

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

*Факультет медичний*  
*Кафедра акушерства та гінекології*



**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ  
«01» вересня 2023 р.

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

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Дитяча гінекологія»

**Практичне заняття №7. Тема: «Питання контрацепції у підлітків.  
Вагітність у неповнолітніх».**

**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.

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології



Бикова Н.А.

## Практичне заняття №7

**Тема: «Питання контрацепції у підлітків. Вагітність у неповнолітніх».**

**Мета:** Навчити підбору методу контрацепції у підлітків, особливостям перебігу вагітності та пологів у юнацькому віці.

**Основні поняття:** Методи контрацепції у підлітків. Особливості підбору та застосування різних методів контрацепції у підлітковому віці. Особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду.

**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).**

В даний час біологічне дорослішання підлітків відбувається раніше, ніж у попередніх поколінь. За даними ВООЗ середній вік першого контакту серед хлопчиків складає 16,1, серед дівчаток 15,0 років. За даними 2020 року зафіксовано 61 тис. 48 абортів, з яких 42 тис. 44 зробили жінки у віці 20-34 років, 1 тис. 835 – у віці 18-19 років, 538 – у віці 15-17 років. Дівчата до 14 років зробили 35 абортів і це тільки офіційні дані. У зв'язку з цим стає зрозумілим, чому проблема контрацепції у підлітків заслуговує особливої уваги.

Проблема підліткової вагітності не належить виключно до сфери охорони здоров'я, це соціальна проблема, глибоко пов'язана з питаннями соціально-економічного розвитку країни, гендерної рівності, бідності, криміногенною ситуацією та станом освіти.

У світі щороку приблизно 16 мільйонів дівчаток у віці 15-19 років народжують дітей. Ускладнення під час вагітності і пологів продовжують бути однією з основних причин смертності серед дівчат-підлітків у віці 15-19 років у небагатих країнах. Серед дівчат-підлітків та молодих жінок спостерігається високий рівень захворюваності та смертності в результаті нелегальних абортів. За статистикою, загалом показники завмирання

вагітності та мертвонародження є вдвічі більшими для немовлят, народжених матерями молодшими за 20 років, у порівнянні з матерями у віці 20-29 років.

## **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:

- 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 консультування з питань дитячої та підліткової гінекології;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування з питань вибору різних методів контрацепції;
  - оцінка показань та протипоказань до методів контрацепції;
  - загальний огляд перебігу вагітності та пологів у підлітковому віці;
  - оцінка пацієнтки;
  - необхідне обстеження, яке проводиться перед прийняттям рішення щодо використання конкретного методу лікування;
- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

**Питання:**

1. Класифікація контрацептивів?
2. Механізм дії, ефективність, види гормональної контрацепції?
3. Опишіть режим прийому оральних контрацептивів?
4. Що являє собою “подвоєний голандський” метод контрацепції?
5. На чому заснований механізм дії внутрішньоматкових контрацептивів?
6. Опишіть недоліки внутрішньоматкової контрацепції, протипоказання для її використання?
7. Механізм дії, ефективність, переваги, показання, інструкції використання бар’єрних засобів контрацепції та сперміцидів?
8. Кому показане проведення добровільної хірургічної стерилізації, види добровільної хірургічної стерилізації?
9. Механізм дії, ефективність, види, інструкції використання невідкладної контрацепції?

10. Особливості перебігу вагітності у підлітків?

11. Ускладнення під час пологів в підлітковому віці?

### **Типові ситуаційні задачі:**

1. Хвора 17 років доставлена у стаціонар «Швидкою допомогою» зі скаргами на переймисті болі внизу живота, рясні, зі згустками кров'янисті виділення зі статевих шляхів, слабкість; АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 90 ударів за 1 хв, температура тіла 36,9 °С. Остання менструація — 2 міс. тому. Живе статевим життям, від вагітності не застерігається. При піхвовому обстеженні: шийка матки не ерозована, ціанотична. Симптом «зіниці» негативний, зовнішнє вічко пропускає палець. Матка збільшена до 6 тиж. вагітності, безболісна. Придатки з обох боків не визначаються. Склепіння вільні, безболісні.

Завдання: Який діагноз найвірогідніший?

Відповідь: Вагітність 6 тиж. Неповний самовільний викидень.

2. Дівчина 16 років звернулась до сімейного лікаря з питанням «Як запобігти небажаній вагітності?». З анамнезу: статевий акт відбувся десь 12-14 годин тому. Під час статевого акту розірвався презерватив. Партнер малознайомий.

