

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

**ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ
У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

Методичні рекомендації
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 6 року навчання
до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Електронний ресурс

Харків – 2025

Рецензенти:

О. В. Грищенко – доктор медичних наук, професор кафедри загальної практики – сімейної медицини медичного факультету ХНУ імені В. Н. Каразіна;

І. А. Качайло – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики ХНМУ.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 9 від 23 квітня 2025 року)*

Патологічні стани репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці :
П 20 методичні рекомендації для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 6 року
навчання до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія» / укладачі:
А. В. Сторчак, Л. В. Омельченко, Т. О. Козуб. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна,
2025. – (PDF 21 с.)

Методичні рекомендації містять перелік теоретичних питань з даної теми для
самостійної підготовки студентів до практичного заняття, список рекомендованої та
додаткової літератури, а також приклади тестових завдань.

УДК 618.1-053.2(072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2025

© Сторчак А. В., Омельченко Л. В.,
Козуб Т. О., уклад., 2025

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. Вплив негативних чинників в процесі розвитку репродуктивної системи дівчинки.....	6
РОЗДІЛ II. Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду	9
РОЗДІЛ III. Дисменорея.....	14
ТЕСТОВІ ПИТАННЯ.....	16
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	19

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

А – аменорея

Агоністи ГрГР – агоністи гонадотропін-релізінг гормонів

АМК – аномальні маткові кровотечі

АМК ПП – аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду

АЧР – активований час рекальцифікації

АЧТЧ – активований частковий тромбопластиновий час

ЗДА – залізо-дефіцитна анемія

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

МЦ – менструальний цикл

НЛФ – недостатність лютеїнової фази

НПЗП – нестероїдні протизапальні препарати

ОМТ – органи малого тазу

ПІ – протромбіновий індекс

ЦНС – центральна нервова система

Ht – гематокрит

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

ВСТУП

Формування репродуктивного здоров'я починається з самих ранніх етапов життя дівчинки під впливом соціальних, біологічних, економічних факторів, окрім того, важливе місце займає стан екології, якість медичної допомоги населенню, спосіб життя підлітка.

Своєчасне виявлення та лікування захворювань органів репродуктивної системи у дівчат-підлітків є найважливішим завданням сучасної медицини, в першу чергу тому, що багато хронічних хвороб дорослих є продовженням патології підлітків. Це також один з чинників, який безпосередньо впливає на народжуваність в країні.

У структурі гінекологічної захворюваності серед дівчат-підлітків, по даним літератури, на першому місті знаходяться нерегулярні місячні та аменорея, це складає до 45% порушень менструального циклу; на другому - аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК ПП) – 20%; на третьому місці – гіпоталамічний синдром та аменорея – 10%.

РОЗДІЛ І. ВПЛИВ НЕГАТИВНИХ ЧИННИКІВ В ПРОЦЕСІ РОЗВИТКУ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ДІВЧИНКИ

Відомо, що формування репродуктивного здоров'я жінок зумовлено комплексом біологічних, соціальних та економічних факторів, станом екології, якістю медичної допомоги населенню та починається з процесу формування репродуктивної системи. На цей процес впливають різні фактори у різні вікові періоди.

Порушення здоров'я матері, які впливають на процеси стероїдогенезу, змінюючи стабільність рівня гормонів та впливаючи на формування статеві системи дівчинки. Це можуть бути:

- порушення репродуктивної функції матері (розлади МЦ, безпліддя, звичайне невиношування, патологічні пологи);

- патологічний стан здоров'я жінки у прегравідарний період (патологія щитоподібної залози, цукровий діабет та гінекологічні захворювання);

- ускладнене виношування вагітності;

- шкідливі умови праці та несприятливі соціально - побутові умови сім'ї.

Порушення в антенатальному періоді можуть надалі привести до патології статевих розвитку дівчинки, наприклад, використання лікарських засобів з тератогенним ефектом, вірусна, хламідійна та інші внутрішньоутробні інфекції.

Порушення в період новонародженості впливають на розвиток фолікулярного апарату яєчників, можуть уповільнити або прискорити розвиток чутливості рецепторів ендометрія та яєчників.

Фактори, які впливають на цей процес та можуть бути деструктивними для розвитку статеві системи дівчинки є народження дитини у передчасних пологах та з малою вагою;

- вірусні та бактеріальні інфекції;

- антибактеріальні та гормональні препарати у високих дозах, особливо без урахування показань;

- соціально-побутові та неналежні санітарно-гігієнічні умови, які порушують загальний і статевий розвиток дівчини.

