

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**

на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Гінекологія дитячого віку</b> (код курсу 9.0.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

## **I. Науково-методичне обґрунтування теми**

За останні роки в практичній гінекології відбулося ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги дівчаткам і підліткам на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні у цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу становлення репродуктивної функції, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства.

## **II. Навчально-виховні цілі**

*Для формування умінь курсант повинен знати:*

1. Класифікацію жіночих статевих органів.
2. Будову жіночих статевих органів.
3. Функції жіночих статевих органів.
4. Циклічні зміни в організмі жінки.
5. Зібрати гінекологічний анамнез.
6. Деонтологічні аспекти дитячої гінекології.
7. Провести загальний огляд пацієнтки.
8. Провести зовнішнє обстеження.

*Курсант повинен засвоїти:*

1. Сучасні методи діагностики, які використовуються в дитячій та підлітковій гінекології.
2. Особливості огляду дівчаток і підлітків.
3. Особливості перебігу запальних захворювань у дівчаток та підлітків.
4. Становлення менструальної функції у дівчаток та підлітків.
5. Порушення статевого розвитку у дівчаток та підлітків.
6. Порушення менструального циклу у дівчаток та підлітків.
7. Лікування порушень менструального циклу у дівчаток та підлітків.
8. Проведення загального огляду дівчаток та підлітків.
9. Проведення гінекологічного дівчаток та підлітків.

*У результаті проведення заняття курсант повинен уміти:*

1. Зібрати гінекологічний анамнез у дівчаток та підлітків.
2. Провести загальний огляд дівчаток та підлітків.
3. Провести гінекологічне обстеження дівчаток та підлітків.
4. Взяти мазки на флору та цитологію у дівчаток та підлітків.
5. Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження у дівчаток та підлітків

## **III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця**

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження гінекологічних хворих та виконанні лікарських маніпуляцій.

Розвинути почуття відповідальності у лікарів за правильність дій на етапах обстеження та лікування гінекологічних хворих з нейроендокринними синдромами.

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

#### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Розвиток дівчинки та встановлення менструальної функції.	Оцінювати ступень розвитку дівчинки та своєчасність встановлення менструальної функції.
2. Фізіологія	Нейро-гуморальна регуляція репродуктивної функції. Характеристика нормального менструального циклу.	Оцінювати відхилення від фізіологічних параметрів нормального менструального циклу.
<i>Наступні:</i>		
1. Біохімія	Механізми розвитку аменореї та нейроендокринних синдромів на біохімічному рівні.	Давати оцінку показникам біохімічного дослідження репродуктивної системи.
2. Педіатрія	Причини розвитку первинної аменореї та нейроендокринних синдромів у дівчат підлітків.	Оцінювати фактори ризику аменореї та нейроендокринних синдромів у дівчат підлітків.

#### V. Зміст навчального матеріалу

На початку заняття необхідно звернути увагу на те, що повноцінне клінічне обстеження та лікування дівчаток можливе тільки разом із педіатром, ендокринологом і терапевтом.

Основним завданням лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку є виявлення і здійснення діагностики і лікування порушень та захворювань репродуктивної системи у дівчат, проведення профілактичних оглядів щодо запобігання гінекологічній захворюваності та інформаційної роботи зі статевих виховання при підготовці дівчаток до материнства, розробляє і здійснює конкретні заходи, спрямовані на оздоровлення контингенту дівчат, які почали статеве життя. Він повинен працювати в тісному контакті з педіатрами, лікарями спеціалістами, педагогами, керівниками дитячих дошкільних закладів, шкіл, училищ.

Лікар-гінеколог проводить прийом в кабінеті дитячої і підліткової гінекології та статевих виховання, який організовуються у складі обласної (міської, районної) лікарні, жіночої консультації або дитячої поліклініки і є організаційно-методичним, консультативним центром. Лікар забезпечує поглиблене, комплексне обстеження дітей та підлітків з гінекологічними захворюваннями з метою уточнення діагнозу, визначення характеру і тактики лікування, надає медико-консультативну допомогу з проблем, пов'язаних із статевим вихованням і підвищенням рівня статевої культури у підлітків, організовує, при необхідності, консультації обласного (міського) лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку.

