

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректора з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія в практиці сімейного лікаря»

Практичне заняття №8. Тема: «Дитяча гінекологія».

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол № від «28» серпня 2023р.

Завідувач кафедри _____  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології  Мніх Л.В.

д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології  Чумак З.В.

Практичне заняття №10

Тема: «Дитяча гінекологія»

Мета: Навчити фізіологічним змінам репродуктивної системи дівчат та підлітків в залежності від вікового періоду. Навчити особливостям обстеження та інтерпретації отриманих даних, тактиці ведення та лікування у дівчат та підлітків з гінекологічними захворюваннями. Оволодіти консультуванням з питань контрацепції у підлітків. Навчити проведенню профілактики ВПЛ у підлітків.

Основні поняття: Вікові періоди розвитку дівчинки, підлітка. Вакцинація ВПЛ у підлітків. Порушення менструальної функції у дівчат та підлітків. АМК пубертатного періоду. Контрацепція у підлітків.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Зниження гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці - основа збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому. В Україні контроль за здоров'ям дівчат як майбутніх матерів здійснюється на всіх етапах і стадіях розвитку жіночого організму. З цією метою ще з 1957 р. функціонує та удосконалюється гінекологічна допомога дівчаткам і підліткам з урахуванням їх вікових особливостей. Без знання анатомо-фізіологічних особливостей в дитячому та підлітковому віці, сучасних методів дослідження, без вмінь застосовувати їх на практиці неможливо встановити діагноз, провести диференційну діагностику і відповідне лікування. З усіх гінекологічних захворювань на порушення менструального циклу припадає 20%. Вивчення причин, які викликають ці захворювання у підлітків, розробка методів ранньої діагностики, лікування та профілактика має не тільки наукове, але й практичне значення у зниженні гінекологічної захворюваності та акушерської патології, ендокринних форм безпліддя у майбутньому, профілактиці злякисних новоутворень.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

- Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія в практиці сімейного лікаря»

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність проводити консультивання з питань дитячої та підліткової гінекології;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Вікові періоди розвитку дівчинки, підлітка.
- Вакцинація ВПЛ у підлітків.
- Порушення менструальної функції у дівчат та підлітків.
- АМК пубертатного періоду.
- Контрацепція у підлітків.

- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

1. Вікові періоди розвитку дівчат та підлітків?
2. Що таке статевий криз?
3. За якими показниками оцінюється розвиток вторинних статевих ознак?
Що таке статева формула?
4. Особливості гінекологічного та лабораторного обстеження у дівчат та підлітків.
5. Що таке морфограма, індекс маси тіла, гірсутне число?
6. Класифікація порушень менструальної функції в підлітковому віці.
7. Визначте поняття аномальної маткової кровотечі в пубертатному періоді
8. Алгоритм діагностики та надання медичної допомоги при АМК ПП?
9. Профілактика АМК ПП?
10. Профілактика ВПЧ в підлітковому віці.
11. Вибір методу контрацепції в підлітковому віці.

Типові ситуаційні задачі:

1. Дівчинка оглянута гінекологом. Молочні залози виділяються, навколососкове кільце разом з соском створюють єдиний конус. Відмічається рідке оволосіння лобка, ріст волос у пахвових ділянках відсутній. Менструації відсутні. Секреція естрогенів низька. Який період статевого розвитку має місце. Складить статеву формулу.

Відповідь: пубертатний період. Ма2Ах0Р1Ме0

2. Дівчина 16 років звернулася до лікаря зі скаргами на кровотечу зі статевих шляхів протягом 10 днів, слабкість, запаморочення. Кровотеча

почалась на фоні затримки місячних на тиждень. Росла і розвивалась нормально. Екстрагенітальні захворювання заперечує. Місячні з 12 років, встановилися відразу по 4-5 через 28 днів регулярні, безболісні. Об'єктивно: кожні покрови бліді, пульс 96 уд/хв, АТ 100/60 мм рт ст на обох руках. Ма3Ах2Р2Ме03. Живіт м'який, безболісний, перистальтика активна. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін. Виділення із статевих шляхів кров'янисті рясні.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча в пубертатному періоді. Постгеморрагічна анемія. Додаткове обстеження: УЗД малого таза, ЗАК, коагулограма, група крові, резус-фактор і т.д., розпочати лікування з симптоматичної кровоспинюючої терапії, принесєфективності – гормональний гемостаз, в залежності від даних дообстеження.

Типові тестові завдання:

1. Кольпоскопічна картина нормальної слизової оболонки шийки матки:
 - А. у підлітків та жінок репродуктивного віку не відрізняються
 - В. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію розміщена в ділянці зовнішнього зіву
 - С. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію нерідко розміщена зовні від вічка зовнішнього зіву
 - Д. У підлітків зона сполучення циліндричного та багатошарового плоского епітелію знаходиться в ділянці нижньої треті цервікального каналу
 - Е. У підлітків не має зони сполучення
2. Хвора 17-ти років скаржиться на болючість і нагрубання молочних залоз, головні болі, дратівливість, набряки нижніх кінцівок. Ці симптоми турбують зпочатку менархе, з'являються за 3-4 дні до початку чергової менструації. Пригінекологічному обстеженні патології не виявлено.

