролежни от инородного тела на стенках влагалища.

Порок развития половых органов у девочки 3-месячного возраста в 1 (0,5%) случае в виде ректовагинального свища был диагностирован на догоспитальном этапе в результате данных осмотра области промежности и половых органов. Выявлено выделение каловых масс из влагалища, с местными проявлениями воспалительной реакции в виде гиперемии слизистых вульвы и промежности. Девочка была госпитализирована для стационарного обследования и лечения.

Перекрут придатков констатирован в стационаре в 1 (0,5%) случае у девочки 2 лет. Ведущим признаком патологического состояния явилась острая задержка мочи до 6 часов, многократная рвота, боли в области пупка в течение 22 часов. Длительность заболевания от начала до момента осмотра бригадой скорой медицинской помощи составила 21–22 часа. При осмотре на догоспитальном этапе определялась болезненность в области пупка, без перитонеальных симптомов. Больная госпитализирована с диагнозом «острый живот, острая задержка мочи» в стационар, где

отсутствует специализированное отделение детской гинекологии.

Дисменорея установлена в стационаре у 1 (0,5%) девочки младше 12 лет, однако предварительный диагноз скорой медицинской помощи был: острый живот. Пациентка жаловалась на боли внизу живота. Была госпитализирована для установления источника болезненных ощущений.

Половой гормональный криз выявлен в 1 (0,5%) случае у девочки 7 дней, которая была госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на маточное кровотечение, но в стационарном лечении и обследовании не нуждалась.

Преобладающей нозологией в **возрастной группе 12–18 лет** явилась патология беременности — 23,9% ( $n=200$ ), средний возраст девушек с патологией беременности —  $16,9 \pm 0,06$  лет. Минимальный возраст девочки, госпитализированной с патологией беременности — 13 лет. В стационарном лечении нуждались — 165 (82,5%) больных (табл. 3). На госпитальном этапе диагностированы следующие патологические состояния, связанные с беременностью: угроза прерывания беременности — в 151 (75,5%) случае, в 6 (3%) случаях — начавшийся выкидыш и в 6 (3%) свершившийся выкидыш, в 2 (1%) случаях внематочная беременность, синкопальные состояния — в 24 (12%), инфекция мочевыводящих путей — в 6 (3%), почечная колика — в 1 (0,5%), анемия — в 3 (1,5%), токсикоз — в 1 (0,5%) случае.

Маточные кровотечения составили 167 (19,9%) случаев и представляли собой маточные кровотечения пубертатного периода. В госпитализации нуждалась 151 (90,4%) девочка. Больные жаловались на обильное кровотечение или не обильные, но длительные кровянистые выделения. На догоспитальном этапе помимо признаков кровотечения, выявлялись признаки анемии. Расстройства гемодинамики в виде гипотонии и компенсаторной тахикардии выявлены у 5 (3%) больных с обильным маточным кровотечением. Тяжелых гемодинамических расстройств в виде геморрагического шока на догоспитальном этапе выявлено не было.

Дисменорея выявлена в 153 (18,3%) случаях. В госпитализации нуждались 79 (51,6%) больных. Синкопальные состояния при дисменорее составили 6 (3,9%) случаев. Дисменорея в сочетании с кровотечением отмены (после приема оральных контрацептивов) составила 6 (3,9%) случаев.

Воспалительные заболевания органов малого таза были диагностированы у 115 (13,7%)

девочек. В стационаре у 94 (81,7%) пациенток был поставлен диагноз острый сальпингоофорит, у 18 (15,6%) — хронический сальпингоофорит, у 3 (2,6%) — метроэндометрит. Метроэндометрит в позднем послеродовом периоде диагностирован в 2 случаях и в 1 случае — диагноз звучал как субинволюция матки после медицинского аборта при беременности раннего срока.

Апоплексия яичника выявлена у 67 (8%) девочек. В госпитализации нуждались 52 (77,6%) пациентки. В 1-м случае (1,5%) апоплексия яичника сопровождалась синдромом внутрибрюшного кровотечения с нарушением гемодинамики.

Кисты яичников выявлены в 65 (7,8%) случаях. В госпитализации нуждались 62 (95,4%) девочки. Перекрут кист яичников составили 5 (7,7%) случаев. Средний возраст девочек, с диагностированной в стационаре кистой яичника составил  $15,6 \pm 0,2$  лет.

Травмы половых органов выявлены у 34 (4,1%) девочек. В госпитализации нуждались 14 (41,2%) человек. В стационаре диагностированы: тупая травма наружных половых органов у 31 (91,2%) девочки, разрыв влагалища у 2 (5,9%), разрыв промежности у 1 (2,9%) девочки. При разрыве влагалища в 1 случае было нарушение гемодинамики в виде симптомов геморрагического шока.

При повреждениях половых органов у девочек старше и младше 12 лет выявлено, что в обеих группах превалировала тупая травма мягких тканей промежности и наружных половых органов, составив соответственно 91,2% и 92,2% соответственно. Однако были различия при повреждениях с нарушением целостности половых органов. У девочек до 12 лет встречались только травмы промежности и наружных половых органов, а у девочек старше 12 лет помимо повреждений промежности в 2,9% случаев, выявлены травмы внутренних половых органов в виде разрыва влагалища в 5,9% случаев.

Воспалительные заболевания вульвы и влагалища зарегистрированы у 16 (1,9%) больных старше 12 лет. Воспалительные заболевания вульвы и влагалища у девочек данной возрастной группы представлены нозологическими формами:

- острый бартолинит — 7 (43,7%),
- фурункул больших половых губ — 4 (25%),
- эрозивно-язвенный вульвовагинит и кольпит — 5 (31,3%).