У кабінеті дитячої і підліткової гінекології та статевих виховання проводяться наступні маніпуляції:

- забір матеріалу – вагінального вмісту для бактеріологічного та бактеріоскопічного дослідження;
- забір матеріалу – вагінального вмісту для визначення ступеня естрогенної насиченості;

- вагіноскопія;
- видалення стороннього тіла піхви;
- обробка легких травм зовнішніх статевих органів;
- видалення кондилом з наступним патогістологічним дослідженням;
- роз'єднання синехій;
- санація піхви;
- підшкірні, внутрішньом'язові ін'єкції хворим, що не вимагають госпіталізації;
- підшкірні проби з естрогенами, гестагенами;
- апробація нових методів діагностики та лікування;
- навчально-методична робота щодо впровадження статевого виховання у підлітків;
- консультації з питань сексуальної поведінки;
- консультації з питань контрацепції, профілактики та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом.

Показаннями для направлення дітей та підлітків на консультативний прийом до лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку є такі стани:

- діти та підлітки з підозрою на гінекологічну патологію, виявлену лікарями-педіатрами під час профоглядів в дошкільних дитячих закладах, школах, училищах;
- початок менструальної функції (при наявності відхилень); відсутність вторинних статевих ознак в 12 – 13 років;
- відсутність менструації у віці понад 14 років;
- передчасна поява ознак статевого розвитку (ріст молочних залоз, волосся на лобку до 8 років);
- порушення розвитку зовнішніх статевих органів;
- ожиріння II – III ступеня або дефіцит маси тіла понад 10 % у період статевого дозрівання;
- патологічне оволосіння;
- відхилення у фізичному розвитку;
- скарги на патологічні виділення із статевих шляхів;
- патологічні зміни в аналізах сечі (для виключення вульво-вагініту);
- біль у черевній порожнині незрозумілого походження;
- діти та підлітки з екстрагенітальною патологією (захворювання серцево-судинної системи, нирок та сечовивідних шляхів, органів ендокринної системи та ін);
- дівчата, які часто хворіють (ГРВІ, тонзиліти);
- перенесене з ускладненнями хірургічне втручання на органах черевної порожнини;
- наявність анамнестичних даних про генетичні відхилення в родині.

В теперішній час в Україні прийнята трьох ступенева система надання гінекологічної допомоги дівчатам і підліткам:

I ступінь – представлена лікарями шкіл, дільничними педіатрами, медперсоналом дитячих поліклінік;

II ступінь – дитячими гінекологами, до яких направляють дівчат дільничні педіатри і лікарі дитячих поліклінік, приводять за власною ініціативою батьки, направляють з прийому вузькі спеціалісти;

III ступінь – висококваліфікованими спеціалістами відділень дитячої і підліткової гінекології та консультаційних кабінетів при великих акушерсько-гінекологічних клініках, науково-дослідних інститутів.

Відділення дитячої та підліткової гінекології є структурним підрозділом обласної (міської) лікарні. Кількість ліжок визначається з розрахунку 1 ліжко на 50 000 населення дитячого та підліткового віку. Керівництво відділенням здійснюється завідуючим, яким може бути лікар акушер-гінеколог чи педіатр вищої або першої категорії, який пройшов курси

удосконалення з гінекології дитячого та підліткового віку. Основними завданнями відділення є надання висококваліфікованої гінекологічної лікувально-діагностичної допомоги дітям та підліткам, виконання хірургічних втручань при гінекологічних захворювань, надання ургентної допомоги, системне впровадження нових методів діагностики і лікування.

Найчастіше зустрічаються пубертатні маткові кровотечі, частота яких досягає 10%, а також аменорея, дисменорея та запальні процеси.

Необхідно звернути увагу на етіологію ювенільних кровотеч, у виникненні яких важливу роль відіграють хронічні і гострі інфекційні захворювання, неправильне харчування (гіповітаміноз), психічні травми й перенапруження. Необхідно також звернути увагу на особливості протікання запального процесу у дівчаток у пубертатному періоді.