Яке захворювання у дівчини?

 - А. Неврастенія
 - В. Передменструальний синдром
 - С. Захворювання нирок
 - Д. Мастопатія
 - Е. Захворювання серцево-судинної системи

Правильна відповідь 1-С, 2-Д

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки зі статевого дозрівання

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 17 років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність менструації продовж 6 місяців. З анамнезу: перша менструація в 12 років, перший рік цикл був регулярний 4-5 через 26 днів. Протягом останніх років збільшився до 35-45 днів, став нерегулярний. Прибавка ваги склала 18 кг. З'явилася волосистість в ділянці молочних залоз, по білій лінії, в паховій області. Статеве життя регулярне з 16 років. При бімануальному дослідженні встановлено: шийка матки конічної форми, довжиною 3,0см, тіло матки грушеподібної форми, 48x36x30мм, безболісне. Яєчники пальпуються з обох боків несуттєво збільшені, безболісні. Виділення слизові незначні.

Завдання: встановить попередній діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Синдром Штейна-Левенталя. Дообстеження: тестостерон, ДСА-сульфат, 17-КС, глюкозо-толерантний тест. Низкокалорійная диета для стабилизации веса. КОК с антиандрогенним компонентом, например Диане-35.

2. До сімейного лікаря звернулась пацієнтка 16 років. Протягом року має нерегулярні статеві стосунки. Має дізкенезію жовчного міхура. Наполягає на встановленні внутріматкового контрацептива «Мірена», наполягаючи на тому, що в неї протипоказання до оральних контрацептивів.

Завдання: 1. Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Відповідь:

Жінкам, які не народжували і планують народжувати – не рекомендується використовувати ВМС. Необхідно підібрати інші методи контрацепції.

Нетипові тестові задачі:

1. У дівчинки 13-ти років на шкірі спостерігаються синці різних розмірів і кольору. Вона скаржиться на запаморочення, маткову кровотечу. При огляді – стан важкий, шкіра бліда, при аускультатії серця ЧСС 140 уд/хв. Грубий систолічний шум, АТ – 90/40 мм рт.ст. Печінка, селезінка не збільшені. Вклінічному аналізі крові Ер.-1,8x10¹²/л, Нв-50 г/л, КП– 0,7, рет – 4%, тромбоцити –

20x10⁹/л, Л-12x10⁹/л, е-2%, п-5%, с-75%, л-16%, м-2%, ШЗЕ-15 мм/год. Гематокрит –0,25. Що обумовлює тяжкість стану хворої?

- А. Тромбоцитопенія
- В. Гостра крововтрата
- С. Серцева недостатність
- Д. Симптоми інтоксикації
- Е. Зниження артеріального тиску

2. У дівчинки 16-ти років первинна аменорея, відсутність росту волосся на лобку, нормальний розвиток молочних залоз, каріотип 46 ХУ, відсутність матки та піхви.

Діагноз?

- А. Синдром Іценка-Кушінга
- В. Синдром Рокітанського-Кюстнера
- С. Синдром тестикулярної фемінізації
- Д. Синдром Шихана
- Е. Синдром Штейна-Левенталя

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – С.

- Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Оцінка розвитку вторинних статевих ознак проводиться по ступеню їх виразності, причому керуються єдиними позначеннями: молочні залози – Ма, оволосіння на лобку – Рb, оволосіння в підпахвинних ділянках – Ах, менструація – Ме.

Ступінь статевогорозвитку визначається за формулою Ма·Рb·Ах·Ме.

Стадії розвитку молочних залоз:

Ма0 – молочна залоза не збільшена, сосок маленький, не пігментований.

Ма1 – набухання навколососкового кружка, збільшення його діаметра, пігментація соска не виражена.

Ма2 – молочна залоза конічної форми, навколососковий кружок не пігментований, сосок не підвищений.

Ма3 – зріла молочна залоза округлої форми.

Стадії оволосіння:

Рb0Ах0 – волосся на лобку і в пахвинних ділянках відсутнє.

Рb1Ах1 – поодинокі прямі волосся.

Рb2Ах2 – волосся більш густе і довге, розміщене на центральній частині вищеназваних ділянок.

Pb3Ax3 – волосся на всьому трикутнику лобка статевих губ густе кучеряве;пахвова ділянка вся покрита кучерявим волоссям.

Вираженість менструальної функції:

Me0 – відсутність менструації.

Me1 – менархе в період обстеження.

Me2 – нерегулярна менструація.

Me3 – регулярна менструація.

Оцінюючи статевий розвиток, застосовують визначення морфотипів. Морфограма креслиться по показникам росту, обхвату грудей, суми зовнішніх розмірів таза, віку. В нормі лінія на сітці морфограми пряма, можливі відхилення в 1,5 бали. При передчасному статевому розвитку характерні макросомічний інтерсексуальний і рівномірно відстаючий (інфантильний) морфотип.