В стационарном лечении нуждались 14 (87,5%) девочек.

Таким образом, характер воспалительных заболеваний вульвы и влагалища имеет суще-

ственные отличия в различные возрастные периоды. У девочек возраста старше 12 лет спектр воспалительной патологии более широкий.

Нарушения менструального цикла выявлены у 17 (2%) девочек, из них опсоменореей страдали 12 (70,6%) и аменореей 5 (29,4%) человек. В стационарном лечении и обследовании нуждались 9 (52,9%) пациенток.

Пороки развития половых органов в виде удвоения полового аппарата выявлены у 2 (0,2%) девочек 13,5 и 15,8 лет. Девочки были доставлены в стационар с диагнозом скорой медицинской помощи: «Дисменорея» в одном случае и «Острый аппендицит? Нарушение менструального цикла?» во втором случае. В стационарном лечении нуждались обе девочки.

Инородное тело влагалища выявлено у 1 (0,1%) девочки старше 12 лет, которая не нуждалась в стационарном лечении и обследовании.

Таким образом, ведущими патологическими состояниями репродуктивной системы у девочек на этапе скорой медицинской помощи ( $n = 1024$ ) являются: патология беременности — 19,5% ( $n = 200$ ), маточные кровотечения — 17,6% ( $n = 180$ ), травмы половых органов — 17,1% ( $n = 175$ ), дисменорея — 15% ( $n = 154$ ), воспалительные заболевания органов малого таза — 11,2% ( $n = 115$ ).

Лечение, проводимое на этапе оказания Скорой Медицинской Помощи при ургентных состояниях, вызванных гинекологической патологией, является симптоматическим, направленным на купирование ведущего патологического синдрома: остановка наружного кровотечения, восполнение ОЦК при кровопотере, купирование болевого синдрома, обработка ран и ссадин с наложением асептических повязок с целью профилактики развития инфекции.

В диагностике гинекологической патологии у девочек на догоспитальном этапе необходимо обращать внимание персонала бригад скорой медицинской помощи на возраст девочки, соответствующие анатомо-физиологические особенности и не исключать возможность гинекологической патологии у девочек до периода менархе.

Особенности клиники различных ургентных состояний, обусловленных гинекологической патологией детского возраста, должны быть доведены до сведения сотрудников бригад скорой медицинской помощи.

При госпитализации таких девочек диспетчерской службой скорой медицинской помощи необходимо учитывать возможность оказания специализированной гинекологической помощи этим пациенткам в стационаре.

## Литература

1. Гинекология: новейший справочник / ред. Л. А. Суслопаров. — М.: Эксмо, 2007. — 688 с.
2. Гуркин Ю. А. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей. — М.: МИА, 2009. — 696 с.
3. Митин М. Ю. Распространенность и структура гинекологической заболеваемости в подростковом возрасте: автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2005. — 24 с.
4. Российская Федерация Федеральная Служба Государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/>. — (дата обращения 05.03.2012).
5. Bacon J. L. Prepubertal labial adhesions: evaluation of a referral population // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 187. — P. 327–332.
6. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study / McCann J. [et al.] // Pediatrics. — 1990. — Vol. 86. — P. 428–439.
7. Velandar M. H., Mikkelsen D.B., Bygum A. Labial agglutination in a prepubertal girl: effect of topical oestrogen // Acta Derm. Venereol. — 2009. — Vol. 1. — P. 198–199.

Статья представлена М. А. Тарасовой,  
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург

## DIAGNOSTIC AND TREATMENT FEATURES OF URGENT ADOLESCENT GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN EMERGENCY AMBULANCE ASSISTANCE

Kutusheva G. F., Yemelyanova A. V.,  
Boykov A. A., Ulrikh E. A.

■ **Summary:** The pediatric anatomo-physiological features knowledge is required in the diagnosis and treatment of urgent adolescent gynecological pathology.

The article presents the structure, special features of diagnostics and treatment of acute gynaecological pathology in girls from 0 to 18 years of age at the stage of Emergency Medical Aid, delivered in hospital by Emergency crews in the city of Saint-Petersburg on the basis of 1024 cases, on the period 2009–2010.

■ **Key words:** adolescent gynaecology; urgent gynaecological pathology.

## ■ Адреса авторов для переписки

*Кутушева Галия Феттяховна* — д. м. н., профессор, зав. кафедрой Детской гинекологии и женской репродуктологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

*Емельянова Анна Владимировна* — аспирант кафедры Детской гинекологии и женской репродуктологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Врач ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1.

*Бойков Алексей Александрович* — д. м. н., главный врач ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1.

*Ульрих Елена Александровна* — д. м. н., профессор кафедры Детской гинекологии и женской репродуктологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

*Kutusheva Galiya F.* — MD, professor of Gynecology, head of the Department of Children's and Women's Reproduction Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Saint-Petersburg, street Litovskay, 2.

*Yemelyanova Anna V.* — The post-graduate student of chair Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Saint-Petersburg, street Litovskay, 2. Doctor Saint-Petersburg City Ambulance Center, Saint-Petersburg, street Malay Sadovay, 1.

*Boykov Alexey A.* — Chief medical officer Saint-Petersburg City Ambulance Center, Saint-Petersburg, street Malay Sadovay, 1.

*Ulrikh Elena A.* — MD, professor Department of Gynecology of Children's and Women's Reproduction Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy, Saint-Petersburg, street Litovskay, 2.