

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний
Кафедра акушерства та гінекології

 **ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ВИБІРКОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Дитяча гінекологія»

Практичне заняття №3. Тема: «Запальні захворювання у дівчат та підлітків».

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол № від «29» серпня 2024р.

Завідувач кафедри _____ (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

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

Практичне заняття №3

Тема: «Запальні захворювання у дівчат та підлітків.».

Мета: Оволодіти сучасними методами діагностики, лікування та профілактики запальних захворювань статевих органів в дитячому та підлітковому віці,

Основні поняття: Неспецифічні та специфічні запальні захворювання у дівчат та підлітків. Діагностика, лікування та реабілітація. Сінехії малих статевих губ: етіологія, лікування та профілактика.

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).

Запальні захворювання статевих органів жінок займають перше місце серед других нозологій в гінекології і складають 60-65%. Зниження гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці - основа збереження репродуктивного потенціалу в майбутньому.

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:

- вибрати із скарг та анамнезу дані, які відбивають наявність запального захворювання жіночих статевих органів;
- провести об'єктивне гінекологічне дослідження дівчини із запальним захворюванням геніталій;
- скласти план обстеження хворої для встановлення діагнозу;

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.

Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

- оцінити результати дослідження хворої та поставити діагноз;
- скласти та обґрунтувати план індивідуального лікування та реабілітації хворої;
- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

1. Класифікація запальних захворювань жіночих статевих органів.
2. Що розуміється під гострим, підгострим та хронічним перебігом запального процесу?
3. Особливості вульвовагініту у дівчат.
4. Методи діагностики вульвовагініту
5. Лікування вульвовагініту.
6. Синехії статевих губ, етіологія, діагностика, лікування.
7. Основні принципи лікування гострих запальних захворювань верхніх відділів жіночих статевих органів в дитячому та підлітковому віці.
8. Антибактеріальна терапія: показання, принципи добору антибіотиків, їх сумісність з іншими антибактеріальними засобами.
9. Дезінтоксикаційна та десенсибілізуюча терапія при гострому запаленні верхніх відділів жіночих статевих органів в дитячому та підлітковому віці.
10. В яких випадках при гострому запаленні геніталій показано хірургічне лікування?
- 11.3 якими захворюваннями слід диференціювати запалення жіночих статевих органів?
12. Профілактика рецидивів запальних захворювань в дитячому та підлітковому віці?

Типові ситуаційні задачі:

1. Мати хворої дівчинки 10 років звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на то, що у доньки свербіж та печіння в ділянці зовнішніх статевих органів та у вагіні, після прийому антибіотиків, сироподібні виділення. При огляді: шкіра та слизова оболонка в області зовнішніх статевих органів гіперемована, *virgo*, виділення білі неоднородні з кислим запахом.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження хворої, призначити лікування.

Відповідь: Кандидозний вульвовагініт. Обстеження: мазки на флору, урогенітальний бак. посів з чутливістю к препаратам. Місцево поліжінакс *virgo*. Препарати для нормалізації мікрофлори

2. Хвора 17 років звернулася до лікаря з приводу різкого болю в області зовнішніх статевих органів, набряку правої статевої губи, біль при ходінні, неможливість статевого життя. Температура 38,5 С, пульс — 100 уд/хв.,

задовільних властивостей. При огляді в ділянці великої статевої губи праворуч визначається пухлиноподібне утворення розміром 3х3 см, різко болюче, з флюктуацією. Шкіра в області зовнішніх статевих органів гіперемована. Вагінальне дослідження неможливе внаслідок різкої болючості.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

Відповідь: Абсцес бартоліневої залози справа. УЗД малого таза, загальний аналіз крові, урогенітальний бак.посів з чутливістю к антибактеріальним препаратам. Розтин та дренивання абсцесу, антибактеріальна та протизапальна терапія.

Типові тестові завдання:

1. Дівчина 4 років скаржиться на свербіж та печію в промежині ввечері. Яке обстеження потрібно провести насамперед?

- A. Загальний аналіз сечі
- B. Загальний аналіз крові
- C. Мазок на кольпоцитологію
- D. Аналіз калу на яйця гельмінтів
- E. Мазок виділень на флору

2. Хвору 16 років через три доби після незахищеного статевого акту почали непокоїти болі внизу живота та при сечовипусканні, значні гноєподібні виділення з піхви, підвищення температури до 37,8°C. Діагноз: гострий двобічний сальпінгоофорит. У мазках: 4 ступінь чистоти піхвового вмісту, лейкоцити на все поле зору, диплококи, розташовані внутрішньо- та позаклітинно. Етіологія захворювання?

- A. Хламідійна.
- B. Гонорейна.
- C. Трихомонадна.
- D. Стафілококова.
- E. Колі-бацилярна.

Правильна відповідь 1-Д, 2-В

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:

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

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з запальних захворювань статевих органів

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 14 років доставлена в стаціонар каретою швидкої допомоги зі скаргами на різкі болі внизу живота, підвищення температури до 39,7 С протягом доби. За 2 доби до того плавала у холодному морі. При огляді: живіт м'який, різко болючий у нижніх відділах. Симптоми подразнення очеревини слабо позитивні в нижніх відділах живота. З боку зовнішніх статевих органів патології немає. Тіло матки не збільшене, обмежено рухливе, не болюче. Праворуч від матки пальпуються збільшені придатки, різко болючі. Ліві придатки без особливостей, не болючі. Праве склепіння глибоке, болюче, ліве — без особливостей. Параметрії вільні. Виділення гноєподібні.

Завдання: Поставити попередній діагноз, скласти план дослідження, призначити лікування.

Відповідь: Гострий правобічний сальпінгоофорит. Госпіталізація, загальний аналіз крові, УЗД, урогенітальний бак. посів с чутливістю до антибіотиків, антибактеріальна терапія (наприклад амоксиклав), нестироїдна протизапальна терапія.

2. Хвора 16 років поступила в гінекологічне відділення із скаргами на сильний біль внизу живота, лихоманку, тошноту, слабкість. Два тижні тому мала випадкові статеві відносини. Захворіла раптово, з'явилась біль внизу живота, озноб, підвищилась температура тіла до 39,5° С. Рс – 120 уд. за 1хв., АТ – 120/80. Живіт при пальпації різко болючий в нижніх відділах, визначається напруження м'язів і позитивна ознака Щоткіна-Блумберга. Аналіз крові: гемоглобін – 120 г/л, лейкоцитів – $16,8 \cdot 10^9$ в 1 л, зміщення лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 38 мм/год. Піхвеве дослідження: зміщення шийки матки болісне, склепіння піхви глибокі. Матку і придатки пропальпувати не вдається із-за напруження і болючості передньої черевної стінки. Мікробіологічне дослідження мазків: в мазках із уретри, цервікального каналу, заднього склепіння, прямої кишки - внутрішньо- і позаклетинно розміщені грам (-) диплококи.

Завдання: Діагноз? Тактика ведення?

Відповідь: Гонорейний пельвіоперітоніт. Антибактеріальна терапія (наприклад цефтріаксон 2,0г + фіз.р-н 400мл в/в крап), НПЗП (наприклад інфунган 100мл в/в крап), дезінтоксикаційна терапія. Провести УЗД. У випадку діагностування абсцесу показано оперативне лікування.

Нетипові тестові задачі:

1. 1. Хвора 16 років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на підвищення температури до 38,5°C, болі внизу живота, гнійні виділення з піхви. Захворіла гостро через тиждень після штучного аборт. Об'єктивно: пульс - 100/хв., АТ - 110/70 мм рт.ст., живіт м'який, болючий у нижніх відділах. Гінекологічний статус: матка збільшена у розмірах, м'яка, болюча, придатки без змін, склепіння вагіни вільні. Виділення з піхви значні, гноєподібні. Який діагноз найбільш імовірний?