Лікарський контроль над перебігом процесу статевого дозрівання включає оцінку віку появи пубертатних зрушень.

9 – 10 років – ріст кісток тазу, заокруглення сідниць, незначне підняття сосків молочних залоз.

10 – 11 років – поява волосся на лобку, припідняття молочних залоз.

11– 12 років – поява волосся під пахвами, посилення росту, збільшення зовнішніх статевих органів.

12–13 років – розвиток залозистої тканини молочних залоз, пігментація сосків, поява менархе.

13 – 14 років – активний ріст волосся під пахвами, менструації можуть бути нерегулярними.

14 – 15 років – зміна форми тазу і сідниць.

15 – 16 років – регулярний менструальний цикл, мутація голосу.

16 – 17 років – зупинка росту скелету, закінчення періоду статевого дозрівання.

Найбільш рання межа появи статевих ознак – 8 – 8,5 років, менструації – в 9 років. Раніше – свідчить про передчасне статеве дозрівання. Відсутність статевих ознак до 13 років і менструації до 15 років вказує на затримку статевого дозрівання.

Для уніфікації оцінки пубертатних змін більшість лікарів користуються класифікацією J.Tanner (1969) та S. Frasier (1980), залози

I – а Ma0 Pb0 Ax0 Me0 До 9 років

I – б Ma1 Pb1 Ax1 Me0 9 – 10 років

II Ma2 Pb2 Ax1 Me0 10 – 11 років

III Ma3 Pb3 Ax2 Менархе(Me1)12 – 13 років

IV Ma4 Pb3 Ax3 Овуляція 14 – 15 років

V Акне, зниження тембру голосу, зупинка росту 15 – 17 років

Для оцінки статевої зрілості і її порушень визначається також овоłosіння шкірних покривів інших локалізацій: верхньої губи, підборіддя, грудей, верхньої і нижньої половини спини і живота, плечей, передпліч, стегон, гомілок. Вираженість овоłosіння в цих місцях оцінюється за 4 бальною шкалою:

- 1- окреме, розсіяне волосся;
- 2- помірне розсіяне овоłosіння;
- 3- помірне суцільне, або розсіяне тотальне овоłosіння;
- 4- інтинсивне суцільне овоłosіння.

Сума балів овоłosіння передпліч і гомілок становить індиферентне число (ІЧ), а всіх останніх частин тіла – гормональне число (ГЧ). В сумі вони утворюють гірсутне число (ГЧ), яке в середньому дорівнює 4 – 5 балів і не повинне перевищувати 10 – 12 балів. Більш високе число балів цих показників свідчить про гормональні порушення.

Патологічний перебіг менархе:

- раніше ніж 11,5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15-16 років – запізніле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12-16 діб або тривалі затримки до 45-60 діб і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

Патогенез АМК ПП може відбуватися за двома варіантами.

I варіант. При становленні менструальної функції секреція гонадотропінів спочатку проходить хаотично, нерівномірно за часом та кількістю, поступово цей процес стає циклічним. Несприятливі впливи призводять до порушення встановлення циклічного фізіологічного процесу: зберігається нестабільність секреції гонадотропінів, порушується фолікулогенез і, як наслідок, стероїдогенез, що стає причиною патологічного розвитку ендометрія та відсутності його трансформації в секреторну стадію й унеможливорює процес його фізіологічного відторгнення. Це стає пусковим моментом АМК ПП. У пубертатному періоді організм дівчинки надзвичайно вразливий до негативних впливів.

II варіант. Інфекційні (насамперед вірусні), соматичні та генітальні захворювання можуть призвести до порушення чутливості ендометрія до ефектів гормонів. Запальні процеси супроводжуються порушенням мікроциркуляції, що впливає на рецептивність ендометрія. Саме патологічний стан слизової оболонки матки може стати причиною АМК ПП.

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.









Розрізняють декілька типів психологічних особливостей пацієток з АМК ПП:

гіпоестрогенний – тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та бажання перевершувати оточуючих у всьому (перфекціонізм);
 нормоестрогенний – гармонійний фізичний та статевий розвиток, схильність до три-вожно-депресивних психічних розладів;

гіперестрогенний – дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку.

Самооцінка обсягу крововтрати (пиктограма) – це візуально-аналоговий метод оцінки обсягу менструальної крововтрати за об'ємом крові на гігієнічній прокладці (денній та нічній), тампоні й за виділеннями в туалеті (метод суб'єктивний). Ступені крововтрати представлені в пиктограмі (уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Аномальні маткові кровотечі», затверджений наказом МОЗ України від 13.04.2016 р. № 353) (табл. 1).