Порушення у дитячому ("нейтральному") періоді можуть уповільнити або прискорити процесі розвитку чутливості тканини яєчників до гонадотропінів. Це приводить до надмірного та несвоєчасного розвитку декількох антральних фолікулів з можливою їх персистенцією (утворювання фолікулярних кіст) та виникненням АМК.

Ланцюги репродуктивної системи дівчинки починають активуватися середині "нейтрального" періоду. Зростання м'язової маси дівчинки стимулює рівень ФСГ, таким чином стимулює зростання рецепторів до нього у гранулезних клітинах фолікулів. Після досягнення "критичної" маси тіла дівчинки, 45-47 кг, починається секреція ЛГ, який активує чутливість рецепторів у гранулезних клітинах до ФСГ. А це є початок активного стероїдогенезу у яєчниках.

У цей період можуть мати місце шкідливі чинники, які пошкоджують рецепторний апарат яєчників:

віруси та дитячі інфекції (стрептококи, дифтерійна паличка та дифтероїди); шкідливе харчування, коли продукти мають підвищений вміст гормонів, антибіотиків, барвників та ін. (саме в цей віковий період у дівчат у 10 разів вище, ніж у жінок, чутливість гіпоталамусу та гіпофізу до гормонів).

Порушення у препубертатному періоді приводять до уповільнення або прискорення статевого розвитку. На це впливають:

екологічне неблагополуччя навколишнього середовища (“техногенна агресія”);

особисті психологічні переживання підлітка;

незбалансоване харчування;

неналежні соціально-побутові умови;

хвороби;

шкідливі звички, такі, як тютюнопаління, зловживання алкоголем, наркоманія та токсикоманія.

У цей період приєднується підвищення глюкокортикоїдної активності наднирників, починаючи період адренархе. Згодом, підвищення синтезу андрогенів і глюкокортикоїдів уповільнює розвиток фолікулів в яєчниках.

Встановлення пульсуючого ритму секреції гонадоліберіну (гонадотропін-релізінг гормона) та підвищення ЛГ є пусковим механізмом для формування менструального циклу, і це – завершення періоду адренархе. Пульсуюча секреція ЛГ та ФСГ, під впливом цирхоральної секреції гонадотропін-релізінг гормона, веде до встановлення циклічних змін у яєчниках зі зростанням фолікулів та появи першої менструальної кровотечі – менархе. При порушеннях пульсуючої секреції гонадоліберіну або/та гонадотропінів з’являється порушення МЦ, якщо має місце уповільнення виникає аменорея (А), при прискоренні – АМК ПП.

Порушення статевого розвитку у пубертатному періоді мають місце під впливом генетичних, психо-соціальних та соматичних проблем цієї вікової групи.

По даним МЗ України, на протязі 10 років (2004-2013 р.р.) у дівчаток 15-17 років підвищилася частота реєстрації наступних захворювань:

- епілепсії – на 96% (з 18,3 до 35,9 пацієнтів на 10000 населення);
- ожиріння – у 2,4 рази (с 117,1 до 277,5);
- гіпотеріозу – у 2,2 рази (з 5,0 до 11,1);
- сахарного діабету – на 32,9% (з 14,6 до 19,4);
- захворювань підшлункової залози – на 84,3% (з 28,0 до 51,6);
- есенціальної гіпертензії – на 58,3% (з 10,3 до 16,3).

Виснаження організму внаслідок порушення режиму активності та відпочинку, психічні навантаження, шкідливі звички ведуть до хаотичного коливання гормонів та формування патологічних станів репродуктивної системи.

У цей період у дівчаток відбувається дозрівання фолікулів до стадії великих і преовуляторних, тому збільшується рівень естрадіолу. Збільшується рівень ЛГ, який активує чутливість рецепторів ендометрія до естрогенів, які стимулюють його зріст. При достатньому розвитку ендометрія (зазвичай після другого піку ЛГ), з’являється менархе – перша менструація.

В усьому світі вік менархе залежить від жіночої біології, генетичних факторів, географічного регіону, факторів навколишнього середовища. Значну роль відіграють раса та етнічна приналежність. Середній вік менархе в усьому світі знижується, але масштаби цього зниження є предметом розбіжностей.

У США середній вік менархе – 11,9 років, у Канаді та Великобританії – 12,7 років та 12,3 роки відповідно; в Україні – 11-14 років, фізіологічні варіації можливі у вікових межах від 10 до 15 років.

Менархе спостерігається при біологічному (кістковому) віці $12,5 \pm 2$ роки, масі тіла 47 ± 5 кг і рівень екскреції естрогенів 10 мг/доб.