- A.** Гострий аднексит
- B.** Гострий метроендометрит
- C.** Пельвіоперитоніт
- D.** Септицемія
- E.** Лохіометра

2. Дівчина 14 років звернулася до гінеколога з скаргами на появу виділень і сверблячку в області статевих органів. Виділення і сверблячка з'явилися близько тижня тому. З анамнезу відомо, що дівчинці проводилось лікування бронхіту антибактеріальними препаратами. Об'єктивно: гіперемія слизової малих статевих губ і піхви, виділення білого кольору, неоднорідної консистенції, з "кислим запахом". Попередній діагноз?

- A.** Кандидоз
- B.** Гарднерельоз
- C.** Трихомоніаз
- D.** Хламідіоз
- E.** Уреаплазмоз

Правильна відповідь 1-B, 2-A

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

Класифікація запальних захворювань статевих органів (за МКХ 10):

№70 Сальпінгіт та оофорит

№70.0 Гострий сальпінгіт і оофорит

№70.1 Хронічний сальпінгіт та оофорит

Гідросальпінкс

№70.9 Сальпінгіт та оофорит, неуточнені

№71 Запальна хвороба матки, за винятком шийки матки

№71.0 Гостре запальне захворювання матки

№71.1 Хронічне запальне захворювання матки

№71.9 Запальне захворювання матки, неуточнене

№72 Запальна хвороба шийки матки

Цервіцит

Ендоцервіцит

Екзоцервіцит

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.

Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

№74 Запальні ураження органів малого таза у жінок при хворобах, класифікований в інших рубріках

№74.0 Туберкульозна інфекція шийки матки (а 18.1)

№74.1 Запальні хвороби органів малого таза туберкульозної етіології у жінок (а 18.1)

№74.2 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені сифілісом (а 51.4, а 52.7)

№74.3 Гонококові запальні хвороби органів малого таза у жінок (а 54.2)

№74.4 Запальні хвороби органів малого таза у жінок, спричинені хламідіями (а 56.1)

№74.8 Запальні хвороби органів малого таза у жінок при інших хворобах, класифікованих в інших рубріках

№75 Хвороби бартолінової залози

№.75.0 Кіста бартолінової залози

№75.1 Абсцес бартолінової залози

№75.8 Інші хвороби бартолінової залози

Бартолініт

№75.9 Хвороба бартолінової залози, неуточнена

№76 Інше запалення піхви та вульви

№76.0 Гострий вагініт

Вагініт бдв

Вульвовагініт:

- Бдв;
- Гострий

№76.1 Підгострий та хронічний вагініт

Вульвагініт:

- Хронічний;
- Підгострий.

№76.2 Гострий вульвіт

№76.3 Підгострий та хронічний вульвіт

№76.4 Абсцес вульви

Фурункул вульви

№76.5 Виразка піхви

№76.6 Виразка вульви

№76.8 Інші уточнені запалення піхви і вульви

Запальні процеси статевих органів займають перше місце в структурі гінекологічних захворювань дівчат у віці від 1 до 9 років (нейтральний період). Клінічне значення запальних уражень статевих органів дівчат визначаються не тільки їх частотою, але і тим, що вони можуть бути причиною серйозних порушень основних функцій жіночого організму (менструальної, репродуктивної, статевої) у зрілому віці. Так, виразкові ураження піхви дівчинки різної етіології можуть викликати її звуження або зрощення та створити у майбутньому перешкоду до статевого життя, до настання вагітності і пологорозрішення. Крім того, запальні захворювання, Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.
Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

що перебігають тривало, можуть викликати зміни функціональної активності в системі гіпоталамус-гіпофіз-яєчники, що може сприяти значному збільшенню у цього контингенту дівчат інших гінекологічних захворювань.

Найбільш частою локалізацією запального процесу у дівчат у віці від 1 до 9 років є вульва і піхва. Вульвовагініти складають біля 65% від всіх захворювань статевих органів в цей віковий період. Це пояснюється тим, що покрови вульви і слизова піхви в нейтральний період рихлі, ніжні, ранимі. Вміст піхви має лужну реакцію, епітелій не має глікогену. В результаті проникнення патологічних збудників нерідко призводить до виникнення вульвовагінітів, особливо при наявності передумов.

У препубертатному і пубертатному періодах вульвовагініти у дівчаток виникають значно рідше, що пов'язано з підвищенням ендокринної функції яєчників, посиленням синтезу глікогену в слизовій оболонці піхви і ферментативних процесів. Що визначають фізіологічну ступінь кислотності вмісту піхви.

Вульвовагініти у дівчат, як правило, бувають інфекційної етіології і викликаються гонококами, стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою і багатьма іншими мікробами. Збудниками паразитарних вульвовагінітів є піхвові трихомонади, дріжджоподібні гриби роду *Candida*, гострики.

Виникненню вульвовагінітів сприяє порушення правил особистої гігієни: неохайність, неправильний догляд за зовнішніми статевими органами дівчаток, користування загальними предметами гігієнічного догляду, близький контакт з хворими дітьми або батьками. Інфікування слизових статевих органів може бути при маніпуляції дівчаток на власних статевих органах руками або різними предметами. Мають значення також термічні, механічні (тертя тісним одягом, сторонніми тілами, розчісування при проникненні гостриків та ін.), хімічні пошкодження, які нерідко провокують виникнення запального процесу.

Проте, патогенні мікроорганізми можуть викликати запальний процес і без пошкодження слизових статевих органів, які є входними воротами. Умовами для цього є загальні інфекційні захворювання (кір, скарлатина, ревматична атака), тривало існуючі вогнища інфекційно-токсичної дії (гайморит, тонзиліт, пієлонефрит), понижуючі імунітет дівчинки. Нерідко вульвовагініти розвиваються при зниженні імунологічної реактивності та зміні обміну речовин при ексудативному діатезі, ожирінні, діабеті, тиреотоксикозі

Рідше вульвовагініти розвиваються після введення в статеві шляхи сторонніх тіл. Вульвовагініти у дівчаток можуть виникати гостро, але нерідко спостерігається і хронічний перебіг.

При гострому вульвовагініті дівчата жаліються на болі при ходьбі, свербіж і печію, що посилюються при сечовипусканні. Ці скарги, зазвичай, виникають при поширенні запального процесу на ділянку вульви. Інколи з'являється відчуття болю в ділянці піхви, внизу живота, відмічається

іrrадіація болів в крижово-поперековій ділянці. Крім дизуричних явищ, хворі нерідко страждають закрепами. При переході захворювання в хронічну стадію гіперемія і ексудація зменшуються, болі затихають. Переважають скарги на гноєподібні виділення зі статевих шляхів, нерідко відчуття свербежу.

При огляді звертають увагу на гіперемію, набряклість вульви. Гіперемія може поширюватися на шкіру великих статевих губ, стегон.

Для всіх вульвовагінітів характерні гноєподібні виділення з піхви.

Для огляду стінок піхви і його вмісту використовують вагіноскоп з освітлювальним приладом. При цьому виявляють ознаки запальної реакції і виключають або підтверджують наявність сторонніх тіл в піхві. При дослідженні чітко визначають гіперемію слизової піхви, інколи петехії, легеневу кровоточивість. На гіперемійованій слизовій оболонці видні серозно-гнійні або гнійні виділення. Ці ознаки особливо характерні для гострого вагініту.

Дані вагіноскопії мають важливе значення не тільки для діагностики вагініту, але й для контролю ефективності терапії, що проводиться.

Діагноз вульвовагініту ставиться на основі анамнезу, огляду зовнішніх статевих органів, ректально-абдомінального дослідження, вагіноскопії, мікроскопічного та бактеріологічного досліджень піхви, досліджень на глистову інвазію, звернути увагу на початок і протікання дійсного захворювання, на зв'язок з захворюваннями інших органів і систем.

Принципи обстеження дівчаток. Передусім, у батьків уточнюють скарги, анамнез захворювання дитини, оглядають зовнішні статеві органи, промежину, ділянку заднього проходу.

У дівчаток оглядають внутрішні поверхні великих статевих губ, переддвір'я піхви, дівочу пліву, зовнішній отвір сечовипускного каналу. З метою визначення характеру і ступеню розповсюдженості запального процесу в піхві і піхвовій частині шийки матки проводять вагіноскопію. Обережно досліджують слизову оболонку прямої кишки.