Таблиця 1. Пиктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

Гігієнічна прокладка	Тип	Обсяг, мл	Тампон	Тип	Обсяг, мл	Виділення в туалеті	Тип	Обсяг, мл
	Денна	1		Легкий	0,25		Незначні	1
				Середній	0,5			
	Нічна	1		Тяжкий	1,0			
	Денна	2		Надважкий	1,0		Помірні	3
				Легкий	0,5			
	Нічна	3		Середній	1,0			
	Денна	3		Тяжкий	1,5		Виражені	5
				Легкий	1,0			
	Нічна	6		Середній	1,5			
	Денна	4		Тяжкий	3		Виражені	5
				Легкий	3,0			
	Нічна	10		Середній	4,0			
				Надважкий	8,0			
				Надважкий	12,0			

У пубертатному віці нормальні параметри МЦ становлять: інтервал – 22-38 діб, тривалість кровотечі – 6 ± 2 діб. 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.

Лабораторна діагностика АМК ПП включає загальний аналіз крові (тромбоцити і ретикулоцити), гемостазіограму (активованій частковий тромбопластиновий час, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, агрегацію тромбоцитів, розчинні фібриномономірні комплекси, активований 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.

При АМК ПП слід проводити УЗД органів малого таза (ОМТ), щитоподібної залози, додатково – молочних залоз і органів черевної порожнини.

Методом ехографії ОМТ визначають форму, розміри і структуру матки, товщину (d), рівномірність та ехогенність ендометрія, структуру, розміри, об'єм і товщину капсули яєчників (табл. 2). Обов'язково слід виключити наявність вагітності.

У підлітковому віці при АМК ПП ультразвукова картина ОМТ характеризується такими ознаками:

- *матка* – розміри в більшості випадків відповідають віковій нормі, можуть бути трохи збільшені, структура міометрія в основному однорідна, інколи дещо зменшеної ехогенності;
- *ендометрій* – товщина збільшена, його розмір не співпадає з добою МЦ: на 8-10-ту добу – становить 8-9 мм, на 16-18-ту – ≥ 12 мм; d = 6-7 мм при продовженні кровотечі свідчить про неповноцінність рецепторного апарату, незрілість регуляторних механізмів менструальної функції;
- *яєчники* – їхні розміри бувають нормальними або збільшеними; структура може включати фолікулярну кісту (ехонегативне рівномірне включення діаметром $> 25-30$ мм); мати персистуючий фолікул (фолікул діаметром $> 18-20$ мм присутній під час кровотечі або напередодні, також можуть існувати декілька фолікулів меншого діаметра); бути полікістозною (декілька фолікулів діаметром ≥ 8 мм) або мультифолікулярною (фолікули діаметром від 3-5 до 7-8 мм).

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) за рахунок пригнічення активності циклооксигенази регулюють метаболізм арахідонової кислоти, знижують продукцію простагландинів і тромбоксанів. Зазвичай застосовують 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 при виникненні АМК на фоні респіраторних чи соматичних запальних захворювань, призначення антибактеріальних засобів є терапією першого ряду. Вона проводиться антибіотиками широкого спектра дії парентеральним шляхом.

Симптоматичне лікування при АМК ПП включає седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапію, гепатопротектори, фіто- та гомеопатичну терапію. Клінічною особливістю підліткового віку може бути формування у пацієнток граничних станів між нормою та патологією. Частіше мають місце функціональні розлади травного тракту, що супроводжуються порушенням всмоктування необхідних мікроелементів, вітамінів і поживних речовин. Одним із таких порушень є хлороз – прихований дефіцит заліза, що передуює залізодефіцитній анемії (ЗДА). Тому дівчата підліткового віку особливо вразливі до надмірних крововтрат під час менструацій.

При АМК ПП дуже швидко формується ЗДА. Крім того, тяжкість загального стану дитини також зумовлює постгеморагічна анемія. Норма гемоглобіну (Hb) у підлітків – 130 г/л. Ступені анемії: легкий – рівень Hb 110-119 г/л, середній – рівень Hb 80-109 г/л, тяжкий – рівень Hb < 80 г/л. Рецидиви кровотечі призводять до ЗДА, що значно впливає на становлення функції репродуктивної системи. Гемічна гіпоксія, яка має місце при цьому захворюванні, є однією з причин хаотичної пульсації гонадотропін-релізінг гормона і, як наслідок, нестабільної секреції гонадотропінів, що унеможлиблює встановлення двофазного МЦ.

При ЗДА на фоні АМК ПП першочерговим завданням є зупинка кровотечі. Пероральні препарати двовалентного заліза призначаються протягом 3 міс під контролем загального аналізу крові через 21 день після початку лікування, надалі – щомісяця. При менструальних кровотечах або поліменореї, значних втратах заліза (зниження рівня Hb і феритину) препарати двовалентного заліза

також призначаються на 3 міс. Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія» (наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709), дієтичні добавки, комплекси полівітамінів та мінералів для лікування ЗДА не застосовуються.