Завдання: Що повинен рекомендувати лікар?

Відповідь: Для запобігання вагітності потрібно негайно випити постінор за схемою. В разі затримки менструації звернутись до гінеколога для виключення вагітності. Окрім того потрібно буде зробити тести на ВІЛ, RW, ЗПСШ.

### **Типові тестові завдання:**

1. Дівчина, 18 років, живе регулярним статевим життям. Статеві партнери різні. Менструальний цикл регулярний, менструації безболісні, помірні. Який метод контрацепції для неї найкращий?

- A. Внутрішньоматковий
- B. КОК, презервативи
- C. Хірургічний
- D. Бар'єрні
- E. ПІК

2. Пацієнтка С. 17 років з явищами гіпертрихозу звернулася до підліткового гінеколога з метою призначити їй один із методів контрацепції. В анамнезі: оперативне лікування фолікулярної кісти яєчника в 16 років. На даний момент діагностовано, за ультразвуковими ознаками, полікістоз яєчників. Який із гормональних контрацептивів рекомендований пацієнтці?

- A. Діане-35

- В. Триквілар
- С. Нон-овлон
- Д. Постинор
- Е. Мирена

Правильна відповідь 1-В, 2-А

### **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 з методів контрацепції.

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

#### **Нетипові ситуаційні задачі:**

1. Пацієнтка 16 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. Має регулярні статеві стосунки з одним партнером. Менструації з 13 років, перші 1,5 роки не регулярні, в останній час по 4-5 днів через 28, помірні, болісні. 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.

Завдання: Попередній діагноз? Який метод контрацепції доцільно призначити?

Відповідь: Альгодісменорея. КОК.

2. До сімейного лікаря звернулася 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: Чи доцільно використання внутрішньоматкової спіралі з метою контрацепції у даному випадку?

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.  
Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

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

### **Нетипові тестові задачі:**

1. Дівчина, 16 років, має нерегулярні статеві стосунки. Партнери різні. Під час гінекологічного огляду патології не виявлено. Який метод контрацепції для неї найкращий?

- A. Внутрішньоматковий
- B. Імпланти
- C. Хірургічний
- D. Презервативи
- E. КОК

2. Хвора 17 років доставлена у стаціонар «Швидкою допомогою» зі скаргами на раптові болі внизу живота, слабкість; АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 110 ударів за 1 хв, температура тіла 36,9 °С. Остання менструація — 6 тижнів тому. Живе статевим життям, від вагітності не застерігається. При піхвовому обстеженні: шийка матки не ерозована, ціанотична. Матка збільшена до 6 тиж. вагітності, безболісна. Придатки справа різко болючі. Пальпація утруднена за рахунок болючості на натруги м'язів у нижніх відділах живота. Який діагноз найвірогідніший?

- A. Дисфункціональна маткова кровотеча
- B. Запалення придатків матки
- C. Неповний аборт
- D. Порушена позаматкова вагітність
- E. Апоплексія яєчника

Правильна відповідь 1-Д, 2-Д

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

Згідно з рекомендаціями ВООЗ «Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції» (2004), підлітки можуть застосовувати будь-який протизаплідний метод і повинні мати велику свободу вибору в цьому питанні. Сам по собі вік не є достатньою підставою для обмеження їх доступу до того чи іншого методу контрацепції.

Дослідження, проведені у багатьох країнах, показали, що у 84% випадків вагітність серед жінок віком до 20 років є незапланованою. Згідно зі статистичними даними, в Україні на операцію переривання вагітності змушена йти молода жінка в кожному десятому випадку. Крім того, вагітність

серед підлітків є основною причиною, через яку вони залишають навчання. Бесіди з такими пацієнтками слід спрямувати на вирішення таких важливих питань, як здоровий спосіб життя, статеве виховання, психологічні моменти (мораль і поведінка), а також ризик зараження ЗПСШ.

Консультант повинен обговорити з дівчиною можливі медичні проблеми, пов'язані з раннім початком статевого життя: ризик виникнення раку шийки матки, пряма залежність частоти ЗПСШ від кількості сексуальних партнерів. Для підлітків, які мають статеві відносини, консультацію з питань контрацепції слід починати з бесіди про те, що найбільш надійним способом уникнення вагітності є відсутність сексуальних контактів. Потрібно пояснити, що секс означає більше, ніж просто статевий акт, і відсутність сексуальних відносин – найкращий захист від ЗПСШ.