Урогенітальна інфекція у дівчаток і дівчат-підлітків може уражувати сечовидільний канал, шийку матки, пряму кишку.

Забір матеріалу для лабораторного вивчення проводять відповідно локалізації запального процесу. Для виявлення мікроорганізмів використовують виділення і зішкріб слизової оболонки сечовидільного каналу, які отримують за допомогою жолобкуватого зонду. Таким же чином беруть матеріал із піхви, при цьому інструмент вводять вздовж її задньої стінки до задньої частини склепіння. Матеріал з шийки матки для лабораторного дослідження звичайно отримують за допомогою тампону або зішкрібу. При ураженні переддвір'я піхви беруть мазок із борозенки між дівочою плівкою і малими статевими губами або роблять зішкріб з цієї ділянки.

Полімікробна етіологія запальних захворювань геніталій.

В етіології запальних захворювань геніталій (ЗЗГ), які мають полімікробний характер, беруть участь як аеробні, так і анаеробні мікроорганізми, при чому останні відіграють особливо важливу роль в розвитку прогресуючих форм захворювання. Існує певний синергізм у відношеннях між аеробами та анаеробами при запальних захворюваннях геніталій.

Більше 40 видів мікроорганізмів можуть викликати ЗЗГ як у жінок, так і у дівчаток. Аеробні організми виділяють в 24-75%, а анаеробні – в 37-82,5% випадків. Полімікробну природу гострих запальних захворювань органів малого тазу (взонт) підтверджують дослідження різних авторів, в яких від кожної хворої виділяли 2,3-3,9 анаеробних і 1,5-4,3 аеробних культур. У хворих з хронічним ЗЗГ привалюють анаеробні мікроорганізми, такі як пептококи, пептострептококи, фузобактерії і бактероїди.

Одною із причин ЗЗГ у дівчаток можуть бути гонококи. Часто при виявленні гонококів в матеріалі із піхви виявляється, що в процес залучені ще декілька аеробних і анаеробних мікроорганізмів, тому і при лікуванні ЗЗГ гонококової етіології необхідно перевіряти активність препарату проти анаеробів, який призначається.

Вульвовагініт

Класифікація вульвовагінітів у дітей:

За етіологією:

А. Неінфекційні:

- Механічні (інохідне тіло, мастурбація, порушення гігієни);
- Хімічні;
- Термічні;
- Алергічні:

А) лікарські;

Б) аліментарні.

- Гельмінтозні.

Б. Інфекційні:

- Бактеріальні (стафілокок, ентерокок, гемолітичний стрептокок, клостридії, клебсієли, вульгарний протей, синьогнійна паличка, хламідії та ін.)
- Трихомонадні;
- Грибкові;
- Вірусні;
- Гонорейні.

За характером супутнього захворювання:

А. Неінфекційні захворювання (ожиріння, ексудативний діатез, захворювання крові, цукровий діабет, захворювання нирок, серця, печінки, ендокринної системи, порушення обміну).

Б. Інфекційні захворювання (скарлатина, дифтерія, грип, отит, тонзиліт, пієлонефрит, ГРВІ, інтоксикація, хронічна екстрагенітальна інфекція, захворювання лор-органів та сечовивідних шляхів).

В. Захворювання статевих органів (ерозії шийки матки, пухлини доброякісні і злоякісні).

За клінічним перебігом:

- Гострі;
- Підгострі;
- Рецидивуючі.

Клініка. Гострий вульвовагініт виникає при попаданні збудників інфекції на пошкоджену слизову оболонку (опрілість, подразнення при механічній дії, термічні і хімічні опіки), внаслідок змачування вульви інфікованою сечею, а також при наявності іноридного тіла в піхві. Вульвовагініти неінфекційного походження існують короткий час. Швидко виникає "заселення" мікробами вогнищ первинного неінфекційного ураження.

Основними симптомами захворювання є свербіж, печія, біль в ділянці зовнішніх статевих органів, витікання з піхви слизово-гнійного вмісту. Ці симптоми гострої стадії погіршують загальний стан дітей, діти стають плаксивими, дратівливими, порушується сон, апетит.

При огляді видімічається гіперемія і набряк великих та малих статевих губ, іноді розповсюджується на ділянку промежини та стегон.

Лікування повинно проводитись з урахуванням основної причини захворювання. При наданні першої допомоги не завжди вдається її визначити, тому терапія на перших етапах, як правило, симптоматична. Для ліквідації набряка, гіперемії вульви, зменшення свербіжу, печії в ділянці піхви і зовнішніх статевих органів використовують різноманітні дезінфікуючі розчини, які застосовують у вигляді примочок, сидячих ваночок. В теперішній час використовують, крім загальноприйнятих (розчини перекису водня, ромашки, шалфею, евкаліпту, фурациліну), наступні препарати:

- Мікроцид;
- Поліміксину М сульфат у вигляді розчину, який готують безпосередньо перед вживанням з розрахунку 10-20 тис. Од на 1 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, і мазі (20 тис. Од на 1 г вазеліну);
- Граміцидін (водний розчин готують з вмісту ампули 2% спиртового розчину шляхом розведення на 100-200 мл дистильованої води);
- Хлоргексидин 1% розчин, який готують з вихідного 20% розчину;
- Сангвіритин застосовується зовнішньо у вигляді 1% лініменту;
- Хлорфіліпт (2% масляний розчин)

Місцеве застосування мазей, які містять антибіотики, поєднують з вживанням антибіотиків всередину (тетрациклінова, еритроміцинова, oletетринова та ін.).

Одночасно з антибактеріальною терапією необхідно проводити лікування основного або супутнього захворювання. Велике значення

повинно приділятися підвищенню опору організму (вітамінізація, УФО, загартовування, лікувальна гімнастика, адаптогени).

При виявленні специфічних збудників терапія повинна проводитись відповідна. При трихомонозі - метронідазол, тінідазол, октилін. При грибковому вульвовагініті - 20% розчин натрію тетрабората в гліцерині, амфоглюкамін, леворинова амфотерицинову та декамінова мазі, мікозолон, гінопрепаріл 150, пімафуцин, гіно-травоген та ін. Мікоплазменний та хламідійний вульвовагініт лікують антибіотиками широкого спектру дії.

За клінічними проявами розрізняють вульвовагініти: гострі – до 1 місяця; підгострі – до 3 місяців; хронічні (рецидивуючі) – більше 3 місяців.

Гострий вульвовагініт часто перебігає з вираженим больовим синдромом, дизуричними явищами, які викликають неспокій дитини, плач під час сечовипускання, гостру затримку сечі. Дівчатка більш дорослі відмічають болючість і утруднення при ході, біль при сечовипусканні. Іноді дівчатка неправильно вказують локалізацію болю – внизу живота або в верхній частині ніг замість ділянки статевих органів. Також скаржаться на свербіж в ділянці присінку піхви, обумовлений подразнюючою дією витікаючих білей; відчуття печії, тиску, важкості і жару в статевих органах і малому тазу.

Внутрішнє обстеження або введення дзеркал неможливо внаслідок болючості і набрякlostі піхвових стінок. Також через больовий синдром стають неможливі статеві зносини.

Хронічний вульвовагініт частіше перебігає із незначною симптоматикою (відмічається свербіж та різкий запах піхвових виділень) або безсимптомно. Симптоми: біль в ділянці статевих органів, свербіж, дизуричні розлади, гіперемія та набряк вульви, присінку піхви і уrogenітального кута, запальні зміни в сечі. Загальний стан страждає мало. Кардинальним симптомом вульвовагінітів вважаються білі (fluor) – витікання із статевих шляхів.