При порушеннях МЦ, особливо АМК, для коригування гормонального балансу та проведення симптоматичної гемостатичної терапії в пубертатному віці слід надати перевагу *фітотерапевтичним засобам* (Мастодинон®). Фітотерапія може бути як достатнім самостійним лікувальним засобом, так і поєднуватись із симптоматичним та гормональним лікуванням.

Ефективним засобом для лікування порушень МЦ є Мастодинон. Використання препарату дозволяє відновити гомеостаз статевих гормонів: пролактину, естрогенів і прогестерону, рівня гонадотропінів; нормалізувати психоемоційний стан; зменшити прояви запалення статевих органів; пригнітити гіперпроліферативні процеси.

При зростанні молочних залоз на фоні порушення гормонального балансу дівчата страждають на мастодинію та масталгію, що часто спостерігається при АМК ПП. Зменшити та усунути ці патологічні прояви допомагає Мастодинон.

Критерії призначення гормональної терапії при АМК ПП:

- відсутність ефекту від симптоматичного лікування;
- тривалість та інтенсивність кровотечі (з розвитком вторинної анемії);
- товщина ендометрія (за даними УЗД): тенденція до гіперплазії ($d \geq 10-12$ мм) або гіпоплазії ендометрія ($d < 7$ мм).

Для гормонального гемостазу застосовують тільки монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК) або гестагенні препарати.

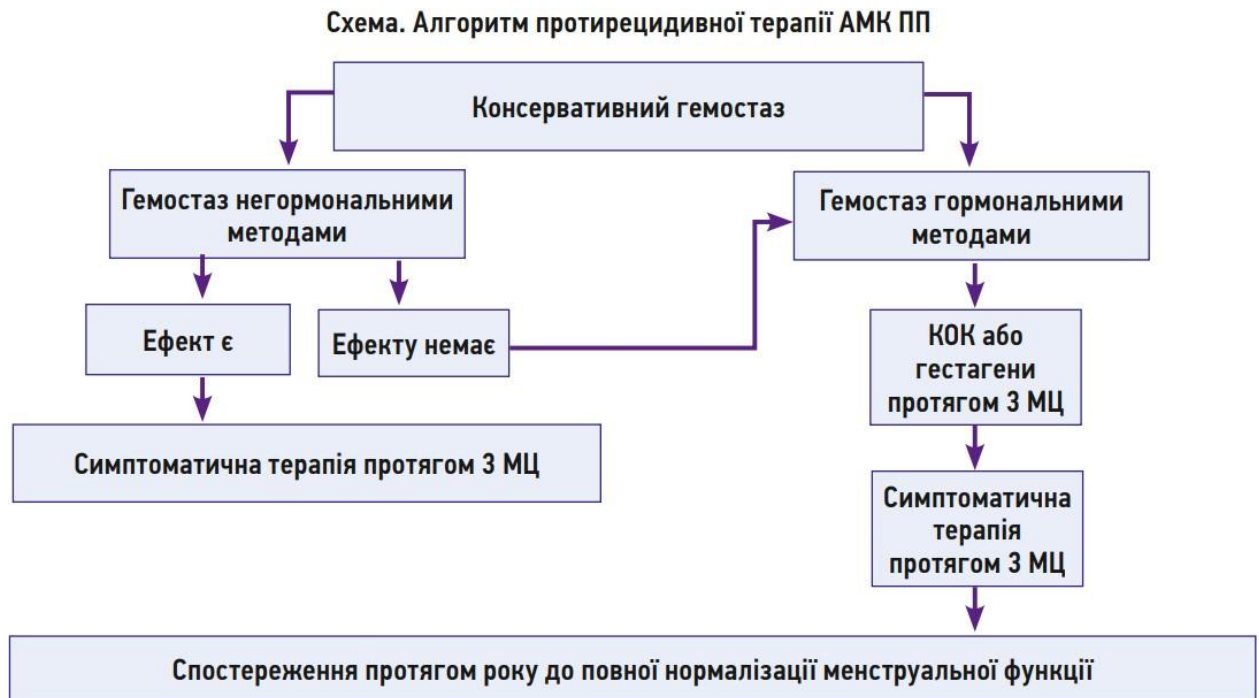
Серед монофазних КОК, які доцільно застосовувати при товщині ендометрія < 8 мм, ефективними є ті, що містять етинілестрадіол (гемостатичний ефект) і прогестаген (стабілізація строми і базального шару ендометрія). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 1 табл. 4 рази на добу, 2-4-та – 1 табл. 3 рази на добу, 5-6-та – 1 табл. 2 рази на добу, надалі – 1 табл. 1 раз на добу. Тривалість лікування від першого прийому КОК – 21 доба.

При кровотечах на фоні гіперплазованого ендометрія доцільне використання пероральних прогестинів (норетистерону). Найбільш типова схема терапії: 1-ша доба – 5 мг 4 рази на добу, 2-4-та – 5 мг 3 рази на добу, 5-20-та – 5 мг 2 рази на добу. При нормальній товщині ендометрія (9-12 мм) можливе застосування гестагенів з метою трансформації слизової матки та її відшарування. Призначають дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний протягом 10-14 діб.