Дівчину необхідно заспокоїти і пояснити, що різні методи контрацепції можуть бути допустимі тією мірою, в якій вони здатні запобігти вагітності. Вік, соціальні чинники і сексуальний досвід підлітків ускладнюють призначення їм протизаплідних засобів, тим більше що за відсутності ідеального методу контрацепції дуже важко зробити правильний вибір. У той час як деякі спеціалісти висловлюють сумніви з приводу можливості застосування певних контрацептивних засобів підлітками (наприклад ін'єкційних контрацептивів прогестагенового ряду особами віком до 18 років), такі сумніви слід зіставляти з потенційно позитивним ефектом, пов'язаним із запобіганням ранній вагітності. Імовірно, що більшість рекомендацій щодо правильного використання методів контрацепції для пацієнтів зрілого віку є також прийнятними і для підлітків.

Таким чином, контрацепція у неповнолітніх – дуже делікатна сфера консультування. Засоби контрацепції для підлітків розділяють на:

- бажані (презервативи, гормональні контрацептиви);
- застосовувані (сперміциди);
- менш популярні (методи природного планування сім'ї);
- використовувані в крайніх випадках (невідкладна контрацепція).

Презерватив вважається найкращим засобом контрацепції для молоді.

Основними позитивними якостями використання презервативів є:

- захист від ЗПСШ, у т.ч. СНІДу;
- відсутність побічних ефектів;
- можливість застосування без призначення лікаря;
- простота використання;
- низька вартість.

Недоліки даного способу контрацепції:

- дискомфорт;
- алергічні реакції на латекс;
- залежність від партнера;
- недостатня надійність.



Перераховані недоліки значною мірою впливають на популяризацію цього способу контрацепції. Однак для підлітків, які мають нечасті статеві контакти, такий метод має бути переважачим, оскільки є одним із засобів профілактики ЗПСШ. Цей факт необхідно підкреслювати під час бесіди з молодими особами. У разі правильного використання презервативи є достатньо ефективними (теоретична ефективність 90-95 %, а практична – 90 %).

Пероральні контрацептиви.

Останніми роками спостерігається значний прогрес у розробленні безпечних та ефективних комбінованих оральних контрацептивів (КОК) зі зниженими дозами естрогенів. Також широко впроваджуються прогестагени нового покоління. Сьогодні вважається, що ідеальний контрацептив не повинен впливати на обмін жирів та вуглеводів, а також на гемостаз, і будь-які зміни відповідних показників розцінюють або як побічні ефекти, або як ускладнення.

Незважаючи на значну кількість публікацій щодо призначення КОК жінкам репродуктивного віку, даних стосовно застосування цих препаратів молодими і юними особами недостатньо. Із багатьох причин вирішення питання призначення пероральної контрацепції цій групі населення є особливо важливим. Клінічними спостереженнями і багаторічним досвідом дослідників з країн Європи та США доведено, що КОК – найефективніший метод контрацепції серед здорових дівчат-підлітків. Однак серед цього контингенту відзначено й особливі труднощі у використанні КОК. Порівняно з жінками старшого віку підлітки частіше забувають приймати таблетки або передчасно припиняють їх вживання у разі появи небажаних побічних ефектів, таких як міжменструальні виділення, нудота тощо.

При призначенні КОК слід враховувати:

- сімейний анамнез;
- індивідуальний анамнез, включаючи характер менструації і частоту статевих зносин;
- початок регулярних менструацій;
- екстрагенітальні захворювання, в т.ч. серцево-судинні, цукровий діабет,
- порушення гемостазу, гепатит тощо;
- ризик вагітності залежно від вибору контрацептивного методу.

Значні переваги застосування КОК підлітками полягають у зниженні частоти надмірних менструальних кровотеч, дисменореї, порушення менструального циклу, ризику розвитку фолікулярної кісти яєчника, анемії, ендометріозу, *аспе vulgaris* (вугрового висипу). Серед побічних ефектів КОК відмічаються нудота, головний біль, набрякання молочних залоз, збільшення маси тіла. Слід зазначити, що такі побічні ефекти, як нудота і головний біль, з'являються не частіше ніж в 1 % випадків. Підвищену увагу привертає

проблема збільшення маси тіла, що може бути основною причиною відмови від цього методу контрацепції.

