

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та
підлітковому віці. Методи контрацепції для підлітків.»
за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено

**На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.**

Завідувач кафедри

акушерства і гінекології №3,

д.мед.н., професор

Бенюк В.О.

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології №3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпн Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці. Методи контрацепції для підлітків

I. Актуальність теми

На сучасному етапі розвитку держави найбільшу актуальність в пріоритеті соціальних цінностей має вивчення медико - соціальних чинників формування репродуктивного здоров'я і репродуктивного потенціалу дівчаток, як майбутніх матерів. Основним завданням дитячої гінекології є профілактика гінекологічних захворювань у дівчаток, активне виявлення дівчаток-підлітків, що страждають на захворювання статевих органів, санітарно-освітня робота серед батьків, а також працівників дитячих закладів, надання спеціалізованої гінекологічної допомоги хворим дітям і їх диспансеризація, запобігання небажаної вагітності. Досвід багатьох країн світу свідчить про те, що консультування підлітків з питань сексуальної поведінки і контрацепції зменшує ризик порушення стану їхнього здоров'я та небажаної вагітності.

Своєчасне виявлення та раціональне лікування гінекологічних захворювань у дівчаток є запорукою запобігання акушерській та гінекологічній патології у дорослої жінки.

II. Навчально-виховні цілі

Знати:

- основні задачі дитячої гінекології;
- структуру організації гінекологічної допомоги дітям і підліткам;
- Трирівнева система забезпечення організації профілактики і лікування гінекологічних захворювань у дітей і підлітків;
- мати уявлення про формування і функціонування статевих органів в дитячому, підлітковому та дорослому віці;
- патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці;
- основні принципи діагностики, лікування і профілактики гінекологічних захворювань у дітей та підлітків;
- методи контрацепції для підлітків.

Вміти:

- обстежити дівчинку чи підлітка з гінекологічним захворюванням;
- оцінити розвитку статевих органів у дитячому та підлітковому віці;
- виявити аномалії розвитку зовнішніх статевих органів у дитячому та підлітковому віці;
- на підставі анамнезу, клініки, проведеної диференціальної діагностики поставити правильний діагноз;
- після постановки діагнозу призначити патогенетичне лікування;
- скласти індивідуальний план додаткового обстеження хворої з гінекологічним захворюванням з метою диференціальної діагностики і дати оцінку даних інструментального та клініко - лабораторного обстеження;
- надати рекомендації щодо надання амбулаторно-гінекологічної допомоги дітям та підліткам;
- надати рекомендації щодо запобігання не планованої вагітності у підлітків.

III. Вихідні і базові знання

Анатомія:

- анатомія жіночих статевих органів;
- зв'язковий апарат матки;
 - кровопостачання матки та придатків.
 - особливості будови жіночих статевих органів в залежності від віку.

Гістологія:

- гістологічна структура ендометрію;
- морфологічна та гістологічна будова яєчників.

Нормальна фізіологія:

- жіночі статеві гормони, в залежності від фази менструального циклу;
- анатомо - фізіологічні зміни в організмі жінки під час її розвитку.

IV. Зміст навчального матеріалу

Збереження здоров'я дітей та організація надання їм медичної допомоги віднесені до пріоритетних напрямків на рівні держави. Це відображено у Національній програмі “Діти України”, а також Національній програмі “Репродуктивне здоров'я нації”.

Відповідно до термінології Фонду Організації об'єднань Націй(ООН) в області народонаселення (ЮНФПА), підлітки – це вік 10-19 років (ранній підлітковий вік -10-12 років; пізній підлітковий вік - 13-19 років). За даними ООН, на 2011 рік в світі налічувалося біля 1 мільярда підлітків, а на 2020 рік кожна шоста людина знаходилась в групі 10-19 років.

Розробка та впровадження програми з питань підготовки щодо створення сім'ї і здорового дітонародження проводиться в декілька етапів:

Перший етап проводиться силами педіатричних служб і охоплює вік від народження до початку статевого дозрівання. *Заходи цього етапу направлені на досягнення наступних завдань:*

- а) забезпечення нормального розвитку органів та систем, відповідальних за репродуктивну функцію;
- б) навчання навичкам індивідуальної гігієни, усвідомлення важливості збереження репродуктивного здоров'я.

Ці питання вирішуються шляхом індивідуальної роботи в сім'ях, освітньої роботи через засоби масової інформації, підготовки медичного персоналу, впровадження в дошкільних закладах і школах циклу занять з даної проблеми.

Другий етап охоплює період статевого дозрівання до становлення дітородної функції. *Метою цього етапу є збереження репродуктивного здоров'я на ранніх етапах становлення дітородної функції.*

На цей час гінекологічна допомога дітям і підліткам виділена в самостійну галузь, яка є розділом з акушерства й гінекології, яка одночасно межує із педіатрією, підлітковою медициною та іншими дисциплінами. Специфіка даної галузі медицини включає допомогу ендокринолога, генетика, невропатолога й інших спеціалістів.

На сьогоднішній день в Україна існує **Трирівнева система надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам:**

1) 1-а рівень- медичне обслуговування в дитячих яслах, садах, школах, інтернатах, середніх навчальних закладах, дитячих санаторіях. Представлена лікарями шкіл, дільничними педіатрами, медичним персоналом дитячих поліклінік. *Головні завдання цього етапу* – рання діагностика, профілактика і лікування порушень становлення репродуктивної системи у дівчат-підлітків, прогнозування репродуктивної функції в зв'язку з особливостями періоду статевого дозрівання, реалізація взаємозв'язку між дитячою поліклінікою і жіночою консультацією. Проводиться санітарно-освітня робота серед дівчаток, батьків і педагогів, профілактичні огляди дівчаток і дівчат. Під час профілактичних оглядів у залежності від віку дівчаток звертають увагу на можливість визначеного виду відхилень від норми. Профілактичні огляди дозволяють у 8-10% випадків виявити дівчаток і дівчат, що потребують надалі обстеження і лікування у дитячого гінеколога. На цьому етапі виділяють групу ризику щодо порушення функції репродуктивної системи в періоді статевого дозрівання для подальшої передачі цього контингенту хворих у кабінети дитячих гінекологів.

При роботі з дівчатками слід:

- перші роки життя, до 8-10 років - навчить правилам особистої гігієни;
- у 10 -12 років – ознайомити з анатомією організму, з особливостями менструальної функції;
- в 13 -19 років – висвітлюють питання фізіології жіночого організму, знайомлять з функцією дітонародження, звертають увагу на шкідливість абортів, венеричних захворювань.

2) 2-а рівень- амбулаторне спостереження в районних відділеннях гінекології дітей і підлітків.

Спеціалізована допомога, надається лікарем акушером -гінекологом, який проводить спеціалізований прийом дівчаток і підлітків, відповідно до наказу МОЗ України. Завданнями цього етапу являються діагностика, лікування, профілактика гінекологічних захворювань, а також проведення диспансерного спостереження. Реалізація завдань цього етапу здійснюють дитячі гінекологи, до яких направляють дівчаток дільничні лікарі і лікарі шкільно-дошкільних відділів поліклінік, або приводять, за своєю ініціативою, батьки, а також направляють з прийомів інші спеціалісти.

У ранній діагностиці гінекологічних захворювань велике значення має **проведення профілактичних оглядів:**

- при поступленні в школу (6-7 років)
- у віці 10-13 років (5-й клас)
- кожен рік, починаючи з 13 до 19 років включно.

Спеціалізований огляд у гінеколога дівчат та підлітків включає:

- уточнення діагнозу захворювання,
- обстеження та амбулаторне лікування,
- направлення на стаціонарне лікування,
- проведення індивідуальних та групових бесід з підлітками,
- диспансерний нагляд за дівчатками до 19 років з гінекологічними захворюваннями та за групою ризику по порушенню функції репродуктивної системи.

3) 3-й рівень- спеціалізовані гінекологічні стаціонари та консультативні кабінети в ДУ (державній установі). Спеціалізований стаціонар.

Стаціонарна допомога може надаватись в спеціалізованих гінекологічних відділеннях багатопрофільних лікарень, в гінекологічних стаціонарах ДУ "Інституту педіатрії, акушерства та гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України" (м. Київ), ДУ "Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України" (м. Харків), ВУЗів, міських центрах планування сім'ї та ін. Створення дитячих гінекологічних відділень в багатопрофільних лікарнях має свої переваги, що обумовлено можливістю консультування та комплексного лікування лікарями суміжних спеціальностей, широким діапазоном діагностичних методів.

Алгоритм дії лікаря при проведенні обстеження.

- а) вивчення анамнезу;
- б) загальне обстеження з оцінкою статевого і фізичного розвитку;
- в) гінекологічне обстеження;
- г) спеціальні методи дослідження.