Білі розрізняють фізіологічні і патологічні. Дівчатка з фізіологічними білями потребують короткочасного диспансерного спостереження (протягом 3-х місяців) для своєчасної діагностики можливих генітальних і екстрагенітальних захворювань, які можуть бути виявлені за час спостереження. Патологічні білі (масивні, іхорозні, з домішками гною і крові) частіше всього супроводжують вульвовагініт. Складність полягає в тому, що надлишкові фізіологічні білі можуть свідчити якщо не про гостре захворювання, то, по крайній мірі, про колювання мікробіоценозу піхви, які спостерігаються після антибіотикотерапії, дисфункції шлунково-кишкового тракту, різких змінах характеру харчування (наприклад, після припинення грудного вигодовування). За локалізацією білі розрізняють вестибулярні, піхвові, шийкові, маткові і дуже рідко, трубні.

Найбільш зручна в клінічній практиці класифікація білей А.І.Петченко, яка побудована за етіологічними принципами, в ній вказані всі основні причини білей у дівчаток:

1. Білі фізіологічні (у новонароджених, у період статевого дозрівання).
2. Білі від загальних причин (інфантилізм, астенія, анемія, хлороз, хронічна інфекція, інтоксикація, розлади обміну, захворювання серця, нирок, лабільність нервової системи).
3. Білі при інфекційних захворюваннях (скарлатина, дифтерія, грип, отит, тонзиліти).
4. Білі від специфічної інфекції, що вражає переважно сечостатеві органи (гонорея, туберкульоз геніталій, місцеві ураження при скарлатині та дифтерії).
5. Білі при неспецифічній інфекції (стрептококи, стафілококи, пневмококи, ентерококи, колі бацили).
6. Білі при інвазії (трихомонадами, грибками, глистами).
7. Білі від механічного подразнення (сторонні тіла, онанізм, травма).

Діагностика. Розпізнання вульвовагініту включає оцінку даних анамнезу, фізикального обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження. Діагноз неспецифічного вульвовагініту легко може бути поставлений на основі огляду в дзеркалах. Як правило, піхва заповнена різним по консистенції вмістом, який часто виділяється назовні. Слизова оболонка при vaginitis simplex різко потовщена, набрякла, гіперемована і на всьому протязі місцями покрита щільно лежачими сірими плівками. Ці напшарування можна видалити зішкрібом, викликавши невеликі ссадни і кровотечі.

При vaginitis granularis набряклі сосочки мають вигляд яскраво-червоних мілких зеренець, які підвищуються над слизовою оболонкою.

Додаткові діагностичні методи: бактеріоскопічні і бактеріологічні, імунофлюорисцентна мікроскопія, імуноферментний аналіз, визначення днк методом ланцюгової полімеразної реакції (виключити уrogenітальну інфекцію); рн-метрія (в нормі рн 3,7-4,5); амінотест з 10%-им розчином гідроокису калію (кон) (підвищена генерація анаеробів, які виробляють у процесі метаболізму летючі аміни, сприяє появі неприємного запаху “гнилої риби” – позитивний амінотест); “ключові клітини” в мазках вмісту піхви, зафарбованих за грамом (клітини епітелію піхви, які покриті г(-) паличками); загальний аналіз сечі (трёхсклянка проба); бактеріологічні дослідження сечі; комплексне імунологічне дослідження; гормональні дослідження (визначення в сироватці крові стероїдних та гонадотропних гормонів – естрадіол, тестостерон, ФСГ, ЛГ). Інструментальні: вагіноскопія, УЗД.

Загальні принципи лікування неспецифічних вульвовагінітів.

Схема лікування включає три етапи:

Перший етап – імуномодуляція (в основному препаратами ехінацеї, циклофероном), підвищення місцевих захисних сил і стимуляція проліферації (аплікація з обліпиховим маслом, фолікуліном, закапування цитралю, вітаміну Е).

Другий етап – антибактеріальна та протизапальна терапія.

Третій етап – реабілітаційний. Десенсибілізація та застосування еубіотиків.

Тривалість першого та другого етапів – 7 діб, третього – не менше місяця. Контрольні мазки з піхви беруть через 10 та 30 діб. Застосовується широкий спектр препаратів, що направлені на покращення загального стану дівчаток, обміну речовин та підвищення неспецифічної резистентності організму. Першу групу препаратів складають вітаміни, адаптогени та імуностимулятори. Призначають вітаміни А, В₆, Е. З групи адаптогенів застосовують: екстракт елеутерококу (мобілізує неспецифічні фактори захисту), дітям призначають по 1-2 краплі на кожний рік життя 2 рази на день протягом 20 днів.

Настоянка вівса – стимулює неспецифічний захист, має антимікробну, протівірусну, протизапальну та седативну дії. Дітям призначають по чайній ложці (настоянку розводять водою) за 30 хв. До їжі. Курс лікування, в середньому, 30 днів.

Есенціале – покращує функцію печінки, мікроциркуляцію, стимулює фагоцитоз. Дітям призначають по 1 капсулі 2 рази в день. Курс 20 днів. До імуномодуляції слід відноситись дуже уважно: вона не завжди корисна в гострій фазі деяких вульвовагінітів, а також при підозрі на atopічний дерматит. З групи імуностимуляторів у дитячій гінекологічній практиці застосовуються: метил урацил – володіє анаболічною та антикатаболічною активністю, стимулює клітинний імунітет, прискорює процеси репарації. Призначають дітям у віці від трьох до восьми років по 0,025 г 3 рази на день, старше восьми років – по 0,5 г 3 рази на день. Препарат приймають під час або після їжі. Дітям до року – 0,005-0,01 г, 2-5 років – 0,015-0,05 г, 5-7 років – 0,05-0,1 г, 8-14 років – 0,2-0,3 г 3 рази на день. Курс лікування 10 днів. Левамизол – призначають обережно, після оцінки т-системи імунітету, в дозі 2 мг/кг маси тіла на добу протягом 3 днів з перервою між курсами 5-6 днів. Всього 2-3 курси. Імунал (ехіноцея) – добова доза складає 20 крапель у невеликій кількості води 3 рази на день. Курс – від 1 до 6 тижнів. Дітям від одного року до шести років призначають по 5-10 крапель тричі на день, від 6 до 12 – по 10-15 крапель тричі на день.

Слід відзначити, що в теперішній час інтерферонотерапія у процесі імунокорекції стає провідною. Одним із представників іф нового покоління є віферон. Дітям до 7 років призначають віферон-1 інтравагінально по 1 свічці 2 рази на добу через 12 годин упродовж 5 днів. Дітям старше 7 років призначають віферон-2 по 1 свічці 2 рази на добу через 12 год., курс лікування 10 днів. При лікуванні вульвовагінітів у харчуванні дитини повинні переважати свіжі та варені овочі, фрукти, зелень. Необхідно обмежити цукор, мучні вироби, м'ясо, молоко, яйця, рибу. Не споживати соки, що містять різні барвники та консерванти. Дозволяються до споживання тільки свіже приготовані натуральні соки. З молочних продуктів показані сир, свіжі вершки, сметана, кефір, ацидофілін. При мітотичному вульвовагініті до раціону дитини додають білок трансферин. Він володіє фунгіцидними властивостями та блокує розмноження грибів. Фунгіцидна

активність трансферину пов'язана з насиченням його валентностей іонами заліза.

Поряд із корекцією харчування виникає необхідність у застосуванні гістамінолітиків та адсорбентів. М'якими антиалергічними препаратами є препарати кальцію: кальцій хлорид, кальцію глюконат, кальцію лактат. Кальцію хлорид – 5-10% розчин призначають дітям до 5 років по 1 чайній ложці двічі на день; 5-10 років – по 1 десертній ложці тричі на день, після 10 років, як дорослим – по 1 столовій ложці 2-3 рази на день. Кальцію глюконат дітям до року призначають по 0,5 г, 2-4 років – по 1 г, 5-6 років – по 1,5 г, 7-9 років – по 2 г, 10-14 років – по 2-3 г 2-3 рази на добу. Кальцію лактат призначають по 0,5-1 г на прийом 2-3 рази на день. Курс лікування 10 днів.

Місцеве лікування.