Підлітки більшою мірою, ніж інші групи населення, стурбовані своїм зовнішнім виглядом, і збільшення маси тіла ними може сприйматися різко негативно. Згідно з результатами ряду досліджень, при використанні КОК третього покоління збільшення маси тіла відмічається лише у 1,4 % молодих пацієнток. Загалом же побічні ефекти трапляються у 4,4 % дівчаток, що змушує їх відмовитися від застосування КОК.

Використання пероральних контрацептивних таблеток набуває популярності серед підлітків, тому що вони не впливають на сексуальну активність і забезпечують високий протизаплідний ефект. Показник неефективності (індекс Перля) у дівчат-підлітків дещо вищий, ніж у жінок зрілого віку, що пов'язано з помилками (пропусками) у застосуванні ними КОК. У кожних шести зі 100 жінок віком до 22 років, які приймають КОК, настає вагітність протягом першого року їх застосування. Слід зазначити, що кількість невдач контрацепції у 4 рази більша у тих, хто використовує презервативи, і в 6-7 разів – у тих, хто застосовує сперміциди.

З цієї причини значна частина сексуально активних підлітків вибирають КОК. Разом із тим більшість з них віддають перевагу поєднаному застосуванню КОК і презервативів, оскільки останній захищає від ЗПСШ (голландський подвійний метод контрацепції).

Сучасні сперміциди складаються з двох компонентів: хімічної речовини, що інактивує сперму, і так званої основи або носія. Обидва компоненти відіграють важливу роль у забезпеченні контрацептивного ефекту. Носій обволікає шийку матки, в результаті чого зменшується її контакт зі спермою. Сьогодні відомо понад 60 хімічних речовин і сполук з доведеною сперміцидною активністю. Найбільш вивченими серед них є бензалконію хлорид, октоксинол і менфегол. Невідкладна контрацепція. На перший погляд, цей метод пероральної гормональної контрацепції є прийнятним для підлітків, тому що незаплановані статеві контакти у них бувають досить часто.

Однак його не слід рекомендувати як регулярну контрацепцію. Метод ефективний лише протягом 72 год після статевого контакту. Дівчинка-підліток обов'язково повинна проходити обстеження на наявність вагітності. Такий візит може стати приводом для інших рекомендацій з питань контрацепції.

Одним із препаратів невідкладної контрацепції є гестагенний гормональний контрацептив для системного застосування – ескапел, одна таблетка якого містить 1,5 мг левоноргестрелу. Показання до використання ескапелу: термінова пероральна контрацепція в перші 72 год після статевого акту, під час якого жодний з протизаплідних засобів не використовувався або застосований метод не був досить надійним. Таблетки ескапел можна приймати в будь-який день менструального циклу за умови, що попередня менструація пройшла нормально. Протипоказання до використання ескапелу: підвищена чутливість до компонентів препарату, вік до 16 років, вагітність

(встановлена чи підозрювана), період грудного вигодовування. Прийом таблетки ескапел не є протипоказанням для продовження регулярного використання перорального гормонального протизаплідного засобу. Слід зазначити, що застосування екстрених контрацептивів не виключає необхідності захисту від венеричних захворювань.

Внутрішньоматкова контрацепція (ВМК). Переваги цього методу запобігання незапланованій вагітності широко відомі. Однак у дівчат-підлітків при його використанні існує високий ризик виникнення запальних захворювань статевих органів. Ризик підвищується зі збільшенням кількості статевих партнерів, що часто відзначається в молодому віці. Крім того, ВМК не лише не захищає від ЗПСШ, а навіть, навпаки, різко підвищує небезпеку їх розвитку. Велика кількість експульсій, больовий синдром та збільшення кількості менструальної крові у багатьох випадках зумовлюють неприйнятність цього методу контрацепції для дівчаток.

Підлітки вважаються проблемною групою населення. Якщо молода жінка звертається зі своїми проблемами, їй достатньо надати одну консультацію. Коли ж звертається дівчина підліткового віку, необхідно зробити все, щоб така пацієнтка не випала з поля зору, провести просвітницьку роботу, у т.ч. забезпечити потрібною інформацією щодо існуючих методів запобігання небажаній вагітності.

Досвід багатьох країн світу показує, що консультування підлітків з питань сексуальної поведінки і контрацепції знижує ризик появи порушень їхнього здоров'я та настання непланованої вагітності.

Велике навантаження на незрілий, незміцнілий організм, обумовлене вагітністю, є серйозним випробуванням.