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.

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 (схема).



Критерії вибору протирецидивної фітотерапії при АМК ПП:

- гінекологічний вік менше 1 року;
- хронічна АМК ПП;
- достатній ефект при зупинці кровотечі симптоматичними засобами;
- категорична відмова використовувати гормональні препарати.

Показання до застосування протирецидивної фітотерапії при АМК ПП: персистенція фолікула, фолікулярні кісти яєчників, гіперплазія ендометрія, прискорене телархе, гіперпролактинемія, передменструальний синдром, мастодинія – призначають Мастодинон протягом 2-3 МЦ. Після чого для встановлення ритму секреції гормонів, який характерний для двофазного МЦ, – протягом 2-3 циклів застосовують Циклодинон®.

Циклодинон – монокомпонентний рослинний засіб із сухого екстракту плодів прутняка звичайного (вітекса священного), який містить активну субстанцію ВНО 1095, позбавлену небажаних ефектів. Властивість Циклодинону відновлювати і підтримувати лютеїнову фазу МЦ дозволяє використовувати його у протирецидивній терапії АМК ПП та порушеннях менструальної функції у період статевого дозрівання при функціональній гіперпролактинемії.

При гіпоплазії ендометрія, гіпоестрогенних станах, що супроводжуються кровотечею, доцільне застосування мулімену, при гіпоплазії ендометрія на фоні запального процесу (хронічного ендометриту) – гінекохель.

Для профілактики тяжкої менструальної кровотечі та з метою формування двофазного МЦ слід надати перевагу фітотерапії, санації вогнищ інфекції, лікуванню анемії, а також загальнооздоровчим заходам.

Підліткам, у яких менструальна функція існує менше 1 року, гормонотерапія проводиться тільки за життєвими показаннями в разі неефективності фіто- та симптоматичної терапії.

Критерії вибору протирецидивної гормонотерапії при АМК ПП: недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії, рецидиви кровотеч, ЗДА, гінекологічний вік більше 1 року.

Протирецидивна терапія АМК ПП за допомогою КОК. Після зупинки АМК за допомогою монофазних КОК потрібно продовжити призначення цих препаратів протягом трьох МЦ. У першому циклі відміни КОК застосовують фітотерапевтичний засіб (з 1-ї доби МЦ протягом двох МЦ) і гестагени (з 14-ї доби МЦ впродовж 10 діб). Критерієм призначення даних препаратів є товщина ендометрія.

Застереження при застосуванні КОК. Рішення щодо призначення КОК як з метою гемостазу, так і профілактики рецидивів кровотечі повинно бути ретельно зваженим. Слід враховувати всі протипоказання до застосування цих препаратів, чітко роз'яснити правила їх прийому, підкреслити значення самоконтролю під час прийому КОК, пояснити мету призначення гормональних засобів. Необхідно обов'язково поінформувати пацієнтку (батьків, опікуна) про тривалість лікування, яку слід обмежити трьома курсами з обов'язковим контролем УЗД ОМТ та з'ясуванням ефективності лікування.

Використання КОК у підлітковому віці без попереднього визначення рівня гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) загрожує розвитком довготривалого синдрому гіпергальмування гіпоталамо-гіпофізарного ланцюга, навіть із неможливістю надалі створити двофазний МЦ.

З метою профілактики АМК ПП прогестагени і гестагени у підлітковому віці рекомендовано призначати при ендометрії $d > 8$ мм; при тенденції до гіперплазії ендометрія ($d > 12$ мм) більш доцільне застосування прогестагенів (норетистерону, лінестренолу).

Протирецидивну терапію АМК ПП проводять прогестагенами (наприклад норетистероном 5 мг 2 рази на добу з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж трьох МЦ) та гестагенами (дидрогестерон або мікронізований прогестерон сублінгвальний мінімальною терапевтичною дозою з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3-6 МЦ).

Застереження при використанні прогестагенів і гестагенів: необхідний контроль товщини ендометрія (за допомогою УЗД), зміни перебігу МЦ та

тривалості менструальної кровотечі. Після припинення гормонотерапії більш надійним у профілактиці рецидивів порушень МЦ є призначення фітотерапевтичних засобів протягом двох циклів. Лікування гестагенами припиняють поступово: спочатку зменшують тривалість із 10 до 5 днів, надалі знижують дозу препарату до мінімальної терапевтичної. В останньому МЦ, в якому призначаються гестагени, гормонотерапію слід поєднати з одним із фітотерапевтичних засобів (Мастодинон, Циклодинон).