Лікування хворих з бактеріальним вагінозом повинно бути комплексним. Спочатку штучно створюють кисле середовище піхви шляхом багаторазового зрошення 2%-им розчином молочної кислоти – 100 мл по 10-15 хв. Інстиляції молочної кислоти у піхву найбільш прийнятні, оскільки молочна кислота знижує рН піхви, відновлює кисле середовище, що створює несприятливі умови до розмноження анаеробів та гарднел. Крім того, слабкі розчини молочної кислоти володіють вираженою антисептичною дією і забезпечують оптимальні умови для відновлення лактофлори. Паралельно проводять десенсибілізуючу терапію (тавегіл, задітен, кларисин, відвар череди, відвар лаврового листа та інші антигістамінні засоби) і імунокорекцію під спостереженням спеціаліста-імунолога. Крім того, застосовують місцеве лікування свічками, які містять метронідазол (0,5), фолікулін (5000 од), аскорбінову (0,2 г) і молочну (0,05 г) кислоти, новокаїн (0,1 г). У випадку необхідності можна приготувати емульсію такого ж складу на основі обліпихового, оливкового чи іншого рослинного масла. Лікування починають зі зрошення піхви одним з наступних антисептичних, антибактеріальних розчинів: 0,02%-го розчину сульфацилу натрію, водний розчин 0,02%-го розчину фурциліну (активні у відношенні стрептококів, стафілококів, пневмококів, гонококів. Стрептобактерій, трихомонад та ін.). При гнійних вульвовагінітах частіше вживається 3% розчин перекису водню. При вульвовагінітах з атопічним компонентом кращий ефект відмічений при зрошенні піхви настоєм зеленого чаю, розчинами з “геркулесу”, житніх або пшеничних висівок. При гострих вульвовагінітах ефективні зрошення відварами з окислювальних трав; шавлія, м'ята, звіробій. Зрошення піхви проводиться в кількості 5-10 мл за допомогою одноразового шприца 5-7 днів щоденно. Призначають сидячі теплі ванночки по 15 хв. (відвар ромашки, кропиви, чистотіла) – 10,0 г на 1 л води, листя евкаліпту – 6,0 г на 1 л води, настоянка шавлії – 14,0 г на 1 л води загальною тривалістю 3-5 днів. У деяких випадках ванночки та зрошування піхви доповнюють мазевими аплікаціями на вульву (мазь каланхое, обліпихове масло, мазь апілака, пропогнум, аерозолі – гіпозоль, алазоль, пантенол). Спринцювання содовими розчинами, які часто призначаються лікарями, біологічно не виправдані і

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.

Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

малоефективні, оскільки сприяють підвищенню і без того високого рН піхви. Необхідно вважати. Що при нейтралізації гідрокарбонатом натрію кислого середовища піхви виділяється вуглекислота (сукцинат), яка може викликати вторинне підсилення секреції. Тобто збільшення впливів. Лужне середовище піхви сприятиме для розмноження анаеробів, грибів, трихомонад і менш сприятливе для росту лактобацил. Єдина позитивна дія соди є в тому, що вона зменшує в'язкість вмісту піхви. Після зрошення вводяться піхвові палички з різноманітними препаратами залежно від етіології запального процесу. Естрогени використовують у формі піхвових паличок, присипок, зрошувань, мазей. Ділянку зовнішніх статевих органів обробляють маззю, яка містить фолікулін (5000 од), ланолін, вазелін – порівну, по 25 г або у піхву піпеткою вводять 3-5 крапель розчину фолікуліну (1000 од). Курс лікування 10-15 днів. Доцільно також використовувати синтетичні естрогени (сигетин, овестин в таблетках, які містять 1 мг естріолу) у вигляді присипок чи піхвових зрошень 0,5%-им розчином протягом 10 днів.

Якщо процедури не дають ефекту, використовують піхвові палички та мазі з антибіотиками, нітрофуранами, естрогенами: фолікулін 500 од + ланолін 30 г; фолікулін 500 од + масло какао 1,5 г; фолікулін 500 од + норсульфазол 0,5 + масло какао 1,5 г; левоміколь, левасін; вагінальний крем далацин.

При вульвовагінітах, що викликані ентеробактеріями, застосовують піхвові палички за прописом:

1. Сульфадимезин 0,2 г., фурацилін 250 ОД, ретинолу пальмінат 0,002 г., масло какао 1,5 г.
2. Фуразолідон 0,015 г., поліміксин м-80000 ОД, масло какао 1-1,5 г. На курс лікування 7-10 піхвових паличок.
3. При стафілакоко-стрептококовому вульвовагініті застосовують піхвові палички за прописом:
4. Пеніцилін, неоміцин по 100000 од, масло какао 1,5 г.
5. Фурацилін 0,1 г., фолікулін 250 од, масло какао 1,5 г.

При змішаному бактеріально-атопічному вульвовагініті застосовують вагінальні палички за прописом Т.і.Дергачової та А.А.Родіонченко (1989): левоміцетин 0,1, фолікулін 250 од, масло какао 1,0.

Рекомендується використання загального УФ опромінення, електрофорез з 1%-им розчином новокаїну або 10%-им розчином хлориду кальцію на ділянку зовнішніх статевих органів. Сорбентотерапія є невід'ємною частиною лікувальних заходів при вульвовагінітах, особливо ювенільному віці, коли важливо розумно обмежити антибактеріальне навантаження на організм та відновити біоценоз піхви. З цією метою рекомендується використовувати "ентеросгель", який призначається по 10-30 г (5 доз = 15 г.) на 2 год. У піхву, після чого препарат видаляють фізіологічним розчином (протягом 5 днів). Рекомендується призначити віферон-1 по 1 свічі ректально 1 раз на день протягом 7 днів на ніч дітям до 7 років, а віферон-2 по такій же самій схемі дітям після 7 років. З метою

профілактики дисбіозу кишечника у дівчаток з вульвовагінітами, що виникають на фоні запальних захворювань шкт, показано застосування еубіотиків, які направлені на нормалізацію кишкової флори. Бактисубтіл з профілактичною метою призначають по 1 капсулі двічі на день, курс 14 днів; біфідумбактерін-форте по 5 доз 1 раз на день протягом 7-10 днів; хілак – дітям до року 15-20 крапель 3 рази на день, старше року – 20-40 крапель тричі на день, дорослим по 40-60 крапель тричі на день. Приймають під час або після їжі, розводячи водою в невеликій кількості, виключаючи молоко. Біфідумбактерін – розведений в 5 мл кип'яченої води, охолодженої до кімнатної температури, з додаванням лактози. Наносять на тампони по 2,5-03 дози 2 рази на день (інтравагінально).

Бактеріальний вагіноз

Бактеріальний вагіноз (БВ) – найбільш поширене інфекційне захворювання нижнього відділу статевих органів як серед жінок, так і серед дівчаток. БВ – клінічний синдром, викликаний заміненням нормальної мікрофлори піхви анаеробними м/о, гарднереллами і мікоплазмами.

Основним клінічним симптомом БВ є посилення піхвових виділень з неприємним запахом. Запалення піхвового епітелію не характерно для цього синдрому, однак, у 30% обстежених виявляється запалення вульви, піхви або шийки матки. При мікроскопічному дослідженні піхвових виділень у 40% пацієнток знаходять до 30 лейкоцитів в полі зору.

В останній час накопичено велику кількість даних, які свідчать про те, що БВ є фактором ризику виникнення інфекційних ускладнень протікання вагітності, передчасних пологів, інфікування амніотичної рідини, хоріоніоніту, післяпологовий ендометриту, а також розвитку захворювань органів малого тазу після абортів.

При БВ відмічається заміна нормальної вагінальної флори, представленої лактобактеріями, комбінацією анаеробних і факультативних м/о: гарднереллами, бактероїдами, пептококами і мобілінкус. Відсутність кислотоутворюючих лактобактерій і особливості рН вагінального секрету у дівчаток є фактором ризику розвитку БВ.

Самим доступним, недорогим і точним лабораторним тестом являється забарвлення піхвового секрету по граму. Існують певні критерії оцінки піхвових мазків, забарвлених по граму. Метод вважається чутливим і специфічним.

Хламідіоз

Захворювання хламідійної етіології характеризуються тривалістю протікання, схильністю до рецидивів. Клінічні симптоми схожі з симптомами захворювань, які викликані іншими м/о.