Патологічний перебіг менархе, це:

- раніше ніж 11.5 років – прискорене статеве дозрівання;
- поява в 15-16 років – запізніле статеве дозрівання;
- надмірна патологічна кровотеча з менархе;
- нерегулярні менструальні кровотечі (частіше 12-16 діб або тривалі затримки до 45-60 діб і більше);
- АМК з початку менархе;
- гіперполіменорея.

Встановлення менструального циклу у пубертатному періоді проходить кілька важливих моментів. Перші роки після менархе 80% менструальних циклів не супроводжуються овіляцією, однак, має місце регулярні менструації у 75-80% дівчат. У 20-25% підлітків перші 2 роки після менархе мають місце затримки менструацій, після яких кров'янисті виділення тривають >7 діб. Якщо вони не рясні і не призводять до анемії, то це розглядають, як варіант фізіологічної норми. Нерегулярні та ановуляторні цикли можуть мати місце до 1-5 років.

РОЗДІЛ II. АНОМАЛЬНІ МАТКОВІ КРОВОТЕЧІ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРІОДУ

Кровотечі в період статевого дозрівання, які зумовлені порушенням відторгнення ендометрія – це аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМК ПП).

На розлади менструального циклу (МЦ) вперше захворіло 17833 дівчат підліткового віку (15-17 років) або 29.11 на 1000 дівчат-підлітків (данні Центру медичної статистики МОЗ України у 2013 р.). Частота АМК ПП серед них коливається від 20 до 37% і становить понад 50% усіх звернень до дитячого гінеколога.

У пубертатному періоді організм дівчинки надзвичайно вразливий до негативних впливів. Порушення гормонального гомеостазу пов'язані з дискоординацією функції яєчників та гіпоталамо-гіпофізарного комплексу, недостатністю стероїдогенезу в яєчниках, порушенням рецепторного апарату ендометрія.

За міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ -10) АМК включає такі патологічні стани:

Код:

N92. Надмірна, часта та нерегулярна менструація

N92.0 Надмірна і часта менструація з регулярним циклом

N92.1 Надмірна і часта менструація з нерегулярним циклом

N92.2 Надмірна менструація в період статевого дозрівання

N92.3 Овуляторна кровотеча

N92.8 Дисфункціональна маткова кровотеча.

Окрім того використовується класифікація АМК по FIGO: PALM-COEIN.

Патогенез АМК ПП відбувається двома варіантами:

I варіант. Спочатку секреція гонадотропінів проходить хаотично, потім цей процес стає циклічним. Але, якщо мають місце несприятливі впливи, процес встановлення циклічного фізіологічного процесу порушується. У цьому разі можуть бути персистенція фолікула, атрезія фолікулів, недостатність лютеїнової фази. Це може бути причиною АМК ПП.

Тривала висока секреція ФСГ та різноамплітудна секреція ЛГ гальмує розвиток домінантного фолікула, до постійної наявності декількох фолікулів, та їх функціонування. Таким чином формуються мультифолікулярні яєчники (*центрльний генез*).

При розладах не відбувається зниження секреції ФСГ навіть при підвищеній концентрації естрогенів. Так формується персистенція фолікула, або функціональна кіста, можуть зростати декілька фолікулів (*периферичний генез*).

У подальшому – відсутність овуляції, недостатність гестагенів порушують відшарування ендометрія. Менструація відбувається несвоєчасно, довготривало та неповно. До того ж, має місце гіоплазія, незрілість матки, недостатня скоротливість міометрія, і це спричиняє патологічні кровотечі. З іншого боку гомеостаз в ендометрії – це складний процес між вазоконстрикцією, агрегацією

тромбоцитів, утворенням фібрину з формуванням згустку та регенерацією тканин, який сприяє зупинці кровотечі, в той же час включаються механізми антикоагуляції: пригнічення тромбоцитів простагландинами, вазодилатація та фібріноліз. І якщо перший процес переважає над другим, кровотеча зпиняється.

Алгоритм діагностичних заходів при АМК ПП.

Типи психологічних особливостей пацієнток с АМК ПП:

- ◆ гіпоестрогенний – тендітна статура, відставання статевого розвитку від однолітків та перфекціонізм;
- ◆ нормоестрогенний – гармонійний фізичний та статевий розвиток, схильність до тривожних та депресивних розладів;
- ◆ гіперестрогенний – дисгармонічне прискорення статевого розвитку та фізичної акселерації при уповільненому психосоматичному розвитку.

Фізикальне обстеження необхідне для співставлення фізичного і статевого дозрівання з віковими нормативами та врахування психологічних особливостей підлітків.

Обсяг крововтрати проводиться відповідно до піктограми уніфікованого клінічного протоколу “Аномальні маткові кровотечі”(Наказ МОЗ України № 353 від 13.04.2016 р.)