Вагітність у дівчаток молодше 8 років стає можливою у разі прискороного статевого дозрівання. У віці від 9 до 16 років вагітність може настати навіть у випадках, коли динаміка статевого дозрівання не випереджає норму.

Класифікація вагітності. Розрізняють вагітність, що виникла до періоду статевого дозрівання (віолентна овуляція відбувається задовго до пубертатного періоду) і вагітність у вже набула пубертатного періоду. У цих двох групах особливості перебігу вагітності та пологів і, природно, тактика їхнього ведення суттєво відрізняються. Зокрема, при вагітності та пологах у період статевого дозрівання відзначається менше ускладнень, ніж у молодшому віці.

Крім того, підлягають розмежуванню випадки вагітності, що виникла у дівчаток без ознак передчасного статевого дозрівання (з одного боку) та у тих, у яких вони є (з іншого). При передчасному статевому дозріванні вагітність частіше виникає при істинному варіанті, ніж при патологічному (на ґрунті пухлини тощо).

Вплив вагітності на організм дівчинки. Немає сумніву, що вагітність, якщо вона настала в юному віці, прискорює процеси соматичного та статевого

дозрівання. Секреція естрогенів та прогестерону не поступається такою у дорослих вагітних жінок.

Особливо наочними є зміни кісткового таза, який за час вагітності у 13-15-річних може досягти розмірів, характерних для 16-18 років. Втім, зовнішня кон'югата збільшується повільніше від інших зовнішніх розмірів. З молодих первородних у 10,7 % пологи протікають за наявності анатомічно звуженого таза; в той же час більшою мірою, ніж у дорослих жінок, виражені гідрофільність та еластичність зв'язкового апарату, симфізу та хрящових зон. Все це забезпечує деяку податливість кісткового кільця.

Доводиться спостерігати, як у дівчинки без виражених вторинних статевих ознак до вагітності вони з'являються навіть у тому випадку, якщо вагітність була перервана в ранні терміни.

Щодо психічних реакцій юних вагітних, то вони, за нашими спостереженнями, відповідають віку, але не випереджають його. Психопатії та психози спостерігаються рідко, здебільшого при згвалтуванні (реактивний психоз). Ряд характерологічних характеристик, що виявляються у цій групі, пояснюється недоліками виховання. Так, опитавши 79 неповнолітніх вагітних, констатували переважання у них незалежного характеру, схильності до експериментування, непрактичності, убогості емоційного світу, невихованості.

Особливості перебігу вагітності у юнацькому віці. Вагітність протікає, як правило, сприятливо. Тривалість її - 38-0,9 тижнів, тобто трохи менше, ніж у дорослих жінок. Недоношування становить 3%. Переношування майже не спостерігається. Багатоплідна вагітність у юних зустрічається рідше (1: 100), ніж у старших вікових групах.

Ранній токсикоз діагностується не дуже часто. Ускладнення вагітності пізнім токсикозом спостерігається, за даними літератури у 46-65,29%.

Згідно з думкою цитованих авторів, вагітність у юному віці ускладнюється взагалі у 40-70 %.

**Діагностика ранньої вагітності.** Діагностика вагітності в юному віці ґрунтується на виявленні тих же передбачуваних, ймовірних та безперечних ознак, що й у дорослих жінок, проте діагноз встановлюється нерідко із запізненням, тобто з появою саме достовірних ознак.

Основною перешкодою для правильної та своєчасної діагностики постає сама юна вагітна, яка через низку обставин або не підозрює про вагітність, або приховує появу сумнівних (суб'єктивних) ознак вагітності. Іноді вперше дізнається про вагітність людина, якій дівчинка особливо довіряє: шкільна вчителька, піонервожата і т.д. Нерідко першим діагноз вагітності ставить дільничний педіатр під час огляду та пальпації живота. Діагностичні помилки при встановленні вагітності в юному віці – явище досить поширене. Ще на етапі ознайомлення з анамнезом до лікарської помилки наводять запевнення родичів, які супроводжують дівчинку, про те, що «вагітність тут неможлива».

Цілість цноти або відсутність її цілості не мають вирішальної діагностичної цінності. Характерно, що у першому триместрі вагітності відзначаються недостатнє розм'якшення матки, деяке відставання її величини від термінів затримки місячних та помірна вираженість групи ймовірних ознак, заснованих на констатації розм'якшення перешийка. Окрім загальноприйнятих клінічних методів діагностики, не слід забувати про існування таких додаткових методів, як визначення плацентарного лактогену, хоріонічного гонадотропіну, оглядова рентгенографія живота, ультразвукова діагностика, фоно- та електрокардіографія плода.