Діагноз хламідіоза підтверджується бактеріоскопічно. В зішкрібах слизової шийки матки хламідії виявляються методом прямої іф (утворення правильної округлої форми, які флюоресціюють яскравим зеленувато-жовтим кольором на оранжевому фоні і розташовані внутрішньоклітинно).

Клініка. Інкубаційний період 20-30 днів. Локалізація – зовнішні статеві органи і піхва, рідше – шийка матки і маткові труби. Клінічні симптоми генітального хламідіозу, який протікає з ураженням зсо, не відрізняється від клініки неспецифічних вульвовагінітів (виділення з статевих шляхів більше 6 місяців і неефективність проведеної терапії з приводу неспецифічного вульвовагініту).

У дівчаток із загостренням хронічного хламідійного вульвовагініту виявляють гіперемію слизових зсо різного ступеню вираженості; слизистого, слизисто-гнійного або гноєвидного характеру виділення із піхви, які при дослідженні рег гестум і надавлюванні на задню стінку піхви посилюються.

При обстеженні матерів дівчаток виявляється, що у 60% пацієнток мами страждали хронічними запальними захворюваннями оmt. У 41% матерів в зішкрібах із цервікального каналу виявлені хламідії.

Таким чином, генітальний хламідіоз схильний до довготривалого торпідного протікання і може являться причиною непліддя в майбутньому.

Лікування.

1. Етіотропна терапія (тетрациклін, окситетрациклін, рондоміцин, вібраміцин, моноциклін, олеандоміцин, еритроміцин, сульфаніламід).
2. Комплексний метод (антибіотикотерапія + місцева дія): рифампіцин + еритроміцин в поєднанні з спринцюванням.
3. Патогенетична терапія (біогенні стимулятори, лактоотерапія, аутогемотерапія, гіпосенсибілізуючі).
4. Вітамінотерапія.
5. Місцева терапія (дотримання особистої гігієни, сидячі ванночки, електрофорез з антибіотиками, увч, спринцювання антисептиками).

Критеріями вилікованості є: зникнення клінічних симптомів захворювання, елімінація збудника. Вилікованими вважаються тільки ті дівчата, у яких клінічне виздоровлення поєднується з етіологічним виздоровленням.

Урогенітальний уреapлазмоз

Викликається збудником *ureaplasma urealyticus*. Уреapлазми прикріплюються до епітелію, лейкоцитів, сперматозоїдів та інших клітин організму. Вони руйнують мембрани, занурюються в цитоплазму і, як наслідок, виникає запальна реакція. Розповсюдженість уреapлазмоза достатньо висока. Серед жінок з запальними захворюваннями сечостатевих органів уреapлазми виявлені у 50-56% хворих.

Клінічна картина уреapлазмозу проявляється у вигляді:

- 1) Носійство (без клінічних проявів);
- 2) Латентних форм (інфекція може впливати на хромосомний апарат клітин);
- 3) Гострих форм;
- 4) Хронічних форм.

Клініка. Інкубаційний період 15-20 днів. Хворі скаржаться на виділення з піхви і інколи на свербіж в ділянці статевих органів. Протікає

негостро і мало чим відрізняється від інших неспецифічних захворювань генітальної сфери. Основний спосіб розповсюдження інфекції - на протязі, іноді спостерігається транспорт збудника лімфогенно і гематогенно.

Хвороба, зазвичай, перебігає з меншою гостротою, більшою частотою ускладнень і значною стійкістю до терапії.

У дівчаток уреаплазмоз перебігає більш виражено у вигляді гострих і підгострих форм вульвовагініту. При цьому в запальний процес залучається шийка матки і сечовидільний канал.

Обстеження на уреаплазмоз повинно проводитись у всіх дівчаток і дівчат-підлітків, які звернулися до лікаря з приводу запальних захворювань сечостатевої системи.

Діагноз базується на даних анамнезу клінічного обстеження і підтверджується виділенням уреоплазм в культурі.

Можливі джерела виділення збудника – піхва, цервікальний канал, уретра, з гнійних виділень великої вестибулярної залози, з вмісту маткових труб, з тубооваріальних запальних утворень з гнійним вмістом.

Для якісного проведення лабораторних досліджень важливе значення має правильна підготовка лікарем-клініцистом хворого до лабораторного дослідження. Провокацію проводять гоновакциною дівчатам - 1 мл в/м, дівчаткам - 0,5 мл в/м.

При обстеженні у дівчаток обов'язково беруть виділення із піхви, сечовидільного каналу, шийки матки; з великих вестибулярних залоз матеріал береться за показами. У дівчаток досліджується виділення слизової оболонки сечовипускного каналу і піхви. При цьому, не використовуючи дзеркал, вушну ложечку або жолобкуватий зонд обережно вводять в гіменальний отвір.

Основним лабораторним діагностичним методом дослідження для виявлення збудника уреаплазми є культивування м/о на рідких і твердих середовищах із зішкрібу з слизових оболонок сечостатевої системи.

Лікування. Основним препаратом є тетрациклін (або роваміцин, доксациклін).

З метою імуностимуляції вводять метилурацил, пірогенал та ін.

З нових препаратів використовують – таривід, ципробай. Також одночасно призначають місцево – введення інтравагінально тетрацикліну після попереднього спринцювання. Використовують також УВЧ, електрофорез, фонофорез, ультразвук.

При дифтерійному вульвовагініті шкіра і слизова вульви інфільтровані, гіперемія з синюшним відтінком. При вагіноскопії на слизовій піхви сірі плівки, при знятті яких виникають ерозії, що кровоточать. Пахвові лімфовузли збільшені, болючі. Виділення незначні серозні або кров'янисто-гнійні.

Для генітального герпесу характерна наявність мілких пухирців і виразок.

При трихомонадному вульвовагініті дівчата відмічають прискорене і хворобливе сечовипускання. Є пінні гнійні виділення, що різко подразнюють шкіру зовнішніх статевих органів і стегон, сильний знеможуючий свербіж. Нерідко спостерігається набряк зовнішніх статевих органів. Часто одночасно уражується уретра, зовнішнє її вічко набрякле, гіперемійоване з гноєподібним виділенням. При вагіноскопії відмічається гіперемія стінки і піхвової частини шийки матки.

При попаданні стороннього тіла в піхву з'являються гноєподібні виділення, інколи з домішкою крові. Тривале перебування стороннього тіла в піхві викликає пролежні, кровоточиві грануляції. Щільне стороннє тіло пальпується при ректальному дослідженні. Часто заключний діагноз ставиться при вагіноскопії.

При вульвовагінітах, причиною яких є онанізм, з'являються набряк вульви, гіперемія, рідкі молочні білі, які потім стають слизисто-гнійними. Наявні подряпини, скоринки, набрякливості клітора. Тривала маструбація призводить інколи також до гіпертрофії клітора і статевих губ, до пігментації шкіри вульви. Звертає на себе увагу подразливість дівчинки, порушення загального стану.

Гонорея є венеричним захворюванням і має свої особливості протікання у дівчаток. Гнійний вульвовагініт виникає у віці 3-7 років, коли знижується біологічний захист геніталій. В більш старшому віці захворюваність гонореею знижується, причому в цьому періоді зустрічається захворюваність і статевий шлях ураження.

Клінічний перебіг гонореї у дівчаток характеризується інколи торпідним рецидивуючим і навіть безсимптомним перебігом. Проте найбільш характерна наявність багатьох вогнищ ураження: уражається піхва (100%), сечовивідний канал (60%), пряма кишка (0,5%).

Після 1-3-добового інкубаційного періоду з'являються ясні гнійні виділення, розлита різка гіперемія зовнішніх статевих органів, промежини, шкіри внутрішньої поверхні стегон, перианальних складок. Виділення густі, гнійні, з зеленуватим кольором, пристають до слизової, при висиханні залишають скоринки на покривах.

У дівчаток препубертатного і пубертатного періодів нерідко уражається слизова шийки матки.