а. Вивчення анамнезу.

Основною метою і засобом медичного опитування є обмін інформацією. Оскільки об'єкт бесіди - дитина, то такий обмін відбувається між батьками і лікарем, лікарем і дитиною, батьками і дитиною, між батьками.

Бесіда з дитиною повинна проводитись при отриманні певних правил:

1. З дітьми не слід розмовляти у поблажливому тоні, проводити з ними бесіду слід так, як звичайно спілкується лікар зі своїми пацієнтами.
2. Не треба давати зрозуміти дітям, що їх почуття, помисли, висновки або ідеї "дитячі".
3. Не рекомендується сміятися у відповідь на висловлювання дитини.
4. Не слід намагатися розсмішити дитину.
5. Ніколи не слід піддражнювати дитину.
6. Початкові або випадкові сутички з дітьми раннього віку можна часто пом'якшити, якщо знизити голос до шепоту, котрий діти розглядають як більш конфіденційний або переконливий.
7. З дітьми які старше 3-4 років можна вже у звичайній формі обговорювати симптоми їх захворювання, діагноз та лікування, але у термінах, котрі вони можуть зрозуміти.
8. Ніколи не слід обговорювати у присутності дітей, які знаходять у лікарні і розуміють значення багатьох термінів та процедур, їх захворювання та лікування.
9. Якщо дитина відмовляється від співпраці у лікуванні в умовах поліклініки або лікарні, то у якості першої пропозиції слід розглядати можливість того, що його негативізм або опір обумовлені почуттям страху.

Розмові з дівчинкою повинна передувати бесіда з дорослими. При зборі анамнезу крім паспортних даних звертають увагу на сімейний і особистий анамнез.

б. Загальне обстеження.

Починається з зовнішнього огляду - встановлення особливостей будови тіла, шкірних покривів, слизових оболонок, оцінка фізичного розвитку, виразність вторинних статевих ознак. Для оцінки ступеня статевого розвитку застосовується

формула: $Ma+P+Ax+Me$, де **Ma** позначає стан молочних залоз; **P** - овоłosіння на лобку; **Ax** - овоłosіння підпахвової ділянки; **Me** - перша менархе.

Стадії розвитку молочної залози: **Ma0** - молочна залоза не збільшена, сосок маленький, не пігментований; **Ma1** - набрякання навколососкового кружка, збільшення його діаметра, пігментація соска не виражена; **Ma2** - молочна залоза конічної форми, навколо-сосковий кружок непігментований, сосок не виступає; **Ma3** - дівочі груди округлої форми, навколососковий кружок пігментований, сосок виступає; **Ma4** - зрілі груди округлої форми.

Стадії розвитку овоłosіння: **P0Ax0** - волосся на лобку і в підпахвових ямках немає; **P1Ax1** - поодинокі прямі волосся; **P2Ax2** - волосся густіше і довше, росте на центральній частині названих ділянок; **P3Ax3** - волосся на всьому трикутнику лобка і соромітних губах густе, кучеряве, підпахвова ямка вся вкрита кучерявим волоссям.

Вираженість менструальної функції: **Me0** - відсутність менструації; **Me1** - менархе в період обстеження; **Me2** - нерегулярні менструації; **Me3** - регулярні менструації.

Оцінка фізичного розвитку проводиться за результатами антропометрії. На їхній підставі будується морфограма, що має 4 показники: показник росту стоячи; окружність грудної клітки при вимірах вище і нижче молочних залоз; сума зовнішніх розмірів таза; вік. Результати виміру наносяться на сітку морфограми. У нормі морфограма має вид прямої лінії (припустимі відхилення в 1,5 σ).

Кожну ознаку має свою шкалу вимірювання в балах: **P** - 0,3; **Ax** - 0,4; **Me** - 2,1; **Ma** - 1,2.

У разі передчасного статевого розвитку спостерігаються брахіскелетний, статевий морфотип, а також морфотип, який рівномірно випереджає, із затримкою статевого розвитку: макроскелетний, міжстатевий, інфантильний. Далі роблять обстеження серцево-судинної, дихальної, травної та інших систем.

в. Гінекологічне обстеження.

Спочатку оглядають зовнішні статеві органи. При цьому дають оцінку ступеня їхнього розвитку, стану присінка піхви, оглядають дівочу пліву (цілісність, товщина, еластичність, стан навколишніх тканин, наявність виділень із піхви). Беруть мазки з піхви, її присінка та уретри (для бактеріологічного і бактеріоскопічного дослідження). Для взяття матеріалу з піхви можна використовувати піпетку з гумовою грушею, шпатель Ейра. Для оцінки стану внутрішніх статевих органів застосовується ректально-абдомінальне дослідження (проводиться дуже обережно вказівним пальцем або мізинцем, який попередньо обробляють вазеліном). У дітей органи малого таза можна легко пропальпувати, тому що коротке заднє склепіння піхви не розтягнуте, а прямокишково-маткове поглиблення не виражене. Визначають розмір і напрямок піхвової частини матки, наявність болючості, розташування матки, її розміри, консистенцію, рухливість, болючість, наявність перетинки між шийкою і тілом матки. Досліджують також стан придатків матки, параметрію.

д. Спеціальні методи дослідження.

Вагіноскопія. Застосовується для оцінки стану слизової оболонки піхви (колір, складчастість, наявність пухлини), шийки матки (пухлина, поліп

цервікального каналу, симптом “зіниці” та ін.), при наявності стороннього тіла, при травмі. При онкологічній настороженості можна після вагіноскопії взяти аспірат для цитологічного дослідження на наявність атипічних клітин.

Бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження. Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту дає можливість визначити ступінь чистоти, мікробну флору піхви, дає змогу діагностувати запальний процес. Бактеріологічне дослідження проводять з метою виявлення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст каналу шийки матки, піхви, уретри, пунктат.

Зондування піхви і порожнини матки. Використовується для виміру довжини піхви, виявлення аномалії розвитку, виявлення і витягнення стороннього тіла. Зондування порожнини матки проводять у край рідко (за припущення наявності гематометру або піометру) і тільки в умовах стаціонару.

Діагностичне вишкрібання порожнини матки. Проводиться при впертих, затяжних кровотечах, що не піддаються консервативній терапії, при підозрі на злякисний процес.

Молекулярно - цитогенетичні дослідження. Визначають мутації у генах (наприклад, визначення мутацій в гені CFTR, для діагностики муковісцидозу) та проводять аналіз поліморфізму генів, асоційованих з ризиком розвитку захворювання.

Цитогенетичні дослідження. Застосовується при підозрі на уроджені дефекти статевих залоз. Ґрунтується на дослідженні статевого хроматину в ядрах клітин поверхневого епітелію слизової оболонки внутрішньої поверхні щоки. У нормі становить 16-28%. Дослідження каріотипу проводиться при наявності вад розвитку, соматичних аномалій, у хворих із дисгенезією гонад. Також проводять *Каріотипування* з використанням клітин периферичної крові.

Методи гормональних досліджень. Для точного судження про стан репродуктивної функції вивчають вміст гонадотропних і стероїдних гормонів у плазмі крові.

Сучасна оваріальна оцінка включає визначення рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), у разі підозри на розвиток злякисного процесу в яєчниках (за виключенням гранульозоклітинного раку яєчника), синдрому гіперстимуляції яєчника та порушенні менструального циклу. Також використовують тест функціональної діагностики: кольпоцитологічне дослідження. Діагностичний зашкрібок ендометрію використовується при відповідних показаннях і наявності визначених умов. **Гістероскопія.** **Гістерорезектоскопія.** Застосовується для дослідження внутрішньої поверхні матки при підозрі на наявність внутриматкової патології (поліп ендометрію, рак ендометрію, стороннє тіло, аномалія розвитку матки). Можливо проведення хірургічних маніпуляцій, вишкрібання ендометрію, видалення поліпів, сенехій, розсічення перегородок у матці.

Лапароскопія. Проводиться в тих випадках, коли інші методи діагностики не інформативні, а терапія, що застосовується, не ефективна. Дозволяє діагностувати «малі» форми зовнішнього ендометріозу, виявляти причини стійкого больового синдрому, зробити біопсію яєчників, розсічення спайок і ін.

Ультразвукове дослідження. Неінвазивний апаратний метод, який дає можливість діагностувати полікістоз яєчників, кісти яєчників, вади розвитку, лейоміому матки, що формується, ендометріоз, наявність вагітності та ін. Використовується також Доплерівська візуалізація (заснована на дослідженні кровотоку в судинах внутрішніх органів), метод кольорового Доплерівського сканування.

Комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія (КТ, МРТ). В якості альтернативного методу можливе використання **Рентгенологічного методу дослідження.** Рентгенографія черепа й ділянки турецького сідла (за суворими показаннями) використовується для діагностики ендокринних захворювань центрального генезу. Рентгенологічне дослідження кисті рук застосовується для з'ясування «кісткового» віку. Для цього розроблені таблиці, де вказуються вік, терміни і послідовність появи окостеніння і синостозів між метафізами та епіфізами довгих трубчастих кісток. Даний метод в даний час використовується рідко.

Гістерографія. Застосовується для діагностики пороків розвитку матки, затримки статевого розвитку, пухлинного процесу, визначення форми і розмірів матки. У практичній діяльності зараз не застосовується.

На проведення гістероскопії, гістерорезектоскопії, діагностичного вишкрібання і лапароскопії, КТ та МРТ необхідно отримати згоду батьків і зробити відповідний запис у історії хвороби.

Також проводять клініко - лабораторні методи дослідження (загальні аналізи крові та сечі, коагулограма, біохімічне дослідження крові та ін), консультації спеціалістів: окуліста, ЛОР, невропатолога, уролога, ендокринолога та ін.

Слід відмітити, що дівчатка у віці до 10 років підлягають спостереженню, обстеженню та лікуванню лікаря-гінеколога, який спеціалізувався по гінекології дитинства.

Дівчатка у віці 13-19 років повинні бути виділені в особливу групу і також спостерігатися у лікаря-гінеколога дитячого віку. Профілактичний огляд підлітків проводиться за згодою їх та їх батьків.

Дівчата, які досягли 13 - 19 років, перебувають під наглядом гінеколога загального профілю.

Таким чином, сучасна Трирівнева система надання спеціалізованої гінекологічної допомоги дівчаткам і дівчатам сприяє зниженню захворюваності та проведенню ефективної профілактики порушень репродуктивної функції.

Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці.

АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Аномалії будови жіночих статевих органів нерідко виявляються у старшому дитячому віці у зв'язку з відсутністю менструації, а іноді навіть пізніше — через неможливість здійснення статевого акту, безплідність тощо. Однак деякі вади сечостатевої системи виявляються у більш ранньому віці. Так, при огляді

зовнішніх статевих органів можна знайти аномалії будови, які утруднюють диференціацію статі дитини.

Гіпоспадія. Ця вада полягає в тому, що при вкороченні або відсутності уретри, її зовнішнє вічко або устя сечового міхура розміщені всередині вагіни, на її передній стінці. Розпізнавання гіпоспадії не складає труднощів завдяки вкороченню уретри або відсутності її зовнішнього отвору.

Епіспадія — недорозвиток верхньої стінки сечовипускного каналу з її розщепленням, дефектом і вкороченням із зміщенням її зовнішнього отвору допереду — до клітора і лобкового зчленування. При легкій формі епіспадії уретра може бути не змінена у своїй будові, а лише зміщена догори, а зовнішній отвір її знаходиться між клітором і лобковим зчленуванням. Вульва і вагіна в таких випадках можуть бути розвинуті нормально. При повній епіспадії, як правило, спостерігається незрощення лобкових кісток, розщеплення клітора і низка інших аномалій розвитку зовнішніх геніталій, зокрема, псевдогермафродитизм, що поєднується із ектопією сечового міхура. Проміжна форма — середній ступінь епіспадії, коли уретра частково розщеплена на передній стінці, вкорочена, а зовнішній отвір її розміщений в ділянці клітора або ще ближче до лобкового зчленування. Часто зустрічається атипове розміщення клітора і деякі інші аномалії статевих органів.

Атрезія вульви та гімена. До вад розвитку зовнішніх статевих органів дівчаток належать вроджені атрезії вульви і гімена. Проте іноді ці аномалії не є результатом внутрішньоутробних порушень. Вроджені зарощення вульви, як правило, виникають як наслідок перенесеного внутрішньоутробно запального процесу. Нецільні зрощення статевих губ, які іноді перешкоджають нормальному сечовипусканню і відтоку виділень, порівняно легко усуваються за допомогою тупого інструмента — зонда, а іноді навіть пальцями. Стосовно атрезій гімена, то у переважній більшості випадків вони поєднуються з атрезіями нижнього відділу вагіни і помилково вважаються атрезіями одного лише гімена. Клінічна картина цієї атрезії близька до вагінальної.

Аплазія та атрезія вагіни та матки - не є синонімами. Під *аплазією* слід розуміти первинну (повну чи часткову) відсутність цих органів у результаті порушення їх розвитку із мюллерових ходів, тоді як *атрезія* виникає вторинно як результат запального процесу, що, очевидно, може мати місце і під час внутрішньоутробного життя.

З появою менструацій кров накопичується у вагіні — виникає гематокольпос. Повна аплазія вагіни трапляється рідко і може поєднуватись із аплазією матки або бути при нормальному розвитку матки та придатків. В останньому випадку клініка проявляється при появі менструації — виникає гематометра. При вродженій атрезії вагіни з частковою чи повною непрохідністю клінічні прояви з'являються також лише з появою менструації. Менструальна кров не виходить назовні, але звертає на себе увагу поява періодичного, відповідно до менструальних днів, переймоподібного болю внизу живота, нудоти, блювання, загальних розладів — нездужання, іноді субфебрильної температури. Типова клінічна картина: відсутність менструацій, поява періодичного болю у віці, коли у дівчинки слід очікувати менструації, вибухання гімена та просвічування через

нього темної крові, флюктуація, — все це дає можливість правильно встановити діагноз. Допомогти може пункція гімена, при якій одержують темну тягучу масу. *Лікування атрезій можливе лише шляхом того чи іншого хірургічного втручання.* При атрезії гімена воно полягає у розтині півни. Батьки дитини повинні бути попереджені і дати письмову згоду на дефлорацію.

Гематометра не вимагає лікування, матка спонтанно опорожняється після розтину гімена чи розкриття вагіни.

Роздвоєння матки та вагіни. Незлиття мюллерових ходів обумовлює роздвоєння матки та вагіни. Воно може бути повним і частковим, розміщуватись на будь-якому рівні, причому ступінь розвитку кожної із нез'єднаних частин може бути різним — від нормального до рудиментарного. Наявність подвійної шийки і подвійної матки виявляють при вагіноскопії та дворучному дослідженні. Допомагає у діагностиці УЗД. Лікування ускладнень роздвоєної матки у дитячому віці необхідне лише у тому випадку, коли є затримка менструальної крові в одному з рогів матки. Реконструктивні операції повинні бути відкладені до досягнення дівчиною дітородного віку.

ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ У ДІВЧАТОК

У період статевого дозрівання збільшується виділення не лише статевих гормонів, а й стероїдних, які стимулюють функцію інших ендокринних залоз, особливо надниркових. Прогресує виділення наднирковими залозами мінерало-, глюкокортикоїдів, андрогенів. Дією останніх зумовлене оволосіння — на лобку, в пахвових ямках, підсилений ріст дівчинки. Перша менструація з'являється в популяції в 12-14 років. На термін її появи впливають деякі чинники — спадковість, кліматичні умови. Допустимі варіанти появи менархе у віці 11-15 років. Порухення статевого розвитку може полягати у його передчасному розвитку або затримці.

Передчасне статеве дозрівання

Передчасне статеве дозрівання (pubertas praecox) є аномалією, що зустрічається досить рідко і характеризується появою вторинних статевих ознак та менструації у віці від 8 до 10 років. Ознаками передчасного статевого дозрівання крім появи вторинних статевих ознак та менархе є прискорений фізичний розвиток під час періоду статевого дозрівання із наступною його затримкою, раннє, невідповідне віку окостеніння, що зумовлює низький зріст після періоду статевого дозрівання, нерідко — затримка інтелектуального розвитку.

Розрізняють слідуєчі форми **передчасного статевого дозрівання:**

- А. Конституційну або криптогенну форму,
- В. Церебральну форму,
- С. Оваріальну форму,
- Д. Надниркову форму.

При **Конституційній формі** передчасного статевого дозрівання спостерігаються справжні менструації з овуляцією, може настати вагітність. Іноді можуть спостерігатись ановуляторні цикли. Будь-які органічні патологічні зміни з боку статевих органів, гіпофіза, надниркових залоз відсутні. Нерідко у розумовому розвитку такі дівчатка відстають, але пізніше наздоганяють своїх ровесниць.

Церебральна форма виникає як результат різноманітних захворювань головного мозку — гідроцефалії, енцефаліту, менінгіту, пухлин сірого горба, гіпофіза, вентрикулярних кіст тощо. Циклічні маткові кровотечі, що відбуваються при цій формі, проходять без овуляції.

Оваріальна форма передчасного статевого дозрівання генетично пов'язана з пухлинами яєчників. Вона може бути викликана не лише гормонопродукуючими, але і злякисними пухлинами яєчника. Ця форма супроводжується періодичними кровотечами з матки, які можуть бути ритмічними, але без овуляції. Іноді кровотечі бувають надзвичайно сильними.