У процесі диференціальної діагностики виникає необхідність відрізнити вагітність від наступних захворювань: аномалій розвитку матки, опущення нирки, пухлини малого таза або черевної порожнини, ожиріння (нерідко супроводжується аменореєю), первинної позаматкової вагітності (частіше у правій матковій трубі).

Ведення вагітності. Сам факт встановлення діагнозу вагітності накладає на лікаря додаткову відповідальність за долю юної матері та її дитини. Насамперед доводиться вирішувати питання про можливість доносити вагітність та народити з мінімальними збитками для здоров'я. Рішення має бути суворо індивідуальним. Визначальними є вік дівчинки та термін вагітності. Стереотипні рішення, спрямовані, скажімо, на безумовне переривання вагітності, можуть завдати шкоди, оскільки бувають ситуації, особливо у другому триместрі, за яких ризик, пов'язаний із перериванням, перевищує шкоду здоров'ю від навантаження, зумовленого виношуванням плода та пологам.

У здорових дівчат 15-17-річного віку у першому триместрі переважно позитивне вирішення питання про залишення вагітності, тому що вагітність та пологи проходять, як правило, благополучно. Водночас небезпека ускладнень, пов'язаних із штучним абортom у юному віці, більша, ніж у дорослих жінок. За наявності важких захворювань або виникнення ускладнень, що загрожують здоров'ю, відбувається переривання вагітності за відповідними показаннями.

Якщо школярка доношуватиме вагітність, то відвідування школи небажане з етичних та педагогічних міркувань. Крім того, навчальне навантаження несприятливо відбивається на становленні гестаційної домінанти і може стати етіологічним моментом у розвитку пізнього токсикозу вагітних. Не можна забувати і про те, що необхідність частої госпіталізації також не сприяє продовженню навчання.

Дівчинка встає на облік у жіночій консультації та періодично (не менше 3 разів протягом вагітності) надходить у допологове відділення, де проводиться поглиблене спостереження за станом її здоров'я та розвитком внутрішньоутробного плода. При необхідності проводяться профілактичні чи лікувальні заходи; зокрема, ліквідуються осередки латентної інфекції та санується піхву. Особлива увага у стаціонарі приділяється фізіо-психо-

профілактичній підготовці до пологів, оскільки в жіночій консультації це здійснити важко.

З огляду на те, що в юному віці пологи настають на 1-2 тижні раніше, ніж у дорослих жінок, останнє приміщення в стаціонар має проводитися не пізніше терміну 36-37 тижнів вагітності. За цей час проводиться чергове обстеження, здійснюється підготовка до пологів та складається план їх ведення.

**Протягом пологів.** Перебіг і результати пологів суттєво залежать від приналежності дівчинки до певної вікової групи. Якщо у 14 років і менше відсоток важких ускладнень великий (15), то групі 15-17 років відсоток ускладнень різко знижується (1-2).

У породіль віком до 14 років можна окреслити таку структуру основних ускладнень під час пологів:

а) клінічна невідповідність між головкою плода та тазом матері, б) слабкість родової діяльності, в) травми родових шляхів, г) гіпотонічну кровотечу (перераховані в порядку спадання). /p>

Водночас у породіль 15-17 років структура ускладнень дещо інша:

а) швидкі пологи, б) первинна слабкість пологової діяльності, в) розриви шийки матки та промежини, г) гіпотонічну кровотечу.

Таким чином, більшість ускладнень зобов'язана своїм генезом порушення скорочувальної здатності матки, обумовленої як незрілістю регулюючих ланок, і неповноцінністю виконавчих тканин (міометрія). Ведення пологів. Розродження юних вагітних слід проводити у висококваліфікованих установах, бажано в тих, де є фахівці з відповідним досвідом та цілодобова анестезіологічна та педіатрична служби. Від лікаря та акушерки вимагається особливий підхід до юної породіллі, продиктований необхідністю зважати на незвичайність становища, емоційну лабільність, низький поріг больової чутливості та постійну загрозу ускладнень для матері та плода.