Таблиця 2. Піктограма самооцінки обсягу крововтрати під час менструації

Піктограма менструації	Тип	Обсяг, мл	Піктограма	Тип	Обсяг, мл	Відношення до норми	Тип	Обсяг, мл
	Денна	1		Легкий	0,25		Нормальні	1
	Нічна	1		Середній	0,5			
				Тяжкий	1			
	Денна	2		Легкий	0,5		Повітряні	3
	Нічна	3		Середній	1			
				Тяжкий	1,5			
	Денна	3		Легкий	1		Високі	5
	Нічна	8		Середній	1,5			
				Тяжкий	3			
	Денна	4		Легкий	3			
	Нічна	10		Середній	4			
				Тяжкий	8			
				Наднормальний	12			

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

Лабораторна діагностика:

- загальний аналіз крові (тромбоцити та ретикулоцити);
- гемостазіограма (АЧТЧ, ПП, рівень фібріногену, час згортання крові, кількість тромбоцитів, розчинні фібріномірні комплекси, АЧР);
- біохімічний аналіз крові;
- b-ХГТ (у сексуально активний підлітків);
- бактеріологічне дослідження;
- ПЛР (полімерзну ланцюгову реакцію);
- діагностику інфекційних захворювань статевих шляхів;

- обстеження на гемільнтоз;
- УЗД органів малого тазу;
- УЗД щитоподібної залози;
- УЗД молочних залоз;
- УЗД органів черевної порожнини.

Оскільки АМК в значній мірі є діагнозом виключення, вивчення найбільш поширених і серйозних альтернатив є необхідним. Тому, проводячи диференціальну діагностику АМК ПП слід виключити:

- ☐ травматичне ушкодження статевих органів і чужорідне тіло в піхві;
- ☐ артеріовенозну мальформацію матки;
- ☐ дефекти згортаючої системи крові;
- ☐ поліпи сечівника;
- ☐ кровотечі з прямої кишки;
- ☐ пухлини стінок піхви та шийки матки.

Для диференціальної діагностики використовують додаткові методи дослідження: вагіноскопія, діагностична гістероскопія і вишкрібання порожнини матки (у виняткових випадках). При тяжких кровотечах, особливо, якщо вони повторюються, слід залучити лікаря-гематолога для виключення хвороби фон Віллебранда, дефіциту факторів згортання крові VII, XI або XIII, носійства гена гемофілії А або В. При вагінальній кровотечі до 9 років, слід провести обстеження для виключення передчасного статевого розвитку.

Лікування АМК ПП.

Лікування АМК ПП проводиться в 2 етапи: на першому – зупинка кровотечі, антианемічна терапія, корекція психічного статусу; на другому – протирецидивна терапія (корекція МЦ і стану ендометрія).

Вибір методу гемостазу на першому етапі залежить від загального стану пацієнтки та ступені тяжкості вторинної анемії.

Терапією першого вибору є інгібітори переходу плазміногену в плазмін:

- Транексамова кислота в/венно 15 мг/кг, в/в крапельно 1г/год – 8год., або per os. Сумарна доза не повинна перевищувати 6г. Всесвітня федерація гемофілії рекомендує призначення Транексаму за 1-2 дні до початку менструації всім дівчатам із гемофілічними розладами.

- Амінометілбензойна кислота;
- Амінокапронова кислота.
- НПЗП знижують продукцію простагландинів і тромбоксанів, зазвичай застосовують: Диклофенак 50 мг 1-2 рази на добу або Мефенамінову кислоту 200 мг х 4 рази на добу. НПЗП слід призначати не раніше 4-5 доби від початку гемостатичної терапії Транексамом.

- Антибактеріальна терапія проводиться у випадках підозри на запальні захворювання.

- Симптоматичне лікування включає седативні засоби, препарати кальцію, вітамінотерапію, гепатопротектори, фіто- та гомеопатичну терапію.

Гемічна гіпоксія є однією з причин хаотичного викиду гонадотропін-рилізінг гормона, який веде до нестабільної секреції гонадотропінів і тому унеможливлення встановлення двофазного МЦ.

Відповідно до уніфікованого клінічного протоколу “Залізодефіцитна анемія” (наказ МОЗ України від 02.11.2015 р. № 709) проводиться лікування ЗДА залежно від стану підлітків та ступені тяжкості анемії (легка – Hb 110-119 г/л; середня – Hb 80-109 г/л; тяжка – Hb < 80 г/л.)

На другому етапі для коригування гормонального балансу при АМК ПП надається перевага фітотерапевтичним засобам. Фітотерапія може бути самостійним засобом, або поєднуватися з симптоматичною чи гормональною терапією. Довжина лікувального курсу – 3 місяці.