В основі розвитку ювенільних кровотеч лежить порушення функції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Незрілість гіпофізарних структур гіпоталамусу в пубертатному віці виражається у відсутності ще не сформованого циркоїдного ритму виділення РГЛГ, призводить до порушення циклічного утворення і виділення гонадотропінів, що у свою чергу порушує процеси фолікулогенезу в яєчниках і веде до ановуляції. Для ювенільних кровотеч характерний особливий тип ановуляції, при якому проходить атрезія фолікулів, що не досягає овуляторної стадії зрілості. При цьому порушується стероїдогенез у яєчниках, продукція естрогенів має відносно монотонний, але довгочасний характер, прогестерон утворюється в дуже незначній кількості. Створюється прогестерондефіцитний стан, який відображається насамперед на ендометрію. При дефіциті прогестерону ендометрій не має секреторної трансформації, а гіпертрофується й набуває залозисто-кістозних змін.

повнокров'я сприяє довгій кровотечі (знижена скоротлива активність матки), при її гіпоплазії.

Треба знати клінічну картину ювенільних кровотеч, яка характеризується довгими (більше 7 днів), значними, анемізуючими хвору, циклічними кровотечами. Найбільш типові кровотечі після затримки менструації на 1,5-6 міс., однак кровотечі можуть наступити і через 14-16 днів після початку попередніх кров'янистих виділень. Ациклічні кровотечі можуть початися з періоду менархе, частіше на протязі 1,5-2 років після першої менструації, на фоні невстановленого циклу.

Клінічна картина ювенільних кровотеч у значній мірі визначається ступінню крововтрати. Анемізація проявляється в слабкості, відсутності апетиту, втомі, головних болях, блідості шкіри, тахікардії.

Аменорея може бути істинною й несправжньою. В останньому випадку відсутність місячних тільки здається, в дійсності циклічні процеси мають місце, але менструальні виділення не знаходять виходу із-за механічних перешкод і накопичуються в порожнині вагіни або матки (атрезія гімену, піхви, цервікального каналу).

Відсутність менструації у дівчини до 16 років при нормальному розвитку статевих органів і вторинних статевих ознак, при задовільному загальному розвитку, слід рахувати фізіологічною аменореєю. Відсутність місячних у більш пізньому віці повинна розглядатися, як ненормальне явище, і потребує в'яснення причин аномалії. Найчастіше відсутність менструацій є однією з ознак загальної затримки статевого розвитку і носить тимчасовий характер.

Значно рідше відсутність місячних є наслідком важких, незворотніх анатомічних змін, вад розвитку статевих органів, деструктивних змін ендометрію, важкого недозрівання або раннього ураження обох яєчників із повною загибеллю фолікулярного апарату. В таких випадках аменорея стійка і не підлягає лікуванню.

В період статевого дозрівання часто спостерігається вторинна аменорея, тобто зупинка місячних після того, як настав час менархе. Як відомо, у багатьох дівчат правильні менструації встановлюються не зразу, а тільки через декілька місяців або через рік і навіть більше, однак

місячні в подальшому спонтанно стають правильними, тому такі затримки вважають не патологічними.

Інтернам слід знати і таку форму розладу менструальної функції у дівчаток, як дисменорея - менструації, що супроводжується дуже різкими, інколи нестерпними болями, які ускладнюються і загальним нервовим розладом.

Дисменорея нерідко виникає, як і менструації, в період менархе або трохи пізніше, без якого-небудь гінекологічного захворювання. В інших випадках дисменорея виникає вторинно, як наслідок певного захворювання статевих органів (пухлина матки, запалення, стеноз маткового вічка та ін.). В ювенільному віці дисменорея зустрічається дуже рідко.

Необхідно чітко розрізняти різні аномалії менструальної функції у дівчаток, вчасно їх діагностувати й лікувати. Так лікування ювенільних кровотеч поділяється на 2 основні етапи: гемостаз і профілактика рецидивів кровотеч. Гемостаз при значній кровотечі можливий за допомогою гормонів і шляхом вишкрібання матки. Вибір методу гемостазу визначається загальним станом хворої й ступінню крововтрати.