Первинний гонорейний ендocerвіцит в "нейтральному" періоді при відсутності або слабкому розвитку залозистої тканини зустрічається рідко. Значно частіше має місце вторинний розвиток ендocerвіциту при хронічному перебігу гонореї у дівчаток у віці 8-10 років і старше. Перебіг його, як правило, в'ялий, торпідний.

Висхідна гонорея у дівчаток спостерігається також рідко, але про це треба пам'ятати, особливо при наявності ендocerвіциту. Захворюванню сприяє відсутність у дівчаток бар'єру у вигляді закритого, як у дорослих, внутрішнього зіву; складки цервікального каналу у них не закінчуються, як у дорослих, у внутрішнього зіву, а продовжуються в порожнину матки. Якщо і

уражається, то головним чином ендометрій. В рідких випадках спостерігається запалення маткових труб і тазової очеревини. Наведені в літературі випадки висхідної гонореї у дівчаток йдуть під помилковим діагнозом “гострого апендициту”

Генітальний туберкульоз з неоднаковою частотою уражає дівчаток в різні вікові періоди. У віці до 1 міс., коли активний залишковий вплив материнських і плацентарних гормонів, спостерігається одиничне число випадків генітального туберкульозу. В період 14-17 років, коли вплив статевих гормонів мізерний, генітальний туберкульоз. Як правило, не спостерігається. Різкий ріст генітального туберкульозу в 8-18 років співпадає зі збільшенням впливу статевих гормонів на організм дівчинки.

Клінічний перебіг гонореї у дівчаток характеризується інколи торпідним рецидивуючим і навіть безсимптомним перебігом. Проте найбільш типовий гострий початок захворювання.

Клінічна картина генітального туберкульозу в юнацькому віці не відрізняється від перебігу його у дорослих.

Початок захворювання розвивається непомітно. Характерний больовий синдром, що поєднується зі незначними змінами у внутрішніх статевих органах. Болі характеризуються постійністю, ниючим характером, який локалізується внизу живота, “безпричинністю” і обумовлені неминучим втягненням в патологічний процес очеревини.

Як у дорослих, частіше уражаються маткові труби, в них розвивається продуктивний процес з наступним втягненням і навколишньої очеревини. Рідше уражаються яєчники, матка, піхва і зовнішні статеві органи.

Характер збудника уточнюється в результаті бактеріоскопічних, бактеріологічних, а за необхідності вірусологічних досліджень виділень піхви. Для більш детальнішого обстеження рекомендується досліджувати два мазки, з яких один забарвлюється по граму, а інший – по романовському-гімза.

При гонорейному вульвовагініті в мазках виявляються гонококи, промікотичному – нитки грибка, частіше всього білі кандіди, при трихомонадному – трихомонади, що можуть знаходитися у піхві в симбіозі з гонококами, дріжджеподібні гриби роду *Candida* та іншими представниками піхвової мікрофлори. Відсутність патогенної мікрофлори характерно для вірусних захворювань.

Посів виділень на середовища дозволяє виявити вид збудника і чутливість його до антибіотиків. Крім того, відсутність флори в мазках і велика кількість лейкоцитів заставляють запідозрити вульвовагініт гонококової етіології. В таких випадках дівчаткам проводять провокацію: піхву, сечовивідний канал, пряму кишку змазують розчином люголю або 1% розчином азотнокислого срібла. Одночасно дівчаткам старше 3 років вводять внутрішньом'язево гоновакцину 150-200 млн. мікробних тіл. Після провокації протягом 3 днів повторно беруть посіви виділень на спеціальні середовища. Досліджується також осад промивних вод з прямої кишки.

Запальні зміни додатків матки у дівчаток можуть спостерігатися як ускладнення апендициту, тому під час апендектомії у дівчаток необхідно оглянути маткові труби і яєчники.

Зміни фолікулярного апарату яєчників у вигляді дегенеративних процесів може спостерігатися при загальних інфекційних захворюваннях в результаті токсичного ураження статевих органів дівчаток.

Педіатр повинен пам'ятати про можливості виникнення вказаних захворювань у дівчаток, при огляді йому необхідно звертати увагу і на стан статевих органів дівчаток (білі, свербіж, болі та ін.), щоб вчасно застосувати необхідні лікувально-профілактичні заходи.

Синехії

Синехії, або зрощення малих статевих губ, за статистикою, зустрічається у кожній п'ятій дівчинки до 8-річного віку. І це навіть не захворювання, а особливий стан, який виникає з різних причин на тлі фізіологічної незрілості дитячого організму. Синехії (грец. Synescheia – «зв'язок, безперервність») – часткове або повне злипання малих статевих губ.

Стан може бути вродженим (рідко) і набутиим. Синехії малих статевих губ неспроста виникають у дівчаток до 8 років. У них з-за незрілості гормональної системи слизова оболонка вульви недостатньо зволожена, стоншена, легко травмується. Гіпоестрогенія – фон, на який нашаровуються інші фактори, що провокують зрощення статевих губ.

Основні причини виникнення синехій:

- недотримання особистої гігієни. Статеві органи дівчинки вимагають підвищеної уваги, тому що не здатні повною мірою протистояти хвороботворним мікробам, легко травмуються, клітини гірше і повільніше оновлюються. Слід регулярно проточною водою видаляти виділення між статевими губами;
- надмірне застосування миючих засобів. При надмірній гігієні з застосуванням мила, гелів вимивається корисна флора, слизова пересушується, з'являються мікротріщинки. Травмовані поверхні малих статевих губ злипаються між собою, утворюються синехії;
- підгузки. Підгузки не призводять до появи синехій при правильному їх використанні. Злипання відбувається при рідкісній зміні, коли при підвищеній вологості надлишково розмножуються мікроби, так і механічне подразнення каловими масами грає свою роль;
- вульвіт та вульвовагініт. Запалення слизової вульви, викликане специфічної і неспецифічної флорою, одна з основних причин розвитку синехій. Частіше у дівчаток дана патологія викликана неспецифічної флорою (кишкова паличка, стафіло – і стрептококи, протей та ін), яку вона отримує з навколишнього середовища побутовим шляхом, через предмети гігієни, іграшки. Специфічна флора, яка викликає всім відомі ППСШ (гонокок, хламідія, міко – уреаплазми), у малюків зустрічається рідко, проникає в організм через ворсини плаценти або під час проходження через родові шляхи матері.

- алергія. Як і при вульвите, ураження епітелію шкіри і слизових) при алергічних реакціях призводить до порушення її цілісності;
- інфекції сечовидільної системи. Так як зовнішній отвір уретри розташований у безпосередній близькості до малих статевих губ, при наявності циститу (запалення сечового міхура), пієлонефриту (гнійне запалення нирок) бактерії, які виділяються з сечею, осідають на слизовій і викликають вульвіти;
- косметичні засоби. Потрібно ретельно підходити до вивчення складу засобів, що використовуються в області статевих органів. Віддавати перевагу слід нейтральним рН, безбарвним рідким милом без ароматизаторів. Крім пересушування слизової вони можуть викликати алергічну реакцію. Окремо слід сказати і про крем під підгузки та дитячих кремах. Необхідно уникати нанесення їх на область вульви. Купуючи крем, віддавайте перевагу тим, до складу яких не входить цинк, т. к. цинк доведено призводить до утворення синехій;
- вологі серветки. Допустимо їх використання для гігієни зовнішніх статевих органів тільки в умовах відсутності доступу до води (поїздка, прогулянка). В медицині є таке поняття, як «вульвовагініти втирання», тобто при користуванні серветкою мама може не тільки очистити слизову від нальоту, але і травмувати її, відкривши «ворота» для бактерій;
 - тривале перебування у воді. Тривале зіткнення з водою призводить до знежирення верхніх шарів епітелію, клітини стають менш захищеними, легко травмуються. Це особливо актуально в літній період. Рекомендації: якщо дитина дуже любить воду, після водних процедур обов'язково зволожувати слизові будь-яким маслом або жирним кремом;
 - гострі запальні процеси в організмі, особливо що супроводжуються високою температурою.