У перший період пологів паралельно ретельному контролю за динамікою структурних змін шийки матки (переважні зовнішні прийоми, наприклад спосіб Роговина) необхідно призначати засоби, що діють спазмолітично, зменшують тим самим больові відчуття. Застосування анестезії ґрунтується на достатньому виборі засобів. Широке використання знеболювальних засобів не виправдане в тих випадках, коли велика можливість виникнення клінічної невідповідності між головкою плода та тазом матері. З цих міркувань протипоказано призначення сильних стимулюючих матку засобів.

Оперативні втручання серед юних породіль робляться не частіше, ніж зазвичай у клінічній практиці: перинеотомія – у 12%, акушерські щипці – у 1%, кесарів розтин – у 0,5%. Вакуумекстракція плода взагалі не застосовується. Ті автори, які вказують на високу захворюваність юних

вагітних пізнім токсикозом, природно, наводять високий відсоток оперативного розродження (17-22%).

У вагітних віком до 14 років (особливо молодших 12) доводиться частіше, ніж у старшому віці, схилитися до розродження шляхом кесаревого розтину в плановому порядку на термін 39-40 тижнів. Визначальними обставинами стають розміри таза, характер передлежання, ймовірна маса плоду та стан здоров'я дівчинки. За 1-3 години до виробництва кесаревого розтину розкривається плодовий міхур. Цим досягається поступовість спорожнення матки і, отже, профілактика гіпотонічної кровотечі та лохіометри.

Якщо лікар має надію на спонтанне завершення пологів, то спочатку він веде пологи консервативно; надалі поява ускладнень змушує приступити до оперативного розродження. При сучасній анестезії кесарів розтин становить для вагітної молодше 14 років не більший ризик, ніж, наприклад, розродження *per vias naturales* або плодоруйнівна операція. До того ж під час обжерливості вдається зробити ревізію органів малого таза, зокрема оцінити стан яєчників.

Переведення в післяпологове відділення після спонтанних пологів та огляду м'яких родових шляхів проводиться, як правило, не через 2-4 год, а через 10-12 год через побоювання не помітити початок гіпотонічної кровотечі.

У післяпологовому періоді питання годування груддю вирішується по-різному, залежно від планів опікунів, усиновлювачів дитини. Стосовно породіль молодших 14 років і старших, які відмовляються від дітей, застосовуються заходи, що припиняють лактацію. Надалі відвідування дівчинкою того ж колективу учнів, очевидно, не можна вважати виправданим з педагогічної точки зору.

Таким чином, вагітність пред'являє додаткові вимоги до всіх органів та систем юної вагітної, які через вікові особливості перебувають у стані функціональної напруги. Наш досвід переконує в тому, що ретельне спостереження за такими вагітними в умовах жіночої консультації та особливо стаціонару, своєчасна та цілеспрямована корекція помічених відхилень, а також дбайливе ведення пологів закономірно забезпечують зниження кількості ускладнень.

### **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, втяжіння 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 методів контрацепції.
- Провести консультування вагітної в підлітковому віці.
- Провести зовнішнє акушерське обстеження.
- 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. Вагітна 14 років поступила в приймальне відділення зі скаргами на перейми кожні 2-3 хвилини по 30-40 с. Вагітність доношена. Під час зовнішнього акушерського дослідження визначено: розміри тазу 24-26-28-18см, ОЖ-96см, ВДМ-40см. Астенічного типу, зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. Дівчинка метушиться, ридає, персонал не слухає. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки довжиною до 2 см, щільна, відкриття 2 см, плідний міхур цілий, голівка плода рухлива над входом в малий таз, діагональна кон'югата 11 см.

Завдання: Який метод розродження і чому буде доцільний в такий ситуації?

Відповідь: Кесарів розтин. Враховуючи вік дівчини, наявність анатомічно вузького тазу, масу плода 3900 +/-200г и неадекватну повідінку дівчинки.

2. На консультацію к гінекологу направлена лікарем-психіатром дівчинка 16 років з діагнозом гебефренічна шизофренія безперервного типу. Протягом останніх 6 місяців пацієнтка розпочала статеве життя. Від вагітності не охороняється. Менструальний цикл нерегулярний, затримки до двох місяців. Вторинні статеві ознаки розвинуті. При гінекологічному огляді патології не виявлено.

Завдання: Який метод контрацепції у даному випадку можна запропонувати?

Відповідь: Добровольну хірургічну стерилізацію в період ремісії.

#### 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»	Студент 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»	Студент 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»	Студент 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»	Студент 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/>