З метою гормонального гемостазу у дівчаток використовуються комбіновані естроген-гестагенні препарати (бісекурін, нон-овлон, ановлар). Їх призначають 3-4 рази на день по 1 табл. Гемостаз досягається, як правило на протязі 1-2 днів, після чого дозу зменшують до 1 табл. на день (15-20 днів).

Одночасно з гемостазом проводять активну антианемічну терапію, що включає:

- переливання крові, еритромаси, плазми;
- переливання реополіглокіну (8-10 мг/кг);
- в/м 1% розчину АТФ по 2 мл щоденно (10 днів);
- препарати заліза – феркофен, фероплекс, конферон, ферум-лек;
- вітаміни: В12, В6, С, Р;
- глюконат кальцію по 0,5 г, 3-4 рази на день;
- котарніну хлорид по 0,05 г, 2-3 рази на день;
- при необхідності – утеротонічні препарати.

Рекомендується з 16 по 25 день після вишкрібання приймати по 1 табл. гестагенів: прегнін по 2 мг 3 рази на день або норколут по 5 мг (1 табл. на день). Необхідно вести контроль менструального циклу (реакцією й крововтратою).

Другий епат лікування ювенільних кровотеч - профілактика рецидиву кровотечі. Для цього призначають естроген-гестагенні препарати з 16 по 25 день сформованого циклу на протязі 3-4 місяців. Можна використовувати чисті гестагени: норколут з 16 по 25 день циклу, або 17-оксіпрогестерону капронат на 17 і 21 день циклу на протязі 3-4 місяців. Також для профілактики рецидивів ЮК використовують фізичні фактори: електрофорез, гальванізація молочних залоз, вібраційний масаж паравертебральних зон, електростимуляція шийки матки, голкорексфлексотерапія, електропунктура, лазеропунктура.

Дівчатка, які знаходяться під наглядом із приводу ЮК, не повинні звільнятися від фізкультури, так як вона тільки укріплює організм.

Лікування аменореї повинно складатися, враховуючи причину й патогенез розладу менструації. Так як аменорея є симптомом відставання загального й статевого розвитку, то і лікування буде спрямоване на ліквідацію затримки статевого розвитку. По-перше, якщо дівчинка хворіє будь-якою соматичною хворобою, необхідно призначити відповідну симптоматичну терапію. При аліментарній дисфагії або авітамінозах в першу чергу призначити раціональне посилене харчування, достатнє по калорійності, збагачене білками й вітамінами. На фоні опасистості аменорея лікується за допомогою відповідної дієти, фізкультури, гідротерапії.

Для корекції функції нейрогіпофізу використовується гальванічний комір по Щербаку.

Гормонотерапія дає хороший ефект переважно при аменореї і проводиться двома курсами: підготовчий (низькі дози естрогенів, по 5-7 днів кожні 2 тижні) і циклічний (вищі дози естрогенів разом з прогестероном).

При лікуванні дисменореї необхідно завжди враховувати нервово-психічний статус хворої, відповідно треба проводити психотерапію з терапевтичними заходами (анальгетики, психопрофілактична підготовка). При конституційних аномаліях і гіпоплазії статевих органів необхідно нормалізувати харчування, використовувати зміцнюючі препарати, санаторно-курортне лікування й гормонотерапію (прогестерон, прегнін за 5-6 днів до менструації, можна естроген), фізичні фактори (тепло на низ черева, іонофорез, комір по Щербакі).

Дівчатка з різними аномаліями менструальної функції повинні знаходитися під наглядом дитячого гінеколога, ендокринолога, терапевта-педіатра.

### **Аномалії розвитку статевих органів у дівчаток.**

У дівчаток найбільш розповсюджені в практичному відношенні вади розвитку піхви та матки. В залежності від того, на якій стадії ембріонального життя виникла зупинка розвитку, а також від рівня протяжності й характеру порушень, що мали місце, спостерігаються дуже різноманітні варіанти аномалій, які схематично зведені в **3 основні групи**:

1. Повна або часткова відсутність двох мюлерових каналів, рудиментарний їх стан, неповна каналізація.
2. Повне або часткове незлиття нижніх частин каналів.
3. Зупинка розвитку уже злитих частин мюлерових каналів. Відповідно цьому з практичної точки зору можна розглядати наступні три основні клінічні форми вад розвитку матки й піхви: 1. Повна або часткова відсутність матки й піхви (аплазія). 2. Роздвоєний їх розвиток. 3. Різні ступені недорозвитку органів (гіпоплазія). Спостерігаються й інші комбінації відмічених форм.