Критерії призначення гормональної терапії:

- відсутність ефекту від симптоматичного лікування;
- довготривалість та значна інтенсивність кровотечі (розвиток постгеморагічної анемії);
- тенденція до гіперплазії ендометрія ($d \geq 10-12$ мм) або гіпоплазії ендометрія ($d \leq 7$ мм);

Для гормонального гемостазу застосовують тільки монофазні комбіновані оральні контрацептиви або гестагени.

При товщині ендометрія < 8 мм, використовують ті, що містять етінілестрадіол (гемостатичний ефект) та прогестаген (стабілізація строми і базального шару ендометрія). Найбільш типова схема використання: починають з 4 табл. на 1 добу, 2-4 доба – 3 табл., 5-6 доба – 2 табл., далі – 1 табл. на добу з тривалістю курсу – 21 доба з початку лікування.

При гіперплазії ендометрія використовуємо пероральні прогестини (норетистерон). Найбільш типова схема: 1 доба – 5 мг х 4 рази на добу, 2-4 доба – 3 рази, 5-20 доба – 2 рази на добу.

При нормальній товщині ендометрія (9-12 мм) можливо застосовувати гестагени для секреторної трансформації слизової оболонки матки та її відшарування. З цією метою слід використовувати дидрогестерон або мікронизований прогестерон протягом 10-14 діб.

Хірургічне лікування показане при профузній матковій кровотечі, яка загрожує життю, вираженій вторинній анемії тяжкого ступеня ($Hb \leq 70$ г/л, гемокрит до 20%), при підозрі на наявність патологічних процесів в ендометрії (поліп). Метод вишкрібання стінок порожнини матки виконують за письмовою згодою батьків чи опікунів дитини або ex consilium.

Критерії вибору протирецидивної фітотерапії:

гінекологічний вік менше 1 року;

- ◆ *хронічна АМК ПП;*
- ◆ *достатній ефект при зупинці кровотечі симптоматичними засобами;*
- ◆ *категорична відмова використовувати гормональні препарати.*

Показання для застосування протирецидивної фітотерапії:

персистенція фолікула, фолікулярні кісти яєчників, гіперплазія ендометрія.

Після проведення протирецидивної терапії протягом 3 місяців, необхідно спостереження до повної нормалізації менструальної функції.

Критерії вибору протирецидивної гормональної терапії (КОК):

- ◆ недостатня ефективність симптоматичної та фітотерапії;

- ◆ рецидиви кровотеч;
- ◆ ЗДА;
- ◆ гінекологічний вік більше 1 року.

Протирецидивна гормональна терапія (КОК).

1. Призначення монофазних КОК продовж трьох МЦ.

Але ця методика має зостереження: використання у підлітковому віці без попереднього визначення гонадотропінів (ФСГ і ЛГ) загрожує розвитком довготривалого синдрому гіпергальмування гіпоталамо-гіпофізарного ланцюга, навіть шз неможливістю надалі створити двофазний МЦ.

2. Призначення гестагенів протягом 10 діб впродовж 3-6 МЦ.

У першому циклі після відміни КОК (після гемостазу) застосовують фітотерапевтичний препарат (з першої доби протягом двох МЦ) і гестгени (з 14-ї доби МЦ впродовж 10 діб). Критерієм призначення даних препаратів є товщина ендометрія. Прогестгени і гестагени у підлітковому віці рекомендовано призначати при ендометрії $d > 8\text{мм}$; при тенденції до гіперплазії ендометрія, $d \geq 12\text{мм}$, більш доцільно застосування прогестагенів (норетистерону, лінестренолу).

Норетистерон призначають по 5 мг х 2 рази на добу з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3 МЦ, гестагени (дидрогестерон або мікронізований прогестерон) призначають мінімальною терапевтичною дозою з 14-ї доби МЦ протягом 10 діб впродовж 3-6 МЦ. Лікування гестагенами припиняють поступово: спочатку зменшують тривалість з 10 до 5 діб, надалі знижують дозу препарату до мінімальної терапевтичної. В останньому циклі гормонотерапію слід поєднати з фітотерапевтичними засобами і продовжити їх протягом двох циклів для профілактики рецидивів.

Слід мати на увазі, що при використанні прогестагенів та гестагенів, що необхідно контролювати: товщину ендометрія за допомогою УЗД, зміни перебігу МЦ та тривалість менструальної кровотечі.