Дуже часто синехії є випадковою знахідкою. Їх можуть виявити батьки при проведенні гігієнічних процедур або лікар при профогляді. Також зрощення малих губ у дівчаток може бути виявлено при діагностичному пошуку. Це ситуація, коли є прояви захворювання, а справжню причину встановити відразу не виходить. Також зрощення малих губ у дівчаток може бути виявлено при діагностичному пошуку. Це ситуація, коли є прояви захворювання, а справжню причину встановити відразу не виходить. Найчастіше дівчинка потрапляє до дитячого гінеколога за напрямом інших вузьких спеціалістів або педіатра при виявленні поганих аналізів сечі, при відсутності ефекту від лікування циститів і пієлонефритів.

Симптоматика:

- неспокійна поведінка при сечовипусканні;
- неприємний запах статевих органів;
- неприємний запах сечі;
- відмова дитини сідати на горщик;
- якщо маля часто запускає руки в трусики;
- скарги дитини на біль в області вульви.

Зовні синехії являють собою повне або часткове зрощення (злипання) малих статевих губ. Стан не небезпечно для життя, але при відсутності адекватної допомоги може призвести до розвитку певних ускладнень. Зрощені статеві губи утворюють кишеню, в якому затримуються залишки сечі, слущений епітелій, що є гарним живильним середовищем для розвитку вульвіта. Якщо повне зрощення, утруднюється відтік сечі, аж до її закидання в піхву і подальшого розвитку вагініту.

Також можливе поширення бактерій висхідним шляхом з «кишені» в уретру і сечовий міхур, з подальшим розвитком запалення сечовивідних шляхів. У медичних джерелах є інформація про віддалені ускладнення нелікованих синехій.

Вони зустрічаються рідко, але мають місце – утворення жорсткого рубця в області зрощення, порушення відтоку менструальних виділень, утруднення при статевому акті, деформація області промежини, яка тягне за собою труднощі при виношуванні вагітності та під час пологів.

Діагностика

Для встановлення діагнозу докторові досить огляду маленької пацієнтки. При огляді оцінюється ступінь зрощення, наявність супутнього запального процесу, намічається подальша тактика обстеження і лікування. Незважаючи на ясність діагнозу, гінеколог може призначити ряд додаткових обстежень – загальний аналіз сечі (необхідний для виключення супутнього запалення сечовидільної системи), загальний мазок (виключити діагноз вульвіт), посів на флору і чутливість до антибіотиків (при підозрі на запальний процес).

Підходи до лікування

Консервативне лікування

Як би не виглядали синехії, рекомендується починати з консервативного лікування, яке включає кілька етапів.

По-перше, усувається причина:

- при наявності запалення сечовидільної системи призначаються антибактеріальні препарати і уросептики всередину;
- при вульвітах і вульвовагинитах – місцеве лікування антибактеріальними, противірусними, протигрибковими препаратами (в залежності від збудника);
- при загальному запальному процесі (риніт, бронхіт, пневмонія та ін) проводиться лікування основного захворювання спільно з педіатром;
- при алергії, призначаються антигістамінні препарати і сувора дієта;
- при порушенні правил гігієни даються рекомендації для корекції помилок.

По-друге, сидячі ванночки з відварами трав, які допомагають розм'якшити зрощення. Тривалість ванни – не більше п'яти хвилин.

По-третє, нанесення на місце зрощення гормональних лікарських засобів (овестин, фолікулін) або препаратів, що застосовуються для розсмоктування рубців (контрактубекс). Схема лікування підбирається індивідуально залежно від ступеня вираженості зрощення.

Тривалість застосування гормональних препаратів – два тижні. При необхідності курс лікування можна повторити після перерви.

Хірургічне лікування

До хірургічних методів вдаються, якщо консервативне лікування не дає очікуваного результату. Як правило, гінеколог з допомогою стерильних інструментів (ложки Фолькмана, цитощетки, шпателя Ейра) роз'єднує зрощені статеві губи в умовах жіночої консультації під місцевою анестезією, після чого на вульву наноситься синтомицинова емульсія.

В домашніх умовах для прискорення загоєння рекомендується виконувати сидячі ванночки з травами і змащувати вульву 5 — 10% емульсією або синтоміцину левомеколем 2 рази на день 5 днів. Вкрай рідко, в разі «старої» синехії, доводиться вдаватися до допомоги скальпеля. Така процедура виконується в умовах стаціонару під наркозом.

Профілактика

Для профілактики утворення синехій у дівчинки батькам рекомендується стежити за особистою гігієною малятка (обмежити мило, використання вологих серветок), обмежувати алергенні продукти, вчасно лікувати загальні гострі запальні процеси, а також запалення сечового тракту та зовнішніх статевих органів.

Для профілактики рецидивів захворювання у тих, хто вже пройшов курс лікування, крім всіх загальних профілактичних заходів, рекомендується також регулярно обробляти малі статеві губи рослинними оліями (обліпихова, оливкова, персикове) або будь-яким жирним кремом, особливо в період загострення алергії і при інфекційних процесах, що супроводжуються підвищенням температури.

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, втягнутість 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 запальних захворювань статевих органів.
 - Вибрати із скарг та анамнезу дані, які відбивають наявність запального захворювання жіночих статевих органів;
 - Провести об'єктивне гінекологічне дослідження дівчини із запальним захворюванням геніталій;
 - Скласти план обстеження хворої для встановлення діагнозу;
 - Оцінити результати дослідження хворої та поставити діагноз;
 - Скласти та обґрунтувати план індивідуального лікування та реабілітації хворої;
 - Виписати рецепти лікарських речовин, які використовують для лікування запальних гінекологічних захворювань в дитячому та підлітковому віці;
 - 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. Мати двохрічної дівчинки звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на те, що у дитини неспокійна поведінка при сечовипусканні, неприємний запах статевих органів, неприємний запах сечі, дитина відмовляється сідати на горщик. Скарги з'явилися після відпустки на березі річки. Загальний стан дівчинки задовільний. Зі сторони внутрішніх органів патології не виявлено. Під час огляду зовнішніх статевих органів виявлено: великі статеві губи прикривають малі, слизова гіперемована, в нижній третині відмічається зрощення малих статевих губ. При розтягуванні ділянка зрощення досить тонка. Виділення жовтуватого-зеленоваті білі з неприємним запахом.

Завдання: Попередній діагноз? План обстеження та лікування?

Відповідь: Сінехії малих статевих губ. Вульвовагініт. Обстеження: загальний аналіз сечі (необхідний для виключення супутнього запалення сечовидільної системи), загальний мазок (виключити діагноз вульвіт), посів на флору і чутливість до антибіотиків (при підозрі на запальний процес). Лікування: почати консервативно: місцеве лікування вульвовагініту антисептиками, сидячі ванночки з відварами трав. Нанесення на місце зрощення гормональних лікарських засобів (овестин, фолікулін). При

неефективності лікування протягом двох тижнів – оперативне роз'єднання сінехій.

2. Мати дівчинки 3 років повторно звернулась до лікаря педіатра. Дівчинка скаржиться на біль в ділянці пихви, дівчинка весь час намагається засунути руки у трусики, порушився сон, дитина дратлива. В першій раз це було розцінено як онанізм призначені седативні препарати. Позитивної динаміки від лікування не має. Мати відмічає, що на трусах дитини є багато зелено-жовтих виділень. Патологічних змін зі сторони внутрішніх органів не виявлено. При огляді зовнішніх статевих органів звертає на себе увагу гіперемія слизової предверія пихви та велика кількість гнійноподібних виділень.

Завдання: Яка можлива причина такого ускладнення? Тактика ведення?

Відповідь: Інородне тіло в пихві. Обстеження: огляд дитячого гінеколога, вагіноскопія, мазки на флору, урогенітальний бак.посів, УЗД, загальний аналіз сечі. Елімінація інородного тіла, подальше лікування вульвовагініта місцево антисептичними препаратами.

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 інтерпретації 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 інтерпретації даних клінічного,

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.

Дисципліна: «Дитяча гінекологія»

	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 інтерпретації 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 інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда 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/>