Необхідно звернути увагу інтернів на різницю між аплазією й атрезією матки. Аплазія піхви і матки – первинна відсутність (повна або часткова) даних органів в результаті аномалії розвитку мюлерових ходів, в той час, як атрезія не є вадю розвитку, а виникає вторинно головним чином у результаті запального процесу в нормально розвиненому органі. Однак аплазія і атрезія піхви та матки відрізняється тільки по етіології і патогенезу, а по клініці й методах лікування вони дуже близькі.

Повна аплазія піхви зустрічається дуже рідко і може одночасно спостерігатися з відсутністю матки й додатків, або при нормальному їх розвитку. До рідких вад розвитку відноситься також вроджена атрезія матки. З настанням менструальної функції зразу ж починає розвиватися гематометра, яка в подальшому ускладнюється гематосальпінксом, розривом труби, перитонітом. Запобігти ускладненням можна тільки своєчасним і досить складним оперативним втручанням.

Курсанти повинні знати, що самою розповсюдженою формою вродженої атрезії геніталій є гіменальна, яка характеризується певною клінічною картиною, як правило, із настанням менархе і лікується дуже простим засобом оперативного втручання (розріз гімену).

Слід знати, що незлиття мюлерових каналів зумовлює роздвоєний розвиток матки та піхви, яке може бути повним або частковим.

Вказані види незлиття мюлерових каналів можуть спостерігатися або одночасно і в матковій, і у вагінальній частинах каналів, або тільки в одній з них. Якщо обидва мюлерових канали стикаються в середній і нижній частині, але не зливаються на всьому протязі, виникає дуже рідкісна аномалія – подвійна матка і подвійна піхва. При частковому незлитті виникає

двурога матка (ступінь вираженості обох рогів матки буває від повної до ледь помітної). Неповне злиття мюлерових каналів виражається у формі різних перетинок у порожнині матки або піхви і може бути повним, неповним і зачатковим.

Роздвоєння внутрішніх статевих органів не проявляється ніякими розладами і виявляється тільки випадково або залишається зовсім не поміченим. Своєчасне виявлення подібної аномалії має певне значення при взятті мазків при вагіноскопії, лікуванні дитячих вагінітів. Лікування ускладнень роздвоєного розвитку піхви й матки в дитячому віці потрібно тільки у виключних випадках, коли проходить затримка менструальних виділень в одному з рогів матки. Реконструктивні операції, які виконуються в ряді випадків для попередження ускладнень, пов'язаних з вагітністю і пологами або зі статевим життям, повинні бути відкладені до досягнення дітородного віку.

Недорозвинення статевих органів виникає тоді, коли їх розвиток зупиняється на фетальній або дитячій стадії. В дитячому віці недорозвинення матки та інших статевих органів може мати тимчасовий характер, залежить від зовнішніх факторів, що негативно впливають на функцію яєчників. Дуже рідко має місце стійка вроджена гіпоплазія матки, яка зупиняється на фетальній стадії розвитку, при такій матці менструації у дівчат не настають.

Частіше в практиці зустрічаються випадки гіпоплазії менш значних ступенів, коли ріст матки зупиняється на дитячому ступені розвитку. При такій матці можуть бути менструації, але вони виникають пізно і часто протікають із різними розладами. Недорозвиненість матки часто поєднується з недорозвитком і інших частин статевого апарату, хоча ступінь їх, гіпоплазії може бути неоднаковою.

#### **VI. План та організаційна структура семінарського заняття**

<b>№ п/п</b>	<b>Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст</b>	<b>Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення</b>	<b>Розподіл часу</b>
1. 2. 3. 4.	<b><i>Підготовчий етап</i></b> Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<b><i>Основний етап</i></b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом:	Семінар-конференція	75 хв.