Причиною надниркової форми передчасного статевого дозрівання можуть бути пухлини кори надниркових залоз. Ця форма супроводжується вірилізмом (гірсутизм, гіпертрофія клітора, надмірний розвиток мускулатури). Внутрішні статеві органи дівчинки відповідають реальному вікові дитини чи навіть гіпопластичні, менструацій, як правило, не буває.

Оваріальну та надниркову форми нерідко називають несправжнім передчасним статевим дозріванням.

Розпізнавання передчасного статевого дозрівання, не складає труднощів. Вони виникають при диференціації у випадках захворювань надниркових залоз, коли з'являються симптоми вірилізму, що симулюють передчасне статеве дозрівання.

Лікування залежить від причини та форми аномалій. У випадку наявності пухлин яєчників чи надниркових залоз найкращі результати дає своєчасне хірургічне втручання.

Затримка статевого розвитку

Затримкою статевого розвитку слід вважати такі стани, при яких відсутні або явно недорозвинуті всі вторинні статеві ознаки. Розрізняють статевий недорозвиток:

- а) центрального (гіпоталамо-гіпофізарного),
- в) периферичного (яєчникового) генезу,
- с) ідіопатичний, спричинений тяжкими екстрагенітальними захворюваннями.

Гіпоталамічний статевий недорозвиток проявляється в двох варіантах

- з ожирінням і
- без ожиріння.

Перша форма захворювання проявляється у вигляді адіпозо-генітальної дистрофії (синдром Фреліха). При виникненні захворювання у дівчаток-підлітків спостерігається зупинка розвитку зовнішніх і внутрішніх статевих органів, вторинних статевих ознак, відсутні або припиняються менструації. Щодо синдрому Фреліха, то при ньому прогноз несприятливий.

При гіпоталамічному статевому недорозвитку без ожиріння дівчатка часто відстають у рості, а також мають інші соматичні порушення. Нерідко відмічаються симптоми, характерні для пухлини головного мозку (геміплегії, зміни на очному дні, порушення зору). Відсутні або різко знижена кількість гонадотропних гормонів, 17-кетостероїдів і естрогенів.

Гіпоталамічний статевий недорозвиток спадкового генезу характеризується значним відставанням у рості, нецукровою поліурією, ожирінням та дефектами розвитку кінцівок. Ефективних методів лікування не існує.

Гіпофізарний статевий недорозвиток виникає при ізольованому дефіциті гонадотропних гормонів. Проявом цієї форми захворювання є недорозвиток молочних залоз, іноді — повна відсутність менструацій. Статевий недорозвиток може поєднуватись з акромегалією, гігантизмом чи навпаки — карликовим зростом (гіпофізарний нанізм). **Статевий недорозвиток яєчникового генезу** зумовлений різноманітними формами дисгенезії гонад. При “чистій” формі дисгенезії гонад відмічається високий зріст, недорозвиток зовнішніх та внутрішніх статевих органів та вторинних статевих ознак. Яєчники в рудиментарному стані, статевий хроматин часто відсутній.

Хромосомні дефекти статевого диференціювання лежать в основі порушень при синдромі Шерешевського-Тернера, адреногенітальному синдромі та чоловічому псевдогермафродитизмі. **Лікування** розпочинається у пубертатному віці і проходить у 2 етапи. Спочатку впродовж 3-4 місяців призначають естрогени пролонгованої дії, а далі лікування проводять циклічно: естрогени протягом 15 днів, потім — протягом 6 днів прогестерон (чи інші гестагени). При такому лікуванні розвиваються вторинні статеві ознаки, можуть з'явитись циклічні маткові кровотечі, але зберігається безплідність.

Конституційне (ідіопатичне) сповільнене статеве дозрівання зумовлене причинами спадкового характеру, а також наявністю різноманітних захворювань, що негативно впливають на організм.

Профілактику затримки статевого розвитку слід розпочинати ще під час вагітності — лікування гестозів, анемій, гіповітамінозів, усунення шкідливих факторів виробництва та довкілля.

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Запальні захворювання статевої сфери у дівчаток впливають на стан здоров'я майбутньої жінки, її дітородну функцію. Найчастіше у дівчаток трапляються вульвовагініти. Збудниками найчастіше бувають стафіло- і стрептококи, кишкова паличка, пневмококи, дріжджові гриби, рідше — туберкульозна, дифтерійна паличка.

У виникненні інфекційного захворювання мають значення не лише мікроорганізми, а й імунобіологічні властивості організму дівчинки. Сприятливі виникненню цих захворювань можуть ендогенні фактори — анемія, цукровий діабет, ексудативний діатез, піелонефрит, цистит, ентеробіоз. Важливим чинником є наявність різноманітних подразників — термічних (холодових чи теплових), хімічних, механічних (мастурбація).

Неспецифічні вульвовагініти. Діти скаржаться на відчуття печії після сечопускання, свербіння і біль у ділянці статевих органів. Загальний стан дітей майже не змінюється. Для діагностики важливу роль відіграє ретельно зібраний анамнез — наявність алергічних захворювань, ексудативний діатез, наявність екстрагенітальних вогнищ.

Діагностика основана на отриманих даних анамнезу, огляду зовнішніх статевих органів (набряк, гіперемія в ділянці зовнішніх статевих органів, іноді розчухи, наявність виділень: водянистих, гнійних, серозно-гнійних) і результатів бактеріоскопічного, бактеріологічного та ПЛР дослідження.

У давнених випадках можуть виявлятися сінехії (зрощення малих та великих статевих губ). Їх ліквідують тупим чи гострим шляхом. Недотримання цієї вимоги може призвести до утворення рубцевих змін, порушення сечовипускання, а надалі — відтоку менструальної крові.

Лікування специфічних — кандидозних та трихомонадних вульвовагінітів проводять за тими ж принципами, що і в дорослих, тільки з віковою корекцією дози препаратів.

ПУХЛИНИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Доброякісні пухлини статевих органів, а саме яєчників, у дівчаток зустрічаються у 3 рази частіше, ніж злоякісні. Деякі пухлини бувають виключно у дітей (наприклад, гроноподібна саркома вагіни). Із пухлин яєчників частіше зустрічаються серозні та псевдомуцинозні кістоми. У переважній більшості випадків ці утвори однобічні. Значно рідше спостерігаються гормонопродукуючі і герміногенні пухлини. Іноді у дітей різного віку можуть спостерігатися ретенційні кісти.

Клінічна картина. може бути безсимптомною і виявляється випадково при обстеженні дівчинки з іншого приводу. Найчастіше бувають скарги на біль у животі, а при значних розмірах пухлини — на збільшення живота. Іноді хворі звертаються за медичною допомогою при появі ускладнень — перекрутні ніжки кістоми, розриві стінки кісти чи злоякісного переродження. При діагностиці кістоми необхідно виключати такі захворювання, як блукаюча нирка, що опустилась у малий таз, мезентеріальна кіста, пухлина сальника, запальні захворювання придатків матки.

Перекрут ніжки кістоми у дівчаток спостерігається частіше, ніж у дорослих. Це зумовлене деякими топографо-анатомічними особливостями дитини (малі розміри матки, відносно високе розміщення яєчників). За симптоматикою перекрутні ніжки пухлини подібний до таких захворювань, як гострий апендицит, перитоніт, гостра кишкова непрохідність.

Діагностика - базується в основному на об'єктивному дослідженні. Визначення форми живота, пальпація і перкусія, з яких повинно розпочинатись дослідження хворої, дозволяють виключити асцит, визначити межі пухлини. У типових випадках кіста яєчника визначається як рухомий утвір, що має пухлиноподібну форму, еластичну або щільну консистенцію і розміщений в малому тазі, іноді дещо вище придатків матки. Велику допомогу в діагностиці дає УЗД.

Лікування кістозних утворів яєчників оперативне видалення. Лапароскопічне або лапаротомічне оперативне втручання повинно бути максимально щадящим, особливо при двобічному ураженні яєчників. За оперованою дівчинкою повинен бути постійний тривалий нагляд.

ТРАВМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ У ДІВЧАТОК

Травми статевих органів у дітей зустрічаються нерідко. Частіше за все вони трапляються як наслідок падіння на гострі предмети або вуличного травматизму. Переважно травмуються статеві губи, клітор і промежина, рідше — гімен та вагіна (останні травмуються у випадку згвалтування). Травми статевих органів супроводжуються болем і зовнішньою чи внутрішньою кровотечею різної сили залежно від локалізації травми. Особливо сильні кровотечі виникають при травмі клітора.