Враховуючи нестійкість регуляторних механізмів у пубертатному періоді життя, слід підходити до призначення гормональної терапії дуже обережно. Неправильний вибір цих лікарських засобів може привести до розвитку гірсутності, вірілізації, порушень функції шлунково-кишкового тракту і гепато-біліарної системи, розвитку метаболічних порушень, розладів згортаючої системи крові, загострень екстрагенітальних захворювань, розвитку фіброзно-кістозної хвороби молочних залоз. Інколи формується залежність, подібна до наркотичної, коли при відсутності ліків клітини не функціонують. Це приводить до синдрому гіпергальмування, вторинної аменореї, зупинки розвитку статевої системи.

Критерії ефективності лікування АМК ПП.

- Встановлення регулярного двофазного циклу;
- відсутність анемії;
- відсутність рецидиву кровотеч протягом року.

РОЗДІЛ ІІІ. ДИСМЕНОРЕЯ

Дисменорея – це больовий симптомокомплекс, який супроводжується циклічними нейровегетативними, психоемоційними та обмінними порушеннями під час менструальної кровотечі.

Частота захворюваності у підлітків становить від 7.9% до 22%.

За міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ -10) Дисменорея включає такі патологічні стани:

Код:

N94.4 Первинна дисменорея

N94.1 Вторинна дисменорея

N92.2 Дисменорея неуточнена

Первинна, або ідіопатична (функціональна) дисменорея – це болючі менструації з відсутністю патології органів малого тазу. Частіше захворювання зустрічається у дівчат-підлітків і виникає зі строку менархе, або після 1-1.5 року після нього. Передумовою цього є: гіпоестрогенія, НЛФ, недостатній рівень ендогенних опіатів, вегето-судинна дисфункція, функціональна неспроможність тканинних протеолітичних ферментів ендометрія, гіпертонус перешийка матки, надлишкова кількість простагландинів та лейкотриєнів у крові, гіпомагніємія.

Згідно з сучасними поглядами у патогенезі первинної дисменореї має місце порушення співвідношення естрадіолу та прогестерону, які регулюють вивільнення простагландинів, надходячи до ендометрія та міометрія і спричиняють гіпертонус матки, вазоконстрикцію та ішемію. Відомо, що естрогени стимулюють синтез простагландинів, а прогестерон інгібує їх вивільнення.

До виникнення симптомів первинної дисменореї призводить також посилення викиду окситоцину, вазопресину, брадикініну, біогенних амінів. Мають значення емоціональна нестабільність, фактори навколишнього середовища, психологічне та фізичне навантаження, індивідуальне сприйняття болю.

Діагностика заснована на наявності болючих менструацій, які не мають органічної причини та супроводжується різними нейровегетативними, обмінними, психоемоційними порушеннями (слабкість, нудота, головний біль, діарея, здуття живота, дратівливість тощо).

Пацієнти з тяжкою формою первинної дисменореї частіше скаржаться на поганий сон, у них наявний підвищений ризик виникнення тривожності, депресії. Результати опитувальників якості життя дівчат із дисменореєю свідчили про негативний вплив цієї патології на їхнє фізичне та психосоціальне функціонування.

Лікування первинної (функціональної) дисменореї включає призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) як інгібіторів синтезу простагландинів в індивідуальних дозах. Найбільш ефективним є призначення цих препаратів за 1-2 дні до початку чергової менструації. За недостатньої ефективності одного з НПЗП можна спробувати призначати інший. Як додаткову терапію до НПЗП можна призначати токоферолу ацетат (вітамін Е) в якості антиоксиданту; препарати, що містять магній.

Якщо застосування НПЗП не забезпечує покращення стану пацієнтки, у циклічному режимі призначаються гормональні препарати: КОК, гестагени, краще ті, що є аналогами натурального прогестерону. Гормональна терапія у дівчат з первинною дисменореєю буде сприяти корекції їхнього гормонального стану, яке призводить до зменшення синтезу простагландинів та лейкотриєнів і нормалізує простагландин-залежні реакції організму та запобігає виникненню гіперплазії ендометрія. Препарати призначають у звичайному циклічному режимі протягом не менше 3 місяців.

Без попередньої симптоматичної терапії гормональний гемостаз призначається дівчатам із тривалими та рясними кровотечами, що супроводжуються вторинною анемією (гемоглобін нижче 80 г/л, гематокрит <20-25%), рецидивним характером захворювання, наявністю УЗ-ознак гіперплазії ендометрія (М-ехо >10 мм).

Вторинна дисменорея є наслідком захворювань внутрішніх статевих органів та органічної патології органів малого тазу. Причинами є: ендометріоз, вроджені обструктивні вади розвитку мюллерових протоків, стеноз шийки матки, кісти яєчників, поліпи матки, лейоміома матки, аденоміоз, запальні захворювання органів таза, спайковий процес у порожнині таза.