	1. Визначення менструального циклу, його характеристика. 2. Рівні регуляції менструального циклу. 3. Роль ЦНС, гіпоталамічної області в регуляції менструального циклу? 4. Гормони гіпофіза та їх значення. 5. Які зміни відбуваються в яєчнику в першій і другій фазах циклу? 6. Фази розвитку жовтого тіла. 7. Зміни в слизовій оболонці матки, які виникають на протязі менструального циклу. 8. Тести для визначення функціонального стану яєчників.		
1. 2. 3.	<b>Заключний етап</b> Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

## VII. Методичне забезпечення

*Місце проведення заняття:* навчальна кімната, палати гінекологічного відділення, кабінет функціональної діагностики.

*Оснащення:* Для проведення заняття підготувати 3-5 дівчаток і підлітків з різними формами гінекологічної патології, історії хвороби, необхідні аналізи, таблиці тощо.

### ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Уварова Е.В. Гиперандрогенные проявления и основные пути их коррекции у девочек-подростков // Репродуктивное здоровье женщин. – 2003. – № 2. – С. 66 – 73.
2. Чайка В.К., Матыцина Л.А., Синенко Л.В. Тактика ведения девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями // Методические рекомендации. – Донецк. – 2000. – 18 с.
3. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под. ред. Е.К. Айламазян. - М., 2006.
4. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А. Сулопарова. - М.: 2006.
5. Лихачов В.К. Практическая гинекология/ В.К. Лихачов. - Руководство для врачей. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. - 664 с.
6. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення».
7. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
8. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
9. *Гинекология:* национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.

10. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство / Под ред. профессора В.К. Чайки. – Донецк: ООО «Альматео», 2001. – 608 с.
11. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

### ***Контрольні питання:***

1. Класифікація розладів менструальної функції у дівчаток.
2. Етіологія та патогенез розладів менструальної функції у дівчаток.
3. Лікування розладів менструальної функції у дівчаток.
4. Класифікація вад розвитку статевих органів у дівчаток.
5. Етіологія та патогенез аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.
6. Клініка та лікування аномалій розвитку статевих органів у дівчаток.

### ***Контрольні задачі***

#### *Задача 1*

До лікаря жіночої консультації звернулася хвора 16-ти років з скаргами на значні пінисті виділення з неприємним запахом, печію, свербіж в ділянці зовнішніх статевих органів і відчуття тяжкості внизу в піхві. Два тижні тому мала випадкові статеві зносини. При огляді в дзеркалах виражена гіперемія слизової піхви, мацерація епітелію, в задньому склепінні накопичення гнійних виділень зеленуватого кольору, пінистого вигляду, шийка матки чиста. Бімануальне дослідження: матка нормальної величини, щільна, рухлива, безболісна. Придатки з обох сторін не визначаються, ділянка їх безболісна.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Трихомонадний кольпіт.
- Б. Бактеріальний вагіноз.
- В. Гонорея нижнього відділу статевих шляхів.
- Г. Туберкульозний кольпіт.
- Д. Кандидоз.

#### *Задача 2*

Дівчинка 6 років, захворіла гостро. Захворювання почалось в області зовнішніх статевих органів при сечовиділенні і виразок на слизовій оболонці статевих губ. Мати не зверталась до лікаря 3 дня, думаючи, що це зопрілість. через 3 доби мати привезла дівчинку до дільничного педіатра, який направив її в кабінет гінеколога дитячого віку. Вночі стан дитини погіршився, появилася блювота, біль в горлі. стан хворої при поступленні в стаціонар важкий. Звертає на себе увага блідість шкірних покривів, в'ялість, набряк шийної клітковини, блискучі відкладення на мигдаликах, які переходять на дужку справа і частину м'якого піднебіння. Відмічається значний набряк великих статевих губ. На слизовій оболонці статевих губ є виразки із синюшною гіперемією, такі ж виразки знаходяться в ділянці промежини і внутрішній поверхні стегон. Сечовиділення затруднене, супроводжується біллю.