Розпізнавання травми, зазвичай, не складає труднощів і базується на даних опитування, зовнішнього огляду і гінекологічного дослідження. При підозрі на травму вагіни необхідно провести вагіноскопію, обстеження уретри та сечового міхура — катетеризацію, цистоскопію, зондування

Лікування полягає у зупинці кровотечі. Інфіковану гематому розкривають і дрениують. Призначають антибіотикотерапію.

АНОМАЛЬНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА

- це узагальнююче поняття для будь-якого відхилення менструального циклу від норми, що включає зміни регулярності і частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості крові, що втрачається.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 р. на розлади менструального циклу (МЦ) вперше захворіло 17 833 дівчат підліткового віку (15-17 років) або 29,11 на 1000 дівчат-підлітків. Частота АМК ПП серед гінекологічних захворювань цієї вікової групи коливається від 20 до 37% і становить понад 50% серед усіх звернень до дитячого гінеколога.

Відповідно до **Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10:**

1.1. Діагноз: Аномальна маткова кровотеча

1.2. Код за МКХ-10:

N 92. Надмірна, часта та нерегулярна менструація

N 92.0 Надмірна і часта менструація з регулярним циклом

N 92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом

N 92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання

N 92.3 Овуляційна кровотеча

N 92.8 Дисфункціональна маткова кровотеча

За даними Центру медичної статистики МОЗ України у 2013 р. на розлади менструального циклу вперше захворіло 116182 жінок репродуктивного віку або 11,02 на 1000 жінок репродуктивного віку і 17833 дівчат (15-17 років) або 29,11 на 1000 дівчат.

Менархе спостерігається при кістковому (біологічному) віці $12,5 \pm 2$ роки, масі тіла 47 ± 5 кг і рівні екскреції естрогенів 10 мг/доб. У II фазу дозрівання відбувається становлення менструальної функції, закріплення взаємодії між ланками нервової та ендокринної систем, які беруть участь у регуляції овуляції.

Межі норми для менструального циклу (FIGO, 2011)

Параметри Кількісні характеристики Інтервал 24 – 38 днів.

Тривалість кровотечі 4,5 – 8 днів

Кількість крові 5 – 80 мл/цикл

У 80% дівчат-підлітків менструації одразу стають регулярними, переважна кількість МЦ ановуляторні. У третини дівчат у перші 3-5 років після менархе МЦ

характеризується недостатністю жовтого тіла. Перша овуляція є кульмінаційним періодом пубертатогенезу, але не означає статевої зрілості. Пусковим у формуванні менструальної функції є встановлення пульсуючого ритму секреції гонадоліберину (гонадотропін-релізінг гормона) та підвищення частоти імпульсів секреції ЛГ.

Порушення Менструального циклу.

При дефекті пульсуючої секреції гонадоліберину або гонадотропінів порушується МЦ:

- **I. Аменорея** виникає з уповільненням ;

- **II. Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК III)** виникає із прискоренням.

I. Аменорея – це відсутність менструацій протягом 6 місяців і більше. В дитячому віці розглядають фізіологічну аменорею, в підлітковому віці істинну (в організмі дівчинки відсутні процеси, які обумовлюють виникнення менструацій) наприклад, синдром Рокітанського) та несправжню аменорею (в матці дитини проходять процеси десквамації ендометрію, але менструальна кров не виділяється назовні внаслідок існування якихось перепон, наприклад при зарощенні дівочої перетенки, атрезії піхви тощо).

По рівню ураження системи, яка відповідає за регуляцію менструального циклу.

Розрізняють Аменорею:

- кіркову,
- гіпоталамічну,
- гіпофізарну,
- яєчникову,
- маткову,
- аменорею при захворюванні надниркової та щитовидної залоз.

Аменорея кіркового походження виникає при тяжких стресах, голодуванні (наприклад, аменорея під час війни. У високих концентраціях кортикотропні гормони здатні блокувати синтез в гіпоталамусі релізінгфакторів і закономірно призводять до обмеження виділення гіпофізарних гормонів з послідуною відсутністю циклічних змін в яєчниках та матці. Певне значення у виникненні аменореї стресового походження має підвищення рівня ендорфінів, що також здатні пригнічувати синтез лютропіну. Виділяють первинну та вторинну аменорею. Первинна кіркова аменорея виникає в період статевого дозрівання і супроводжується недостатнім розвитком матки і вторинних статевих ознак.

Гіпоталамічна аменорея розвивається при ураженні підпагорбової ділянки внаслідок дії нейроінфекції, інтоксикації, психічної травми.

Виділяють такі **форми гіпоталамічної аменореї:**

Аменорея внаслідок адіпозогенітальної дистрофії (синдром Бабінського-Фреліха). Розвивається в дитячому віці в зв'язку з пухлинним, травматичним або інфекційним ураженням гіпоталамусу. Клінічна картина характеризується гіпоталамічним ожирінням з переважним відкладанням жиру в області обличчя, живота, молочних залоз, затримкою росту, можливим підвищенням

внутрішньочерепного тиску або головними болями в разі пухлинного генезу, гіпоплазією геніталій і недостатнім розвитком вторинних статевих ознак.

Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта-Мореля є також вродженою патологією (наслідується за аутосомно-домінантним типом), але клінічні її прояви починають розвиватися після 35-40 років. Характеризується триадою симптомів: вроджений фронтальний гіперостоз, що результується звуженням діафрагми турецького сідла з послідуочим ураженням гіпоталамо-гіпофізарної зони; ожиріння по типу адіпозогенітальної дистрофії та гіпертрихоз при нормальному вмісті 17-КС і 17-ОКС в сечі хворої жінки. Можливі головний біль, судомні випадки, зміни психічного стану.

Гіпофізарна аменорея розвивається переважно при ушкодженні гіпофізу пухлинними чи запальними процесами або при порушенні мозкового кровообігу (тромбози судин, некрози). В результаті виникає функціональна неспроможність гіпофізу щодо синтезу усіх гормонів (*пангіпопітуїтаризм*), тільки гонадотропінів (*гіпогонадотропізм*), або гормональна дискореляція (гіпогонадотропізм в поєднанні з гіперпродукцією соматотропіну і адреноглюкортикоїдного гормону (АКТГ)).

Вроджений пангіпопітуїтаризм обумовлює аменорею при гіпофізарному нанізмі. Основними ознаками цього захворювання є затримка росту дитини, помітна з 3-5-річного віку, при пропорційній будові скелету, відсутність вторинних статевих ознак і недостатній розвиток статевих органів.

При недостатності продукції тільки гонадотропінів і збереженні секреції інших гормонів гіпофіза розвивається *гіпофізарний євнухїдизм*. Захворювання проявляється до часу закінчення пубертатного періоду і характеризується аменореєю та недостатнім розвитком зовнішніх статевих органів і молочних залоз при нормальних темпах росту хворих.

Гігантизм або Акромегалія зумовлен ушкодженням гіпофізу до настання періоду статевої зрілості і характеризується високим зростом (більш 190см) при нормальних пропорціях тіла.

Яєчникова аменорея розвивається в разі повної недостатності гормональної функції яєчників в поєднанні з відносно збереженою функцією гіпофіза. Частіше вона виникає при первинному ураженні яєчників внаслідок хромосомних аномалій.

Синдром Шерешевського-Тернера розвивається внутрішньоутробно при відсутності однієї Х-хромосоми і проявляється дисгенезією яєчників, недостатнім розвитком статевих органів та соматичними вадами: малий зріст, коротка шия із крилоподібними складками по боках, аномалії розвитку кісток та внутрішніх органів.

Синдром трисомії Х відрізняється присутністю трьох Х-хромосом із каріотипом 47/XXX і характеризується первинною аменореєю, непліддям.

Гіпогормональна аменорея може виникнути і в пубертатному або репродуктивному віці внаслідок ураження яєчників під впливом радіації, інтоксикації, важких запальних процесів і екстрагенітальних захворювань і крім вираженого інфантілізму з первинною аменореєю, відмічається порушення соматичного розвитку по типу євнухїдного (швидкий непропорційний ріст з

перевагою повздовжніх розмірів тіла надлишкове відкладання жиру в ділянці стегон).

Аменорея при ураженні кіркового шару наднирників (адреногенітальний синдром) виникає внаслідок його гіперплазії або пухлини.

Розрізняють три клінічні форми цього захворювання: вроджений, пубертатний, постпубертатний.

- **Вроджений адреногенітальний синдром**, викликаний недостатністю ферменту 21-гідроксилази, що призводить до зниження синтезу кортизолу та закономірної інтенсифікації продукції АКТГ.

- **Природжений адреногенітальний синдром** проявляється несправжнім жіночим гермафродитизмом. Яєчник і матка розвинені правильно, хромосомний набір 46/XX. На першому десятиріччі у дівчаток з вродженою формою адреногенітального синдрому розвивається картина передчасного статевого дозрівання по гетеросексуальному типу.