У разі неефективності проведеного лікування, тобто рецидиву кровотечі, слід провести додаткове клінічне обстеження та відновити надання допомоги з урахуванням отриманих результатів. З великою обережністю потрібно підходити до призначення гормональних препаратів у пубертатному періоді при нестійкості регуляторних механізмів. Неправильний вибір цих лікарських засобів може спричинити глибокі негативні зміни обміну речовин та призвести до розвитку метаболічних порушень, вегетосудинної дисфункції, захворювань молочних залоз (фіброзно-кістозна хвороба), гірсутності, вірилізації, порушень функції шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи, розладів згортаючої системи крові, загострень екстрагенітальних захворювань. Інколи при використанні гормонів формується залежність функції клітин від їх прийому, яка подібна до наркотичної. При відсутності ліків клітини не функціонують, що призводить до синдрому гіпергальмування, вторинної аменореї, зупинки розвитку статевої системи.

Критерії ефективності лікування АМК ПП: встановлення регулярного двофазного МЦ, тривалість якого відповідає нормі; відсутність анемії, а також рецидиву кровотеч протягом року.

Встановлення правильної тактики ведення пацієток з АМК ПП залежить від правильної діагностики причин кровотечі, вибору напрямку лікування з урахуванням усіх можливих негативних впливів. Головною помилкою у веденні таких пацієток є призначення лікувальних заходів без попереднього обстеження, а надалі – відсутність контролю за результатами його застосування та ефективності. Особливо це стосується гормональних препаратів.

Планування сім'ї для різних категорій населення та відповідно до періодів життя (наказ №59 від 21.02.2014р.)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Методи контрацепції для	Вагітність у підлітковому віці завжди непланована.	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого

<p>підлітків та молоді.</p>	<p>Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних).</p>	<p>виховання, запобігання непланованої вагітності та ІПСШ.</p> <p>2. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – відсутність сексуальних контактів.</p> <p>3. Запропонувати методи контрацепції:</p> <p>Презерватив:</p> <ul style="list-style-type: none"> - захищає від ІПСШ/ВІЛ; - використання просте та без візиту до лікаря; - не має побічних ефектів. <p>КОК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Подвійний метод (одночасне застосування КОК з презервативом).</p> <p>ВМК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не пропонувати підліткам та молодим жінкам, які не народжували і не мають одного статевого партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Методи розпізнавання фертильності:</p> <ul style="list-style-type: none"> - можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані використовувати цей метод і мають одного партнера; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ. <p>Невідкладна контрацепція:</p> <ul style="list-style-type: none"> - висока ефективність; - не можна використовувати як регулярну контрацепцію, тільки для
-----------------------------	---	---

		епізодичного використання нерегулярним статевим життям; - не захищає від ІПСШ/ВІЛ.	3
--	--	---	---

Ще у двохтисячних роках третина країн світу запровадила щеплення проти ВПЛ у національний графік вакцинацій. Щоправда, існує велика нерівномірність щодо застосування цих програм. Серед країн із високим рівнем доходу щеплення від папіломи робить 70% підлітків. Із середнім прибутком – 20%. І лише 3% хлопців і дівчат вакцинується у країнах із низьким доходом. Традиційно, причина полягає у фінансових і соціальних проблемах.

Види вакцин від папіломовірусу:

- «Cervarix» – рекомбінантна вакцина, виготовлена із високоочищених неінфекційних вірусоподібних часток (ВПЛ) основного капсидного білка (L1) оболонки ВПЛ 16-го та 18-го типу;
- «Gardasil-4» – ад’ювантна неінфекційна рекомбінантна квадριвалентна вакцина, яка захищає від ВПЛ 6, 11, 16 та 18 типів;
- «Gardasil-9» – ад’ювантна неінфекційна дев’ятивалентна рекомбінантна вакцина проти вірусу папіломи людини (захищає одразу від 9 видів: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

Щеплення цими вакцинами запобігає наступним захворюванням:

- рак шийки матки. Якщо жінка не була інфікована ВПЛ та вакцинувалася до 25 років, то ефективність захисту складає 98-100%;
- передпухлинні стани та злоякісні новоутворення вульви та піхви;
- анальний рак у жінок і чоловіків;
- генітальні кондиломи, передракові або диспластичні стани;
- цервікальна внутрішньоепітеліальна неоплазія вульви, піхви, анального каналу різних ступенів тощо.

Однак, пам’ятаємо, що зазначені ВПЛ-вакцини захищають максимум від 9 типів ВПЛ, а саме високоонкогенними є 15 видів.

Проведення вакцинації від ВПЛ

Аби досягти найбільшого ефекту, щеплення від папіломавірусу треба робити до початку статевого життя. Дослідження доводять, що імунітет тримається близько 10 років. В ідеалі за цей час людина знаходить постійного сексуального партнера та створює сім’ю. Тож, після цього, навіть за умови зниження імунітету, ризик зараження ВПЛ буде мінімальним.

Загалом же щеплення проти вірусу папіломи людини рекомендовано як дівчатам, так і хлопцям віком від 9 років до 45 років («Cervarix» використовується лише до 25).

Вакцинація від ВПЛ проводиться за допомогою внутрішньо м’язової ін’єкції у плечову ділянку двома або трьома дозами протягом пів року.