Про яке захворювання можна думати:

- А. Бактеріальний вульвовагініт.
- Б. Грибковий вульвовагініт.
- В. Дифтерія піхви.
- Г. Трихомонадний кольпіт.
- Д. Гонорейний кольпіт.

#### *Задача 3*

До дитячого гінеколога звернулася мати з дівчинкою 6 років зі скаргами на білі гнійного характеру, які подразнюють шкіру статевих органів і стегон. Дитина від 4 вагітності, пологи були передчасними, вага при народженні 2200 г. Дівчинка часто хворіє тонзилітом, її фізичний розвиток відповідає віку, худорлява. При огляді: зовнішні статеві органи гіперемовані, з набряком. Виражена гіперемія присінку піхви і дівочої перетинки. Виділення із статевої щілини значні, слизово-гнійні.

Про яке захворювання можна думати?

- А. Цукровий діабет.
- Б. Вульвовагініт.
- В. Дифтерія піхви.
- Г. Трихомонадний кольпіт.
- Д. Цистит.

#### *Задача 4*

Хвора 17 років скаржиться на болі внизу живота, підвищення температури тіла до 37,5 С, гнійні виділення із статевих шляхів, різі при сечовиділенні. Статеве життя із 16 років, не вагітніла, в шлюбі не перебуває. Менструальна функція не порушена. Захворіла гостро, на 7 день менструального циклу. Гінекологічний статус: уретра інфільтрована, шийка матки гіперемована, набрякла, з великою ерозією, з цервікального каналу значні слизово-гнійні виділення. Матка не збільшена, болюча при пальпації, придатки з обох сторін потовщені, болючі, склепіння глибокі. При бактеріоскопії мазків з уретри і цервікального каналу виявлені диплококи, які розміщуються поза- і внутрішньоклітинно.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гостра гонорея нижнього відділу сечостатевих шляхів.
- Б. Гостра висхідна гонорея.
- В. Підгостра висхідна гонорея.
- Г. Хронічна гонорея нижнього відділу сечостатевих шляхів.
- Д. Торпідна гонорея.

#### *Задача 5*

Мама хворої дитини 5 років звернулася до гінеколога з приводу появи у дитини сильного свербіння та відчуття печії у піхві. Із анамнезу – приймала антибіотики для лікування бронхіту. При огляді – набряк вульви. Виділення густі, містять сиркоподібні маси.

Який попередній діагноз?

- А. Кандидозний вульвовагініт.
- Б. Гостра гонорея.
- В. Трихомонадний вульвовагініт.
- Г. Урогенітальний хламідіоз.
- Д. Мікоплазмоз

#### *Відповіді на задачі*

- 1. – А;
- 2. – В;
- 3. – В;
- 4. – Б;
- 5. – А.

#### *Задача 6*

У дівчини 16 років, з'явилися кров'яністі виділення з статевих шляхів, які продовжуються 8 днів після 2-місячної затримки. Перша менструація з'явилась 4 місяці тому. Тривалість

менструацій 2 дні, через 28 днів, помірні, безболісні. Статеве життя заперечує. Фізичний розвиток відповідає віку. Дівоча перетинка ціла. При ректо-абдомінальному дослідженні патології не виявлено. Гемоглобін 90 г/л.

Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гормонопродукуюча пухлина яєчника.
- Б. Адреногенітальний синдром.
- В. Дизгенезія гонад.
- Г. Ювенільна маткова кровотеча.
- Д. Викидень, що не відбувся.

*Задача 7*

У гінекологічне відділення звернулася дівчина 14-ти років з скаргами на кров'янисті виділення із статевих шляхів на протязі 3-х тижнів, слабкість, головокружіння, менархе 6 місяців тому, менструації нерегулярні. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, тахікардія, АТ 90/50 мм.рт.ст. В аналізі крові Нб – 82 г/л, кількість тромбоцитів 240 тис. Гінекологічне дослідження – virgo. При ректо-абдомінальному дослідженні: матка і придатки без патології.

Яка патологія обумовлює таку картину?