- **Пубертатна форма адреногенітального синдрому** проявляється раннім статевим дозріванням, чоловічою будовою тіла, ознаками вірилізації (надмірне оволосіння, збільшення клітора, огрубіння голосу, акне).

- **Постпубертатна форма** характеризується пізнім менархе (14-16 років), вказівкою на наявність гіпертріхозу та невиношування вагітності ранніх термінах у сестер і родичів по материнській або батьківській лінії, гіпертріхозом і нерегулярними менструаціями з періоду менархе, вірільними рисами, підвищеним вмістом 17-КС в сечі, тестостерону.

Основним завданням *при обстеженні хворих на аменорею* є визначення її причини. При підозрі на ураження центральної нервової системи проводять дослідження черепа і, особливо, турецького сідла.

Лікування аменореї. В пубертатному періоді при відставанні у рості призначаються препарати щитоподібної залози і анаболічні стероїди (нерабол, ретаболіл). Статеві гормони, особливо естрогени, дозволяється застосовувати тільки після 18 років, з огляду на їх здатність в більш ранньому віці закривати зони росту кісток. Також приділяється увага раціональному режиму дня, повноцінному відпочинку, правильному харчуванню і загальнозміцнюючій терапії.

II. Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМКПІІ)

- є проявом відхилення становлення репродуктивної функції, які зумовлені, з одного боку, незрілістю її регуляції, з іншого – патологічними ендоекологічними факторами.

Гострі АМК – це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові.

Хронічні АМК – це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та/або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців.

Тяжка менструальна кровотеча (ТМК) – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та/або матеріальні аспекти її життя. ТМК може проявлятися самотійно або в поєднанні з іншими симптомами.

Патогенез АМК ПІІ може відбуватися за двома варіантами:

I варіант. Порушення циклічно] секреції гонадотропінів, фолікулогенезу стероїдогенезу, що стає причиною патологічного розвитку ендометрія та відсутності його трансформації в секреторну стадію. Це стає пусковим моментом АМК ПП.

II варіант. Інфекційні (насамперед вірусні), соматичні та генітальні захворювання можуть призвести до порушення чутливості ендометрія до гормонів, що призводить до аномальних маткових кровотеч в підлітковому віці де причиною виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарнояєчникової регуляції (АМК-О). Особливу увагу у пацієнок даної категорії необхідно звернути на виключення АМК, спричинених соматичною патологією (коагулопатія та ін.) та кровотеч внаслідок артеріо-венозних мальформацій матки.

Як правило, АМК ПП ациклічні, ановуляторні і, частіше, відбуваються на тлі порушень за типом атрезії фолікула, рідше – персистенції фолікула, різні по інтенсивності і тривалості, завжди безболісні, швидко ведуть до анемії і вторинних порушень системи крові.

Основні симптоми пубертатних маткових кровотеч:

- тривалі (більш ніж 7-8 діб) кров'янисті виділення із статевих шляхів;
- кровотечі, інтервал між якими менше 21 дня;
- крововтрата більш ніж 100-120 мл на добу.

При наявності вагінальної кровотечі у дівчат до 9 років, за умови виключення структурної патології матки, вульви та вагіни, обстеження та лікування проводиться на предмет діагностики передчасного статевого розвитку і лікування згідно відповідного до клінічного протоколу.

Діагностика. Алгоритм проведення діагностичних заходів при АМК ПП

Фізикальне обстеження проводиться з метою співставлення ступеня фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахуванням психологічних особливостей (**гіпоестрогенний, нормоестрогенний, гіперестрогенний**).

Самооцінка обсягу крововтрати (пиктограма) –проводиться візуально-аналоговим методом оцінки обсягу менструальної крововтрати. Ступені крововтрати представлені в пиктограмі (уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353).

Лабораторна діагностика АМК ПП включає загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити), гемостазіограму (активованій частковий тромбoplastиновий час, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегацію тромбоцитів, розчинні фібриномономерні комплекси, активованій час рекальцифікації), біохімічний аналіз крові, визначення в сироватці крові β-хоріонічного гонадотропіну людини у сексуально активних підлітків, бактеріоскопічне дослідження, полімеразну ланцюгову реакцію, діагностику інфекційних захворювань статевих шляхів, обстеження на гельмінтоз.

В ході диференціальної діагностики АМК у дітей та підлітків також використовується класифікація PALM –COIEN.

У зв'язку з необґрунтованістю і суперечливістю багатьох причин АМК, деякі з яких можуть поєднуватись у однієї і тієї ж хворої, **FIGO прийняла нову систему**

класифікації (PALM – COEIN) для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю.

Класифікація причин АМК (PALM\COEIN)

Структурні Р- поліпи А-Аденоміоз L-Лейоміома М-Злоякісні пухлини, гіперплазія
Неструктурні С- Коагулопатія О-порушення овуляції Е-Патологія ендометрію І-Ятрогенні N-некласифіковані

Діагностика мальформацій проводиться за допомогою УЗД з застосуванням ефекту Доплера та ангіографічного дослідження.

Трансвагінальне (трансректальне) ультразвукове дослідження (УЗД) є «золотим стандартом» діагностики, що дозволяє детально оцінити анатомічні особливості матки та ендометрія, а також виявити структурну патологію міометрія, шийки матки, маткових труб і яєчників.

Лікування АМК ПП

Лікувальні заходи проводяться у декілька етапів:

- на 1-му – зупинка кровотечі, антианемічна терапія, корекція психічного статусу;
- на 2-му – протирецидивна терапія (корекція МЦ і стану ендометрія).

Терапією першого вибору є інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

- транексамова кислота: внутрішньовенно 15 мг/кг упродовж першої години терапії, потім крапельне введення 1 г/год протягом 8 год; сумарна доза не повинна перевищувати 6 г. Можливе профілактичне використання *per os* 1 г 4 рази на добу з 1-го до 4-го дня менструальної кровотечі (Всесвітня федерація гемофілії рекомендує призначення Транексаму за 1-2 дні до початку менструації всім дівчатам із гемофілічними розладами);
- амінометилбензойна кислота;
- амінокапронова кислота.

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) диклофенак 50 мг 1-2 рази на добу або мефенамінову кислоту 200 мг 4 рази на добу. НПЗП слід призначати не раніше 4-5-ї доби від початку гемостатичної терапії з використанням Транексаму. Якщо кровотеча триває понад 10 діб або на фоні респіраторних чи соматичних запальних захворювань, проводиться **антибіотиками широкого спектра дії** парентеральним шляхом. **Симптоматичне лікування:** седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапія, гепатопротектори, фіто- та гомеопатична терапія (відповідно до Наказу МОЗ України від 13.04.2016р. № 353). При лікуванні дівчат з хронічною АМК лікування спрямоване на формування двофазного менструального циклу. Препаратами першої лінії при лікуванні АМК ПП є поєднання антифібринолітиків і фітотерапевтичних засобів широкого спектра дії. На фоні використання фітотерапії обсяг і тривалість гормонотерапії при АМК ПП значно зменшуються.

У всіх невідкладних випадках у дівчат з АМК необхідно дотримуватись загальних принципів проведення екстрених реанімаційних заходів. Оцінка основних показників життєдіяльності (вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, блідість шкіри тощо) дозволяє виявити пацієнток з тяжкими менструальними кровотечами (ТМК).

Важкість захворювання визначається:

- характером крововтрати (інтенсивність, тривалість);
- ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легка, середня, тяжка).

Хірургічне лікування показане при профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю, вираженій вторинній анемії тяжкого ступеня ($Hb \leq 70$ г/л, гематокрит до 20%), при підозрі на наявність патологічних змін структури ендометрія (поліп). Метод дилатації і кюретажу (лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки) виконують за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або *ex consilium*.

Дівчата зі спадковими геморагічними розладами (хвороба Віллебранда, на яку припадає близько 70 % випадків, менш поширені - дефіцит факторів згортання крові XI, VII або XIII, носійство гену гемофілії А або В тощо), або у яких традиційна медикаментозна терапія виявилась неефективною, потребують міждисциплінарного підходу до лікування із залученням лікарів-гематологів.

Встановлення правильної тактики ведення пацієток з АМК ПП залежить від правильної діагностики причин кровотечі, вибору напрямку лікування з урахуванням усіх можливих негативних впливів.

Контрацепція у підлітків

З точки зору охорони репродуктивного здоров'я, підлітковий вік вимагає спеціального підходу до молодої людини, так як ранній початок статевого життя, погана поінформованість про методи і засоби контрацепції, а також недостатнє їх використання збільшують ризик настання непланованої вагітності. Згідно із класифікацією ВООЗ, *термін «підлітки» об'єднує осіб віком від 10 до 19 років; «молодь» – від 15 до 24, а «молоді люди» – від 10 до 24 років.*

Існують слідуючі засоби контрацептивів для підлітків:

- Методи бар'єрної контрацепції (презерватив, мембрана вагінальна).
- Препарати сперміцидні (лікарські засоби, що знешкоджують сперматозоїди).
- Оральні контрацептиви (протизаплідні гормональні пігулки).
- Засоби екстреної (невідкладної) контрацепції.

Для молоді, які мають нерегулярне статеве життя і можуть мати декілька статевих партнерів, найбільш прийнятним методом контрацепції є *Презерватив*. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними (98% – 85% випадків).

Перевагами при застосуванні презервативу є:

- захист від ІПСШ, включаючи ВІЛ;
- відсутність побічних ефектів;
- можливість використання без візиту до лікаря;
- простота використання.

Недоліки:

- дискомфорт;
- алергічні реакції на латекс;
- залежність від партнера;

Сперміциди Незручність цього методу застосування полягає у досягненні контрацептивної ефективності не раніше ніж за 10-15 хвилин до статевого

контакту. Крім цього, ефективність сперміцидів при правильному використанні становить 82% – 71%, що не є найкращим методом контрацепції для підлітків.

Перевагами даного методу є:

практично відсутні побічні ефекти;
у певній мірі – попередження ЗПСШ.

Недоліки:

- необхідність введення перед кожним статевим контактом;
- можливі незручності при введенні і вилученні з піхви;
- необхідність спеціального догляду, що обмежує застосування цього методу у підлітків.

Можливе одночасне використання презерватива і сперміцидів (пасти, креми, гелі та ін.), що підвищує ефективність вживання бар'єрних методів контрацепції.

Оральні контрацептивні таблетки стають все більш популярними серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий контрацептивний ефект. Ефективність оральних контрацептивів у жінок репродуктивного віку складає 99,7% – 92%. Показник неефективності (індекс Перля) у підлітків дещо вищий, що пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні оральних контрацептивів у юному віці.

Перевагами використання КОК є:

- висока ефективність при низькій частоті побічних ефектів;
- регулюючий вплив на менструальний цикл;
- зниження частоти міжменструальних болів (альгодисменорея);
- зниження частоти анемії, мастопатії, функціональних кіст яєчників;
- позитивний вплив на акне.

Недоліки:

- потрібно приймати таблетки щодня;
- КОК не захищають від ЗПСШ.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує підліткам комбіновані протизаплідні таблетки. Найкраще підходять трифазні (Тріквілар, Трі-Регол, Трізістон) і однофазні (Силест, Фемоден, Мікрогінон, Ригевідон, Марвелон) препарати. Вони забезпечують якнайменші втручання в природний перебіг процесів, що відбуваються в жіночому організмі, та зберігають стабільність менструального циклу.

Таблиця Перелік і склад сучасних КОК

Назва	Лікарська форма випуску	Дози	Склад препарату	Фармакотерапевтична група
Джаз	28 табл. (24 + 4)	0,02 мг/3 мг	Етинілестрадіол/Дроспіренон	Монофазні КОК

Джаз Плюс	28 табл	0,02 мг/3 мг/0,451 мг	Етинілестріадіол/Дроспірено н/Левоме фолат кальцію	Монофазні КОК
Мерсил он	21 табл.	0,02 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Дезогестрел	Монофазні КОК
Логест	21 табл.	0,02мг/0,075 мг	Етинілестріадіол/Гестоден	Монофазні КОК
Ліндине т20	21 табл.	0,02 мг/0,075 мг	Етинілестріадіол/Гестоден	Монофазні КОК
Марвелон	21 табл.	0,03 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Дезогестрел	Монофазні КОК
Ярина	21 табл.	0,03 мг/3 мг	Етинілестріадіол/Дроспірено н	Монофазні КОК
Ярина Плюс	28 табл.	0,03 мг/3 мг/0,451 мг	Етинілестріадіол/Дроспірено н/Левоме фолат кальцію	Монофазні КОК
Фемоден	21 табл.	0,03 мг/0,075 мг	Етинілестріадіол/Гестоден	Монофазні КОК
Жанін	21 табл.	0,03 мг/2 мг	Етинілестріадіол/Дієногест	Монофазні КОК
Ліндине т 30	21 табл.	0,03 мг/0,075 мг	Етинілестріадіол/Гестоден	Монофазні КОК
Новінет	21 табл.	0,02 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Дезогестрел	Монофазні КОК
Регулон	21 табл.	0,03 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Дезогестрел	Монофазні КОК
Ригевідон	21 табл.	0,03 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Левоноргестрел	Монофазні КОК
Ригевідон	21 + 7 28 табл.	0,03 мг/0,15 мг/76,05 мг	Етинілестріадіол/Левонор/Фумарат заліза	Монофазні КОК
Мікрогінон	21 табл.	0,03 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол/Левоноргестрел	Монофазні КОК

Мінізистон	21 табл.	0,03 мг/0,125 мг	Етинілестріадіол/ Левоноргестрел	Монофазні КОК
Сілест	таб	0,035 мг/0,25 мг	Етинілестріадіол/ Норгестимат	Монофазні КОК
Клайра	28 табл. (2 6 + 2)	(3 + 2 + 2 + 1) мг (0 + 2 + 3 + 0) мг	Етинілестріадіолу валератДієногест	КОК з натуральним естрогеном
Три-мерсі	21 табл.(7 + 7 + 7)	0,035 мг/0,05 мг0,03 мг/0,1 мг0,03 мг/0,15 мг	Етинілестріадіол /Дезогестрел Етинілестріадіол /Дезогестрел Етинілес градіол /Дезогестрел	III. Трифазні КОК
Триквілар	21 табл.(6 + 5 + 10)	0,03 мг/0,05 мг0,04 мг/0,07 5 мг 0,03 мг/0,12 5 мг	Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел	III. Трифазні КОК
Три-Регол	21 табл. (6 + 5 + 10)	0,03 мг/0,05 мг 0,04 мг/0,07 5 мг 0,03 мг/0,12 5 мг	Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел	III. Трифазні КОК
Три-Регол	21 + 7 28 табл. (6 + 5 + 10) + 7	(6 + 5 + 10) + 7 0,03 мг/ 0,05 мг 0,04 мг/0,07 5 мг 0,03 мг/0,12 5 мг 76,05 г	Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел Етинілестріадіол /Левоноргестрел Фумарат заліза	III. Трифазні КОК
Ексклюотон	28 табл.	. 0,5 мг	Лінестренол	III. Міні пілі

Протизаплідні таблетки підліткам можна приймати тільки при дотриманні наступних умов: регулярне статеве життя, настання першої менструації не менше двох років тому, відсутність ожиріння і серйозних захворювань серця та судин.

Невідкладна контрацепція. Підлітки повинні знати про методи невідкладної контрацепції тому, що у них достатньо часто бувають неплановані та незахищені сексуальні контакти. Однак його не слід рекомендувати як регулярну контрацепцію. Метод ефективний протягом 72 год після статевого контакту.

Переваги невідкладної контрацепції:

- можливість епізодичного використання у пацієнток з нерегулярним статевим життям;
- достатньо висока ефективність;
- відсутність системних побічних ефектів;
- доступність.

Недоліки:

- застосовуються лише в екстрених випадках;
- не можуть використовуватись для регулярної контрацепції;
- не захищають від ППСШ.

Природні методи: ритмічний (календарний) метод, оцінка характеру цервікального слизу, вимірювання базальної температури. Застосування цих методів ускладнюється в разі нерегулярного менструального циклу, що не дає змоги визначити фертильний і нефертильний періоди.

Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК). Використання ВМК у підлітків та молодих жінок, які не народжували, і рідко мають одного статевого партнера, не рекомендується у зв'язку з ризиком запальних захворювань органів малого тазу.

У зв'язку з розповсюдженням СНІДу та інших захворювань, що передаються статевим шляхом, *рекомендовано підліткам* поєднувати прийом протизаплідних таблеток з використанням презервативів, що захистить як від небажаної вагітності, так і від венеричних захворювань (у тому числі СНІДу).

V. План організації заняття

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми 3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань 20% навчального часу

Самостійна робота студента 35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань 20% навчального часу

Оцінка знань студентів 15% навчального часу

Узагальнення викладача, завдання на дом 5% навчального часу

VI. Основні етапи заняття

A. Підготовчий - мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на запитання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б. Основний - самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться в учбовій кімнаті. Студенти з низьким вихідним рівнем знань вивчають навчальну літературу та навчальні посібники. Решта студентів, розподілених на групи по 2-3 людини, самостійно працюють на гінекологічному

фантоми під контролем викладача, в залежності від виду операції. Після цього студенти з викладачем переходять в операційний зал або у відділення гінекології (в залежності від наявності відповідних гінекологічних хворих), виконують передопераційну підготовку хворих в залежності від виду і характеру операції, складають план ведення хворої.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення ситуаційних завдань, усних звітів студентів про виконану роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, домашнє завдання.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття:

- оглядовий кабінет дитячого гінекологічного відділення
- відділення гінекології
- Операційний зал,

Обладнання: таблиці, малюнки з теми, набір відеофільмів, ехограми та інструментарій для гінекологічного огляду, операційний матеріал.