Ревакцинація (повторна вакцина від папіломи) не робиться. Щеплення від ВПЛ проводиться ТІЛЬКИ після попереднього огляду лікаря. Здавати аналіз крові або проходити обстеження на ВПЛ перед вакцинацією не потрібно. Як бачимо, убезпечити себе від інфікування ВПЛ можливо. Пам'ятайте, що так зване «ВПЛ щеплення» або «щеплення ВПЛ» має профілактичний характер, а не лікувальний. Щеплення допоможе не допустити зараження організму певними типами вірусу, а от зупинити ті процеси, що вже запущені, на жаль, – ні.

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;

- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

Клінічне обстеження молочних залоз:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрію, втяжиння тощо);
- 9) обстежити тканину молочних залоз за годинниковою стрілкою чи по квадрантам та визначити її щільність, однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень;
- 10) при виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, співвідношення з тканиною молочної залози, болісність;
- 11) провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках;
- 12) визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз;
- 13) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 14) подякувати пацієнтці;
- 15) зняти оглядові рукавички;
- 16) вимити руки.

- Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- Провести консультування дівчат та підлітків з питань статевого дозрівання.
- Оцінити пацієнтку.
- Підібрати обстеження, тактику ведення та лікування дівчинкам з порушеннями менструальної функції.
- Провести консультування з контрацепції для підлітків.
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.

- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

- **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.**

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 13 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на болі внизу живота, що з'явилися приблизно 6 місяців назад. Болі повторюються щомісяця, тривають 2-3 дні. Два місяці назад пацієнтка з приступом болю була госпіталізована в хірургічне відділення з підозрою на гострий аппендицит, діагноз якого надалі не підтвердився. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: дитячі інфекції, гострий пієлонефрит. Ма2-3Ах2Р2Ме0. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, при розведенні статевих губ виявляється напружена незаймана пліва синюватого кольору. При УЗД визначається нормальних розмірів матка і розташоване нижче неї рідинне утворення розміром 110х70мм (гематокольпос).

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Атрезія гімена. Гематокольпос. Показано хірургічне лікування – розтин гімена.

2. Пацієнтка 15 років звернулася до дитячого гінеколога зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, крижах, головний біль, нудоту, блювоту, понос, що починаються одночасно с початком менструальних кровотеч і тривають перші два дні менструації. Хвора в ці дні не працездатна. Росла і розвивалась нормально. В анамнезі: коклюш в шість років. Менструації з 13 років, перші 1,5 роки не регулярні, в останній час по 4-5 днів через 28, помірні, болісні. Ма3Ах2Р2Ме03. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволосіння на лобку за жіночим типом, гімен не порушений, при ректоабдомінальному дослідженні: розміри матки відповідають віку, придатки з обох боків без патологічних змін.

Попередній діагноз?

Тактика ведення?

Відповідь: Альгодисменорея. Дообстеження для виключення анатомічних причин розвитку больового синдрому під час місячних. Симптоматична терапія інгібіторами простагландинів.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2019р.) Жінка 32-х років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на хронічний тазовий біль, який підсилюється під час менструацій, диспареунію, кровомазання напередодні та після менструації. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді у дзеркалах: на шийці матки 2 кісти діаметром 3 і 5 мм синьо-багрового кольору, з яких виділяється темно-

коричнева рідина. При бімануальному дослідженні: тіло матки шароподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, болісне при пальпації. Придатки з обох боків без особливостей. Лікаря проінформовано, що у найближчий час народження дитини не планується. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

- A. Контрольована гіперстимуляція яєчників
- B. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*
- C. Призначення андрогенів
- D. Хірургічне втручання
- E. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

2. (2008р.) Жінку 26-ти років, що народжувала 7 місяців тому, протягом останніх двох тижнів непокоїть нудота, блювання вранці, сонливість. Годує грудьми, менструацій не було. Від вагітності не застережувалася. Який з методів доцільно застосувати для уточнення діагнозу?

- A. Ультразвукове дослідження*
- B. Ро-графія органів малого тазу
- C. Пальпація молочних залоз і видавлювання молока
- D. Дворучне піхвове дослідження
- E. Дослідження за допомогою дзеркал

4. Підведення підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувачі вищої освіти який вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувачі вищої освіти добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувачі вищої освіти недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувачі вищої освіти не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ ІV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерета В.Г., Волянська А.Г.-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах. - Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.
3. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – «Медицина» 2021. – 464 с.
4. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.
5. Уніфіковані клінічні протоколи первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з акушерства, гінекології та педіатрії <https://www.dec.gov.ua/>

Додаткова:

1. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
2. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
3. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
4. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. Том 1 / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання «Медицина», 2019. - 392с
5. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
6. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
7. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021
8. Медицина за Девідсоном: принципи і практика. Том 3/за ред.Стюарта Г. Ралстона, Яна Д.Пенмана, Марка В.Дж.Стрекена, Річарда П.Гобсона. - «Медицина», 2021. – 664с.
9. Гінекологія. Пирогова В.І., Булавенко О.В. та ін. – «Нова книга», 2023. – 400с.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>