- А. Гормонопродукуюча пухлина яєчника.
- Б. Ювенільна кровотеча. Постгеморрагічна анемія.
- В. Залізодефіцитна анемія.
- Г. Хвороба Верльгофа.
- Д. Геморагічний діатез.

*Задача 8*

Дівчина 17 років звернулася до дитячого гінеколога з скаргами на посилений ріст волосся на ногах, передпліччях, передній стінці живота, навколососкових кружках, ожиріння, відсутність менструації протягом останніх 6-ти місяців. Менструації з 14-ти років, нерегулярні, з затримками до 2 – 3 місяців, незначні. Об'єктивно: невисокого зросту, підвищеної ваги, ріст волосся за чоловічим типом. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, дівоча перетинка не порушена. При ректо-абдомінальному дослідженні: матка не збільшена, придатки з обох сторін збільшені, 5 x 4 см, щільні, рухливі, безболісні. При УЗД дослідженні визначаються збільшені яєчники, до 5 см в діаметрі, оболонка до 2 – 3 мм, щільна, співвідношення величини до матки 1:2.

Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Синдром склерополікістозних яєчників.
- Б. Гормонопродукуюча пухлина яєчника.
- В. Дермоїдна кіста яєчника.
- Г. Аденома гіпофіза.
- Д. Синдром Іценко-Кушинга.

*Задача 9*

Хвора 17 років звернулася до гінеколога зі скаргами на плаксивість, депресивний настрій, агресивність, нагрубання молочних залоз, які відмічаються у неї за 3-4 дні до менструації та після початку останньої зникають. В анамнезі: пологів – 0, абортів – 0. Менархе в 13 років, менструації через 31 добу, протягом 4-5 діб, регулярні, безболісні, не рясні. При ректо-абдомінальному дослідженні патології геніталій не виявлено.

Встановити найбільш ймовірний діагноз.

- А. Нервово-психічна форма передменструального синдрому.
- Б. Фіброзно-кістозна мастопатія.
- В. Альгодисменорея.
- Г. Цефалгічна форма менструального синдрому.
- Д. Тиреотоксикоз.

### *Задача 10*

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

Сформулюйте попередній діагноз.

- А. Аденоміоз.
- Б. Травма зовнішніх статевих органів.
- В. Пубертатна менорагія.
- Г. Хвороба Верльгофа.
- Д. Поліп ендометрію.

### *Задача 11*

Дівчина 15 років скаржиться на кров'янисті виділення зі статевих органів на протязі 14 днів, що з'явилися після тримісячної затримки менструації. В анамнезі часті носові кровотечі. При огляді: бліда, на шкірі петехіальні висипання, крововиливи. АТ – 100/60 мм. рт. ст., Рс – 82 уд./хв., Нв – 90 г/л, Нт – 28%, тромбоцити –  $80 \times 10^9$ /л. При ректальному дослідженні: матка 4x4x3, щільна, неболюча. Додатки не пальпуються. Виділення з піхви кров'янисті помірні.

Для якого захворювання характерна така клінічна картина?

- А. Ювенільна маткова кровотеча.
- Б. Геморагічний васкуліт.
- В. Гранульозоклітинна пухлина яєчника.
- Г. Тромбоцитопенічна пурпура. Ювенільна маткова кровотеча.
- Д. ДВЗ – синдром.

### *Задача 12*

Хвора 16 років звернулась із скаргами на рясну менструацію.

Як класифікувати дане порушення?

- А. Метрорагія.
- Б. Менорагія.
- В. Олігоменорея.
- Г. Альгодисменорея.
- Д. Аменорея.

### *Задача 13*

У дівчинки, 14 років, що хворіє на хворобу Верльгофа, виник геморагічний криз з масивною матковою кровотечею. Що необхідно в першу чергу провести для зупинки кровотечі?

- А. Довенне крапельне введення поліглюкіна.
- Б. Довенне введення глюкозосольових розчинів.
- В. Довенне введення альбуміну.
- Г. Трансфузія еритроцитарної маси.
- Д. Трансфузія тромбоцитарної маси.

*Відповіді на задачі*

1. – Г;
2. – Б;
3. – А;
4. – А;
5. – В;
6. – Г;
7. – Б;
8. – Д.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**