Згідно з даними Комітету охорони здоров'я підлітків експертів Американського коледжу акушерів-гінекологів (2018) були надані наступні рекомендації:

- Первинна дисменорея починається у підлітків переважно із встановленням овуляторних циклів, як правило, протягом 6-12 міс від початку менархе.

- У більшості підлітків із дисменореєю діагностовано її первинну форму. Такі пацієнти будуть позитивно реагувати на лікування НПЗП, які слід вважати першочерговими засобами для полегшення болю у підлітків, або (та) на гормональну терапію (КОК, гестагени).

- Якщо пацієнтка не відчуває клінічного покращення протягом 3-6 міс від початку терапії, особливо якщо за даними анамнезу, фізичного обстеження та УЗД органів таза не була встановлена інша причина хронічного тазового болю або вторинної дисменореї, слід розглядати наявність ендометріозу.

- Рекомендованим лікуванням ендометріозу у підлітків є консервативна хірургічна терапія з діагностичною та лікувальною метою у поєднанні із супресивною терапією для попередження проліферації ендометрія.

- У пацієнтів з ендометріозом, які страждають від стійкого болю, незважаючи на консервативну хірургічну терапію та гормональне лікування, часто дієвим є призначення агоністів ГрРГ протягом 6 міс у комбінації з «терапією прикриття».

- НПЗП слід вважати першочерговими засобами для полегшення болю у підлітків з ендометріозом.

- Підліткам при ендометріозі не слід тривало призначати знеболювальні препарати без спеціалізованого нагляду.

ТЕСТОВІ ПИТАННЯ

1. Механізм дії комбінованих оральних контрацептивів:

- а) пригнічення овуляції
- б) згущення цервікального слизу
- в) атрофія ендометрію
- г) **все вищезазначене.**

2. Передчасний статевий розвиток по ізосексуальному типу обумовлено продукуванням:

- а) естрадіолу
- б) інсуліну
- в) соматотропного гормону
- г) **тестостерону.**

3. Що із вказаного може бути етіологічним чинником аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду?

- а) **хронічний тонзиліт**
- б) гострий апендицит
- в) алергічний дерматит
- г) все в однаковій мірі.

4. Які зміни в яєчниках спостерігаються при аномальних маткових кровотечах пубертатного періоду?

- а) атрофія яєчників
- б) **персистенція фолікулів**
- в) атрезія фолікулів
- г) може бути і персистенція і атрезія фолікулів.

5. У яких випадках при аномальних маткових кровотечах пубертатного періоду можна робити діагностичне вишкрібання?

- а) при рецидивуючих кровотечах
- б) після досягнення 16 років
- в) у разі кровотечі за типом гиперестрогенії
- г) **у всіх вказаних випадках.**

6. У яких випадках при аномальних маткових кровотечах пубертатного періоду вдаються до гормонотерапії?

- а) завжди
- б) після діагностичного вишкрібання
- в) в жодному разі
- г) **умови неефективності симптоматичної терапії.**

7. В основі аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду лежить:

- а) **розлади синхронізації викиду в кров гонадоліберинів**

- б) гіпоплазія матки
- в) зменшення продукції окситоцину в гіпофізі
- г) персистенція жовтого тіла.

8. Який вплив на організм здійснює фолітропін?

- а) стимулює гіпертрофію волокон міометрія
- б) стимулює рост кісток
- в) стимулює кровотворення
- г) **викликає проліферцію ендометрія та секрецію фолікулярної рідини.**

9. Передною часткою гіпофіза виділяється:

- а) **фолікулін**
- б) окситоцин
- в) фолітропін
- г) вазопресин.

10. Аденогіпофіз виділяє такий гормон:

- а) окситоцин
- б) **пролактин**
- в) вазопресин
- г) прогестерон.

11. Тривалість пубертатного періоду:

- а) з моменту запліднення до народження
- б) від народження до 10-11 років
- в) **від 10-11 до 16 років**
- г) від 16 до 20 років.

12. Дисменорея – це:

- а) ациклічні кров'яні виділення
- б) нерегулярні менструації
- в) **різко болючі менструації**
- г) рясні менструації.

13. Які чинники можуть негативно впливати на розвиток репродуктивної системи дівчинки?

- а) Інфекції
- б) Екологічні фактори
- с) Погане харчування
- **д) Усі вищезгадані**

14. Який із наступних факторів найбільше впливає на початок менархе у дівчат?

- а) Стресові ситуації
- **б) Генетичні чинники**

- c) Дефіцит фізичної активності
- d) Вживання гормональних препаратів

15. Які з наведених хвороб можуть вплинути на розвиток репродуктивної системи дівчинки?