VIII. Контрольні запитання завдання

1. Яка існує система дослідження гінекологічної хворої підліткового віку?
2. Які принципи деонтології спілкування з гінекологічними хворими підліткового віку?
3. Які загальні та спеціальні методи обстеження використовують в дитячій та підлітковій гінекології?
4. Які використовують в дитячій та підлітковій гінекології додаткові методи обстеження?
5. Які ендоскопічні методи використовуються в гінекології підліткового віку?
6. Як проводиться ректо-абдомінальне дослідження?
7. За якими ознаками оцінюється ступінь статевого розвитку дівчинки?
8. Які є показання для виконання зондування, вишкрібання слизової тіла матки у підлітка?
9. Які використовують у дівчаток та підлітків спеціальні методи обстеження?
10. З чого складається трирівнева система надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам в Україні?
11. Коли рекомендовано починати проводити профогляди дівчаткам?
12. Профілактичний огляд підлітків проводиться з врахуванням згоди кого?
13. Які основні завдання відділення дитячої та підліткової гінекології?
14. Які бувають патологічні стани у підлітків?
15. Яка тактика ведення хворих з доброякісними пухлинами яєчників з врахуванням віку?
16. Що входить в поняття «Аномальні маткові кровотечі у підлітковому періоді»?
17. Які існують види контрацепції у підлітків?
18. Які переваги та недоліки мають Презервативи при їх застосуванні у підлітків?

19. Що рекомендує ВООЗ в якості контрацепції у підлітків?

20. Які недоліки мають Спермициди під час застосування їх у підлітків?

ІХ. Тестовий контроль

1. Дівчинка 16 р., госпіталізована у гінекологічне відділення з приводу ювенільної маткової кровотечі, яка тривала 17 днів. Обстеження: Нв 80 г/л, ер. $1,5 \times 10^{12}/л$, КП 0,8; ретикулоцити 3%, ШОЕ 18 мм/год. Час зсідання крові по Лі-Уайту 7 хв., Т тіла $36,5^{\circ}C$. Яке ускладнення виникло?

А. Постгеморагічна анемія.

В. ДВЗ-синдром.

С. Метроендометрит.

Д. Геморагічний шок

Е. Геморагічний діатез.

2. Дівчинка 8 років скаржиться на білі гнійного характеру, які подразнюють шкіру статевих органів і стегон, свербіж і печію у цій ділянці. При огляді: зовнішні статеві органи, присінок піхви та дівоча перетинка набряклі, гіперемовані. Виділення із статевої щілини значні, слизово-гнійні. Попередній діагноз – вульвовагініт. Яке слід провести обстеження ?

А. Бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження.

В. Цитологічне дослідження.

С. Кольпоскопія.

Д. Вагіноскопія

Е. Гормональна кольпоцитологія.

3. Дівчинка 6 років скаржиться на болі в ділянці піхви, значні виділення гнійного характеру, які турбують протягом 5 днів і поступово посилюються. При огляді лікар виявив значний набряк зовнішніх статевих органів, почервоніння, гнійні виділення з піхви з неприємним запахом. Яка причина може призвести до такого стану у дітей?

А. Наявність стороннього тіла в піхві.

В. Пухлина піхви.

С. Пухлина шийки матки.

Д. Гнійний кольпіт.

Е. Вульвовагініт.

4. Дівчинка 13 р. поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на значні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів. В анамнезі – нерегулярний менструальний цикл з початку менархе. Менархе з 11 років. При ректо-абдомінальному обстеженні патології не виявлено. Попередній діагноз?

А. Пубертатна менорагія.

В. Аденоміоз.

С. Травма зовнішніх статевих шляхів.

Д. Хвороба Верльгофа.

Е. Поліп ендометрію.

5. До шкільного лікаря звернулась дівчина 12 років. Вперше з'явилися помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів 2 доби тому. Вторинні статеві ознаки розвинені правильно. Яка найбільш вірогідна причина кров'янистих виділень?

А. Менархе

- В. Рак ендометрію
- С. Неповний викидень
- Д. Аномальна маткова кровотеча у підлітковому віці
- Е. Позаматкова вагітність

6. Дівчинка 14 років скаржиться на кров'яністі виділення з піхви протягом 10 днів, які з'явилися після 3-місячної затримки менструації. Менархе – з 13 років. Менструальний цикл – нерегулярний. Гемоглобін – 86г/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хвороба Верльгофа
- В. Рак матки
- С. Поліп шийки матки
- Д. Гормонопродукуюча пухлина матки
- Е. Аномальні маткові кровотечі в підлітковому віці

7. Хвора 19 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на помірні кров'яністі виділення з статевих шляхів, загальну слабкість. Кров'яністі виділення тривають 8 днів після 2 місяців затримки менструації. Ректальне дослідження: тіло матки щільне, дещо зменшене, не болоче, рухоме. Додатки з обох боків не визначаються. Коагулограма в нормі. Який клінічний діагноз?

- А. Аномальна маткова кровотеча
- В. Порушена маткова вагітність
- С. Злоякісне новоутворення матки
- Д. Менархе
- Е. Неповний викидень

8. 17-річна пацієнтка звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації, відзначає циклічні болі в нижній частині живота. Сексуальним життям не живе. При огляді: молочні залози і зовнішні статеві органи розвинені правильно; ріст волосся на лобку по жіночому типу. Вхід у піхву закритий слизовою оболонкою синього кольору. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Гематома вульви
- В. Вагінальна аплазія
- С. Гематокольпос
- Д. Атрезія дівочої плівки
- Е. Атрезія піхви

9. Хвора 17 років, звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність менструації, недорозвиненість грудних залоз. Зріст 181 см, астенічна будова тіла, оволосіння за змішаним типом. При додатковому обстеженні виявлено каріотип 46 ХУ, піхва та внутрішні статеві органи відсутні. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Синдром Майера-Рокитанського-Кюстнера-Хаузера
- В. Синдром Шихана
- С. Статевий інфантилізм
- Д. Атрезія матки і піхви
- Е. Аплазія матки і піхви

10. Дівчинку, 13 років, доставлено в гінекологічне відділення зі скаргами на відсутність менструації, циклічні болі в нижніх відділах живота. При огляді виявлено відсутність отвору в ділянці дівочої перетинки, синюшність та її випинання. Яка патологія найбільш імовірна?

- A. Атрезія дівочої перетинки
- B. Гіпоплазія матки
- C. Гінатрезія
- D. Аплазія шийки матки
- E. Синдром Майєра-Рокитанського-Кустера-Хаузєра

X. Ситуаційні задачі

XI. Типові ситуаційні задачі.

Задача1. До лікаря жіночої консультації звернулася хвора, 19 років, зі скаргами на неможливість статевого життя, відсутність менструацій. При огляді: фенотип жіночий, зовнішні статеві органи розвинені за жіночим типом. В ділянці отвору піхви заглиблення до 1,5 см, піхва відсутня. При ректальному огляді визначено відсутність матки, яєчники не досяжні дослідженню. Який попередній діагноз?

Задача 2. У дівчинки 9 років почалися менструації, прогресує кістковий ріст, відмічається стрибок росту, є вторинні статеві ознаки. При проведенні проби з гонадоліберином рівень ЛГ збільшився в 10 разів. При ЯМР, томографії черепа патології головного мозку не виявлено. Встановлено діагноз: передчасне статеве дозрівання. Яке лікування буде раціональним в даному випадку?

Задача3. До дитячого гінеколога звернулася мати дівчинки 8 років зі скаргами на те, що у дівчинки часто виникає вульвовагініт, який супроводжується свербінням зовнішніх статевих органів, хоч вона регулярно, двічі на день проводить гігієнічне підмивання. Які рекомендації повинен дати лікар?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Браян А. Магован, Філіп Оуєн, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
3. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
4. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник(под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усєвич І.А., Говсєєв Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
5. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskiivskiyetal., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.

6. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 1730 «Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 24.09.2022
4. МОЗ України Наказ № 2264 «Клінічна настанова, заснована на доказах «Аномальні вагінальні виділення»» від 15.12.2022
5. Методи контрацепції відповідно до періодів життя: навчальний посібник.- К., 2013.- 255 с.
6. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
7. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
8. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
9. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
10. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013.
11. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.