- a) Порушення щитовидної залози
- b) Діабет
- c) Інфекції статевих органів
- d) **Усі перераховані**

16. Яким чином можна класифікувати аномальні маткові кровотечі у пубертатному періоді?

- a) За тривалістю
- b) **За інтенсивністю кровотечі**
- c) За часом настання менструації
- d) За наявністю або відсутністю болю

17. Яка найбільш поширена причина аномальних маткових кровотеч у підлітковому віці?

- a) **Гормональні порушення**
- b) Відсутність овуляції
- c) Інфекції статевих органів
- d) Системні захворювання

18. Які методи лікування використовуються при аномальних маткових кровотечах у підлітків?

- a) **Гормональна терапія**
- b) Хірургічне втручання
- c) Антибіотики
- d) Призначення заспокійливих препаратів

19. Які симптоми характерні для дисменореї?

- a) Біль у нижній частині живота
- b) Нудота
- c) Головний біль
- d) **Усі перераховані**

20. Який із наступних методів лікування є найбільш ефективним для зменшення болю при дисменореї?

- a) Протизапальні препарати
- b) Антибіотики
- c) **Лікування гормонами**
- d) Тільки фізична активність

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Обов'язкова:

1. Венцківська Б.М., Степанківська Г.К., Лакатош В.П. Акушерство: підручник. – К.: ВСВ Медицина, 2020. – 648 с.
2. Венцківська Б.М., Степанківська Г.К., Яроцький М.Є. Гінекологія: підручник. – К.: ВСВ Медицина, 2020. – 352 с.
3. Венцківська Б.М. (ред.) Obstetrics: підручник англійською мовою. – К.: Медицина, 2020. – 334 с.
4. Венцківська Б.М. (ред.) Gynecology: підручник англійською мовою. – К.: Медицина, 2020. – 160 с.
5. Венцківський Б.М., Камінський В.В., Грищенко В.І. та ін. Фізіологічне акушерство. Навчальний посібник для студентів медичних факультетів. – К.: Чайка-Всесвіт, 2020. – 95 с.
6. Асоціація акушерів-гінекологів України. Акушерство, гінекологія, репродуктологія: від науки до клінічної практики. Матеріали конференції, 2020. – К.: Асоціація акушерів-гінекологів України, 2020. aagu.com.ua+1Здоров'я України+1
7. Український медичний часопис. Акушерство і гінекологія. Спеціальність. Випуски за 2020–2025 роки. – К.: Український медичний часопис, 2020–2025. [Медичний Часопис](#)
8. Health Ukraine. Тематичні номери «Акушерство, Гінекологія, Репродуктологія». Випуски за 2020–2025 роки. – К.: Health Ukraine, 2020–2025. [Здоров'я України+1Здоров'я України+1](#)

2. Додаткова:

1. Вовк І.Б., Юзько О.М., Вдовиченко В.П. (ред.) Гінекологія дитячого і підліткового віку: підручник. – К.: ВСВ Медицина, 2020. – 424 с.
2. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 709 від 02.11.2015 «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії». – К.: МОЗ України, 2015.
3. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 353 від 13.04.2016 «Про затвердження та впровадження медико-технічних документів зі стандартизації медичної допомоги при анормальних маткових кровотечах». – К.: МОЗ України, 2016.
4. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності». – К.: МОЗ України, 2015.
5. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 205 від 24.03.2014 «Про затвердження клінічних протоколів "Акушерські кровотечі"». – К.: МОЗ України, 2014.
6. Асоціація гінекологів-ендокринологів України. Національний консенсус щодо ведення пацієнток з анормальними кровотечами. Репродуктивна ендокринологія, 2015. – Т. 1, № 21. – С. 8–12.

7. Татарчук Т.Ф. Аномальні маткові кровотечі. – К.: Медицина, 2011.
8. Герасимова Т.В. Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду. Медичні аспекти здоров'я жінки, 2017. – № 6. – С. 9-18.
9. Hill N.C.W., Oppenheimer L.M., Morton K.E. The etiology of vaginal bleeding in children: A 20-year review. Br.J. Obstet. Gynecol., 1989. – Vol. 96. – P. 467–470.

3. Інформаційні ресурси:

1. www.uzhnu.edu.ua – Інформаційний пакет (ESTC).
2. www.moz.gov.ua – Міністерство охорони здоров'я України.
3. medstandart.net/byspec/9 – Стандарти надання медичної допомоги в країні.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Сторчак Анна Вадимівна
Омельченко Людмила Віталіївна
Козуб Тетяна Олександрівна

ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ

Методичні рекомендації
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 6 року навчання
до практичних занять з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 23.04.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,48. Обсяг 0,360 Мб. Зам. № 197/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна