

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ
З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ
З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів
тематичних удосконалень*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ
Протокол № 5 від 25.05.2023.

**Харків
ХНМУ
2023**

Психологічна підтримка дівчат-підлітків з гінекологічною патологією в умовах воєнного стану та після нього : метод. вказ. для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання, лікарів-інтернів та слухачів курсів тематичних удосконалень / упоряд. Л. А. Вигівська, І. А. Гузь, І. А. Качайло, А. А. Новікова. Харків : ХНМУ, 2023. 24 с.

Упорядники
Л. А. Вигівська
І. А. Гузь
І. А. Качайло
А. А. Новікова.

Особливості пубертатного періоду в дівчат

Пубертатний період – віковий проміжок, для якого характерні перебудова організму, суттєві зміни фізіологічного, гормонального та психологічного характеру. Завершується цей період настанням статевої зрілості і готовності організму до періоду фертильності. Розвиток людини в пубертатний період робить істотний стрибок, підліток змінюється зовні і суттєво додає в зрості. Статеве дозрівання в дівчаток починається приблизно у віці 11–12 років, але зрушення на 1–2 роки вважається варіантом норми. Слід звернутися до фахівця, якщо воно почалося до 8 років або не починається після 15; можливо, мають місце певні порушення в роботі організму.

З початком пубертатного періоду яєчники починають виробляти гормон естроген, під впливом якого завершується формування статевих органів, а також розвиваються вторинні статеві ознаки. У дівчинки збільшуються груди, окреслюється талія, розширюються стегна, з'являється волосся в паху і пахвових западинах. Завершується пубертатний період початком менструації.

Настання статевої зрілості є індивідуальним процесом. Статеве дозрівання в дівчаток зазвичай відбувається раніше, ніж у хлопчиків. У деяких регіонах статеве дозрівання дівчаток починається у віці близько 9 років, що означає, що пубертатний період триває приблизно з 9 до 14 років.

Дівчатка-підлітки досягають статевої зрілості сьогодні в більш ранньому віці, ніж раніше, що може спричинюватися харчовими звичками, факторами довкілля тощо. Наприклад, середній вік настання менструації у дівчаток в 1900 р. був 15 років, сьогодні він знизився вже до 11 років.

Час настання статевої зрілості не можна спрогнозувати з точністю до дня, адже він визначається цілою низкою чинників. Згідно з однією з теорій, статеве дозрівання відіграє певну роль у досягнення критичної маси тіла. Зокрема, існує припущення, що збільшення кількості випадків ожиріння в дітей пов'язано із загальним раннім початком статевого дозрівання в загальній популяції в останні роки.

Лептин – гормон, що виробляється жировими клітинами (адипоцитами) в організмі і вважається одним з можливих «посередників» статевого дозрівання. У дослідженнях на тваринах штучний дефіцит лептину затримував початок пубертатного періоду, але статеві зрілість активувалася з початком введення цього гормону. Дівчата з більш високими концентраціями лептину, як відомо, мають підвищений відсоток жиру в організмі і більш ранній початок статевого дозрівання, ніж їхні ровесниці з низьким рівнем лептину. Лептин, однак, найімовірніше є лише одним з кількох факторів впливу на гіпоталамус – ділянку мозку, яка продукує гонадотропін-рилізінг-гормон (ГнРГ). Цей гормон своєю чергою сигналізує гіпофізу виробляти лютеїнізуючий гормон (ЛГ) і фолікулостимулюючий гормон (ФСГ). ЛГ і ФСГ, секретовані гіпофізом, відповідають за статевий розвиток.

Генетичні чинники також беруть участь у термінах статевого дозрівання. Крім того, було ідентифіковано ген, що має вирішальне значення для нормального розвитку статевої зрілості. Ген, відомий як GPR54, кодує білок, що секретується гіпоталамусом. Ті дівчатка, у яких цей ген відсутній, страждають на порушення статевого дозрівання.

Фізіологічні особливості підліткового віку

Особливості людини в підлітковому віці зводяться до низки фізіологічних змін, таких як:

- активне зростання;
- перебудова роботи внутрішніх органів, зокрема діяльності гіпофізу, збільшення темпу зростання м'язової системи, прискорення обміну речовин;
- активізування статевих гормонів;
- виникнення сексуального бажання;
- підвищена стомлюваність, мігрені, стрибки тиску;
- утрата концентрації уваги.

Психологічні особливості підліткового віку

Психологія підліткового віку включає в себе певні моделі поведінки, властиві підліткам:

- сильне занепокоєння щодо фізичних аспектів своєї зовнішності, одягу й образу в цілому;
- потрапляння під чужий вплив (найчастіше однолітків з певною репутацією в колективі);
- сепарація від батьків;
- зайва дратівливість;
- відсутність стресостійкості й емоційні зриви через школу;
- розлад харчової поведінки;
- депресія, різке зниження успішності в школі, уживання алкогольних напоїв або наркотиків;
- безладні сексуальні зв'язки.

Пубертатний вік вносить у життя дитини нові, невідомі їй до цього часу відчуття. Цей період характеризується такими особливостями:

- погіршення пам'яті;
- надмірне напруження;
- зміни в поведінці дитини через нових друзів і страх осоромитися;
- нервозність;
- пошук себе в цьому світі;
- відмова від загальноприйнятих правил.

Пубертатний період у дівчаток відбувається в кілька етапів:

1. Протягом 5 років поступово збільшуються молочні залози. Це складний і довгий процес, не варто хвилюватися, якщо груди не ростуть швидко.

2. У лобковій зоні і пахвових западинах починає з'являтися волосся.

3. Організм починає стрибкоподібно рости.
4. Змінюються форми тіла. Вага може різко збільшуватися аж до появи жирових відкладень. Однак в цей період лікарі не рекомендують вдаватися до дієт.
5. Шкіра змінює свій запах, потовиділення посилюється в ділянці пахв.
6. На обличчі може з'являтися вугровий висип, так само прищипи спостерігаються в зоні грудей і спини.
7. Починають з'являтися вагінальні виділення.
8. Пробуджується сексуальне бажання.
9. Відбувається перша в житті дівчинки менструація, і цикл поступово починає налагоджуватися.

Стосунки в підлітковому віці

Поведінка в підлітковому віці змінюється водночас з іншими змінами в тілі. Підліток починає цікавитися романтичними стосунками, що тягне за собою низку емоційних падінь і злетів. Для багатьох батьків підлітки залишаються дітьми, але потрібно розуміти, що вони здатні мати сильні почуття, піклуватися про інтимні стосунки і розвивати їх.

Стосунки підлітка з однолітками

Міжособистісні стосунки підлітків з однолітками поділяються на дві форми спілкування:

1. Стихійно-групова. Проявляється в більш ранньому віці, коли діти намагаються угрупуватися з однолітками за інтересами. У такий спосіб група стає певним еталоном якості, а її члени намагаються відповідати прийнятним у ній нормам.
2. Інтимно-особистісна. Ця форма спілкування властива дорослим підліткам, для яких пріоритетом є любовний зв'язок.

Криза підліткового віку закінчується тоді, коли з'являються перші любовні стосунки:

- у 9–11 років дитина починає відокремлюватися від сім'ї і тягнутися до друзів;
- у 10–14 років підлітка більше цікавить спілкування у змішаних гендерних групах, де зрештою можна відчувати першу закоханість;
- у 15–19 років романтичні стосунки є пріоритетом, а дружба відходить на другий план, але стає більш стабільною і глибокою.

Стосунки підлітка з батьками

Усі діти підліткового віку мають проблеми у взаєминах з батьками. Дитина намагається відокремитися від сімейної системи і перейти до стосунків, заснованих на довірі і повазі, але більшість батьків сприймають це як виклик і починають чинити опір. Якщо батьки відмовляються розуміти підлітка і відпускати його в доросле життя, він може стати дуже грубим, злим і різким. Важливо розуміти, що батько і мати дитиною сприймаються

як джерело тепла, і вони повинні починати будувати нові взаємини з дорослою дитиною.

Підлітковий вік – це мінне поле, варто тільки зробити один неправильний крок, і ви ризикуєте назавжди втратити контакт зі своєю дитиною. Найпростіше пройти цей нелегкий період тим, хто з раннього дитинства вибудовував із малюком відкритий діалог і проговорював кожне почуття і стан. Емоційний інтелект допомагає не лише знімати напругу і не збирати образи, а й проходити кризи.

Гінекологічна патологія в підлітків

Стан репродуктивної функції дівчат і дівчат-підлітків є одним з найважливіших факторів, що зумовлює майбутнє нашої країни. У дитинстві закладається початок багатьох патологічних станів, що надалі призводить до системних змін.

Вульвовагініт

Запальні захворювання вульви і (або) піхви є найпоширенішим гінекологічним захворюванням у дівчаток дошкільного і молодшого шкільного віку. Важливість обговорення проблеми обумовлено не тільки високою частотою патології, а й схильністю до хронізації і рецидивного перебігу. Вульвовагінітом називають запалення піхви і зовнішніх статевих органів, що виникає насамперед у дитячому віці. Це пов'язано зі слабкими захисними властивостями піхви дівчаток.

Класифікація вульвовагінітів

За етіологією:

А. Неінфекційні: механічні (стороннє тіло, мастурбація, порушення гігієни); хімічні; термічні; алергічні; лікарські; аліментарні; гельмінтозні.

Б. Інфекційні: бактеріальні (стафілокок, ентерокок, гемолітичний стрептокок, клостридії, клебсієли, вульгарний протей, синьогнійна паличка, хламідії та ін.); трихомонадні; грибові; вірусні; гонорейні.

За характером супутнього захворювання:

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

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; рецидиуючі.

Вульвовагініт у дівчаток частіше має бактеріальне походження, іноді буває проявом алергічної реакції організму, його розвитку сприяють гострики, механічні подразнення (наприклад, при мастурбації), введення сторонніх предметів у піхву, гострі інфекційні або вірусні захворювання,

інтоксикації організму, порушення гігієни статевих органів. Останніми роками частими причинами вульвовагініту є уrogenітальні інфекції – хламідії, уреapлазми, мікоплазми. Зараження ними можливо під час пологів або контактено-побутовим шляхом. Вульвовагініти найчастіше трапляються в дівчаток. Це залежить від легкої уразливості слизової вульви, нездатності вагіни до самоочищення (клітини вагінального епітелію бідні на глікоген, лактобацили Додерлейна відсутні, реакція вагінального вмісту лужна).

Клініка. При вульвовагініті турбують свербіж, печіння, біль у ділянці зовнішніх статевих органів, що підсилюються під час ходіння й сечовипускання. Часто захворювання протікає в хронічній формі й супроводжується мізерними слизово-гнійними виділеннями зі статевих шляхів. За наявності сторонніх предметів у піхві з'являються рясні виділення, іноді з домішкою крові і неприємним запахом. Крім того, хронічний вульвовагініт є вогнищем інфекції в організмі дівчинки, що послаблює її імунну систему, підвищує чутливість до інших патогенних впливів. Вогнища хронічної інфекції в організмі підтримують рецидиви вульвовагінітів у зв'язку зі зниженням загальної і місцевої реактивності. Деякі автори вважають вульвовагініт вторинним процесом, який є наслідком фонових захворювань, що призводять до розвитку імунодефіцитного стану з порушенням антимікробних механізмів клітинного рівня. Вульвовагініти можуть мати латентний перебіг без характерних скарг і вираженої клінічної картини.

Діагностика

Метод дослідження	Мета проведення дослідження
Огляд	Поширеність залучення в процес зовнішніх статевих органів, ануса, уретри. Наявність синехій, характер виділень
Вагіноскопія	Факт ураження піхви та шийки матки. Наявність аномалій, пухлин, сторонніх тіл
Амінотест з вагінальними виділеннями	Бактеріальний вагіноз
pH-метрія вмісту	Бактеріальний вагіноз. За гіпо- та гіперстрогоенії pH-метрія має відносну цінність
Мазок, пофарбований за Грамом	Гонорея, трихомоніаз, кандидоз. Цитоз, функціональна активність лейкоцитів
Нативний мазок	Трихомоніаз, мікоз, сифіліс, ентеробіоз, виявлення ключових тканин, лейкоцитоз
Аналіз калу на яйця гельмінтів, зскрібок з перинатальних складок на ентеробіоз	Глистяна інвазія
Посів на аеробну мікрофлору, чутливість до антибіотиків	Уточнення етіологічного чинника, що викликає неспецифічний бактеріальний вульвовагініт
Реакція імунофлюоресценції зскрібка з уретри, зі стінок піхви, цервікального каналу	Орієнтовний метод виявлення хламідій, уреapлазми, мікоплазми
Визначення ДНК методом полімеразної ланцюгової реакції	Специфічний та високоефективний метод визначення хламідій, уреapлазми, мікоплазми й одночасно інших уrogenітальних інфекцій
Антибактеріальна терапія	Неефективність лікування зумовлює необхідність уточнити вірусну, алергічну або іншу етіологію

Отже, можна умовно виділити два етапи ведення дівчаток з вульвовагінітом. Перший – загальноклінічні обстеження з обов'язковим оцінюванням виділень з піхви і вивченням мікрофлори з використанням бактеріоскопії і бактеріологічного методу. Другий етап – це поглиблене обстеження з метою встановлення етіології захворювання, що важливо для призначення терапії, спрямованої на повне видужання, профілактику рецидивів й ускладнень вульвовагініту.

Загальні принципи лікування вульвовагінітів полягають у проведенні 3-етапної процедури:

Перший етап – імуномодуляція (насамперед препаратами ехінацеї, екстрактом елеутерокока, циклофероном), підвищення місцевих захисних сил і стимулювання проліферації. Окрім того, широко використовують вітамінні групи А та В.

Другий етап – антибактеріальна терапія відповідно до чутливості виявлених патогенних збудників до антибіотиків, протизапальна терапія.

Третій етап – реабілітаційний (десенсибілізація, застосування еубіотиків і пробіотиків).

Тривалість першого та другого етапів – 7 днів, третього – щонайменше місяць. Контрольні мазки з піхви беруть через 10 та 30 днів.

Місцеве лікування. Лікування починають зі зрошення піхви антисептичним або антибактеріальним розчином. При гнійних вульвовагінітах частіше застосовується мазь «Мірамістин». При вульвовагінітах з atopічним компонентом кращий ефект досягається при зрошенні піхви настоєм зеленого чаю. При гострих вульвовагінітах ефективні зрошення відварами з окислювальних трав: шавлія, м'ята, звіробій. Призначають сидячі теплі ванночки по 15 хв (відвар ромашки, кропиви, чистотілу). Інколи ванночки та зрошування піхви доповнюють мазевими аплікаціями на вульву (обліпихова олія, аерозолі – гіпозоль, алазол, пантенол).

Вульвіт

Вульвітом називають запальне ураження вульви (зовнішніх статевих органів жінки). Відповідно до класифікації розрізняють два типи вульвіту за формою перебігу: хронічний і гострий. При першому типі симптоми яскраво не виражені, що становить особливу небезпеку. За гострої форми захворювання спостерігається біль при ходінні, підмиванні, сечовипусканні, а також усі симптоми, зазначені вище. Для з'ясування точної причини вульвіту необхідно звернутися до лікаря.

Сьогодні в медицині виділяють такі види цієї хвороби:

1. Кандидозний вульвіт. З'являється як у дівчаток-підлітків, так і у зрілих жінок. Характерні ознаки кандидозного типу – набряклість статевих губ, сирнисті виділення.

2. Атрофічний тип. Проявляється незначними, але болочими ерозіями на органах. Супроводжується сильним печінням, яке важко усунути. Основна причина – зниження рівня естрогенів як причина недостатнього зволоження шкіри статевих органів.

3. Алергічний вульвіт. Часто виникає в дитини через недотримання правил гігієни. Для нього характерне сильне печіння і свербіж. Хвороба лікується за допомогою впливу на алерген.

4. При бактеріальному вульвіті варто звернути увагу на наявність в організмі інфекції. Вірусний характер цього захворювання обумовлений патогенним розвитком мікрофлори, куди потрапила інфекція. Основні ознаки – свербіж і постійне печіння, а також почервоніння.

5. Неспецифічний тип. Здебільшого діагностується в підлітків і дітей через гормональні зміни і відсутність належної гігієни. Симптоми та прояви ті самі, що й для попередніх типів.

6. Виразкова форма. Спочатку з'являються невеликі ерозії, які при розчісуванні слизової лопаються і висихають. Як розвиток ускладнення виникають виразки.

7. Плазмодіозний вульвіт. Вважається дуже рідкісним захворюванням, основним симптом якого є плями на статевих органах неправильної форми, що супроводжуються набряком.

8. Гнійний тип. Маленькі пухирці на органах починають сильно свербіти, після чого розкриваються разом з гноем.

Причини. Вульвіт у дівчаток може розвинутися через негативний вплив на організм різних чинників.

1. Відсутність необхідної особистої гігієни.

2. Гельмінтоз, викликаний проникненням гостриків із заднього проходу в піхву.

3. Попрілості зовнішніх тканин, які можуть бути наслідком дерматиту, довгого носіння підгузків або синтетичної білизни.

4. Алергія на їжу, лікарські препарати або хімічні засоби.

5. Механічні ушкодження зовнішніх статевих органів.

6. Вульвіт у дівчаток може бути наслідком перенесених інфекційних захворювань.

7. Вульвіт у немовляти спостерігається за наявності в матері молочниці в момент пологів. Захворювання може розвиватися також через грибкові ураження.

Клініка. Гостра форма захворювання має яскраво виражену симптоматику. Батьки повинні звернути увагу, якщо їхня дочка починає занадто часто чесати ділянку промежини. Якщо провести візуальний огляд, то можна побачити набряклість, почервоніння, висип або виразки на вульві. Хронічний вульвіт проявляється у вигляді сильного свербіння або печіння, болювих

відчуттів у піхві. Слід зазначити, що біль може посилюватися після сечовипускання або водних процедур. Захворювання також проявляється у вигляді виділень, загальної слабкості організму, підвищення температури тіла. Якщо недуга спричинена наявністю гостриків, то додатково дівчинка може скаржитися на біль у животі, порушення сну і повну відсутність апетиту. У період статевого дозрівання захворювання додатково викликає розлад менструального циклу з подальшим порушенням репродуктивної функції.

Лікування вульвіту може бути місцевим і загальним. Місцеве лікування включає такі методи:

- гігієна зовнішніх статевих органів після сечовипускання і дефекації;
- сидячі ванночки з використанням настою трав (ромашки, череди);
- оброблення вульви антисептиками (розчин борної кислоти та ін.);
- спринцювання антисептиками.

Статеві стосунки під час вульвіту заборонені. Загальне лікування спрямовано на усунення причини вульвіту, зокрема інфекційного агента. Застосовують:

- при бактеріальному вульвіті – антибіотики;
- при грибковому ураженні – антимікотичні засоби;
- при ураженні специфічною інфекцією (гонорея, хламідіоз) – препарати, що діють прицільно на конкретний збудник.

Від алергічного вульвіту призначають десенсибілізуючі засоби.

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду

Аномальні маткові кровотечі пубертатного періоду (АМКПП) – це досить поширена проблема під час статевого дозрівання дівчаток, для якої характерні надмірні та тривалі крововтрати під час менструацій (місячних) або між ними. Організм дівчини проходить кілька етапів статевого дозрівання, що супроводжується низкою змін. У цьому складному біохімічному процесі задіяні не лише жіночі статеві органи, а й структури головного мозку, які відповідають за регулювання виділення гормонів. Яєчники перебувають із цими структурами головного мозку в тісному взаємозв'язку, порушення якого призводить до розладів менструального циклу.

Зазвичай кровотечі підліткового періоду виникають у віці 13–16 років.

Основні причини розвитку цієї патології:

- стреси;
- інфекційні захворювання;
- хронічні захворювання;
- надмірні фізичні навантаження;
- порушення в системі згортання крові;
- генетична схильність;
- незбалансоване харчування.

Клінічна картина АМКПП характеризується тривалими (понад 7 днів) періодами виділення з матки крові різної інтенсивності та порушенням інтервалу між ними (найбільш типовою є поява кров'янистих виділень через 12–16 днів після останньої менструації або після тривалої її затримки до 1,5–2 міс). Маткові кровотечі можуть з'явитися як одночасно з менархе, так і через деякий час після регулярних менструацій (насамперед у перші 1,5–2 роки від початку менструальної функції). Часто це відбувається після гострих інфекційних захворювань або емоційно-психічного напруження. Тяжкість захворювання визначається характером крововтрати (інтенсивність, тривалість) і ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легкий, середньої тяжкості або тяжкий). Анемізація, що виникає внаслідок крововтрати, проявляється в дівчат загальною слабкістю, швидким стомленням, зниженням апетиту, блідістю шкіри і слизових оболонок, тахікардією. У пубертатному віці залежно від рівня естрогенної насиченості виділяють гіпо- та гіперестрогенні типи аномальних маткових кровотеч.

Діагностика. При діагностуванні АМКПП враховують загальний стан дівчат, анамнез і перебіг захворювання, характер становлення менструальної функції, результати загального огляду й обстеження зовнішніх і внутрішніх статевих органів (у незайманих дівчат проводять ректоабдомінальний огляд). Алгоритм ведення хворих наведено на *рис. 1*.



Рис. 1. Алгоритм ведення хворих залежно від генезу маткових кровотеч

При обстеженні дівчат обов'язковим є також ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, що дає змогу визначити як розміри, форму та структуру матки, її положення в малому тазі, так і стан ендометрія, його товщину, розміри яєчників, їхню структуру, розміри фолікулів, наявність персистенції чи атрезії фолікулів. За допомогою УЗД малого таза виявляють поліпи ендометрія, пухлиноподібні утворення яєчників (фолікулярні, параоваріальні кісти, кісти жовтого тіла тощо) або кістами яєчників, які також можуть бути причиною порушення менструальної функції в дівчат. Для уточнення причини порушення стану пацієнтки обов'язково проводять загальний аналіз крові (кількість еритроцитів, рівень гемоглобіну,

гематокритне число, кількість лейкоцитів, формула крові) і визначають рівень факторів згортання крові та інші показники гемостазу.

Лікування. Згідно з клінічним протоколом «Пубертатні маткові кровотечі», який затверджено наказом МОЗ України від 15.12.2003 р. № 582, лікування маткових кровотеч у пубертатному віці слід здійснювати у два етапи (рис. 2):

I – власне гемостаз (проводять у спеціалізованих відділеннях дитячої та підліткової гінекології або в гінекологічних відділеннях клінічних лікарень);

II – профілактика рецидивів захворювання, яку проводять амбулаторно.

Вибір методу гемостазу залежить від загального стану пацієнтки та ступеня тяжкості вторинної анемії (легкий, середній або тяжкий) унаслідок кровотрати. За наявності анемії обов'язково призначають антианемічну терапію. Обсяг лікування, індивідуальний підбір терапевтичних заходів і лікарських засобів визначаються особливостями перебігу захворювання, віком пацієнтки, наявністю чи відсутністю в неї ускладнень, ступенем їх тяжкості. Крім того, з'ясовують наявність медикаментозної алергії на певний лікарський засіб і протипоказань з боку соматичних захворювань дівчини.

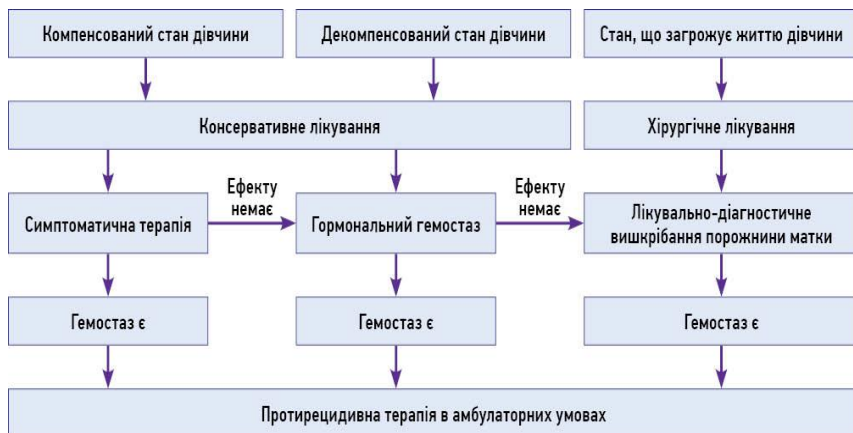


Рис. 2. Алгоритм лікування пубертатних маткових кровотеч

Первинна аменорея

Критерієм для діагнозу «аменорея» є відсутність менархе до 16 років (*первинна аменорея*) або коли в дівчини з регулярним менструальним циклом відсутні менструації протягом трьох циклів (*вторинна аменорея*).

Причини, які сприяють виникненню аменореї в підлітковому віці:

1. Соматична патологія (захворювання нирок, печінки, ендокринних залоз).

2. Несприятливий сімейний та перинатальний анамнез.

3. Ендогенні інтоксикації (туберкульоз та інші інфекції).

4. Травма голови.
5. Дефіцит маси тіла понад 6 %, нервова або психогенна анорексія.
6. Гіповітаміноз (особливо Е, А, В6), аліментарні дефекти.
7. Стрес, психологічне та розумове навантаження.
8. Ятрогенні впливи (гормонотерапія, транквілізатори, антигіпертензивні засоби).
9. Сезонність (зима, весна), зміна кліматичних умов, порушення добових ритмів.
10. Невідповідність паспортного віку біологічному (перші місячні повинні виникнути не пізніше, ніж через 3 роки з моменту лобкового оволодіння; менструальна функція має встановитися протягом періоду від 6 міс до 2 років; поява менструацій пов'язана з критичною вагою тіла 43–45 кг та зростом 155 см).

Діагностика. Мета основного діагностичного алгоритму – визначити функціональну характеристику аменореї (табл. 1).

Таблиця 1

**Рівні ураження, причини та патофізіологічні механізми,
що призводять до патології статевої системи**

Рівень ураження	Причина	Патофізіологічний механізм
ЦНС	Органічні захворювання мозку Психічні захворювання Наслідки гострого та хронічного стресу Наслідки втрати маси тіла Дисфункція гіпоталамуса Передчасне статеве дозрівання Спадкова затримка дозрівання гіпоталамуса Ідіопатична гіперпролактинемія (дефіцит дофаміну)	Руйнування нервових ядер Порушення кровообігу в них Органічні та функціональні порушення нормальних взаємовідношень моноамінів у мозку, що призводять до дефектів синтезу рилізинг-гормонів та інгібіторів
Гіпофіз	Пухлина гіпофіза, у т.ч. пролактинома Недостатність функції гіпофіза різної етіології, у т.ч. синдром Шихана, стиснення гіпофіза (аневризма внутрішньої сонної артерії, підвищення внутрішнього тиску в поронній турецького сідла, зменшене турецьке сідло), поєднана гонадотропна та соматотропна недостатність гіпофіза	Гіперпролактинемія
Яєчники	Синдром рефрактерних гонад, у т.ч. дисгенезії гонад	Зниження чутливості яєчників до гонадотропнів
Матка	Аплазія матки та піхви Наслідки туберкульозного ендометриту	Відсутність ендометрія або затримка відтікання крові Глибоке ураження ендометрія
Ензимний дефект гормонів	У шкідлі – тестикулярна фемінізація	Дефект синтезу дигідротестостерону в органах-мішенях
	У нирковій речовині надниркових залоз – адреногенітальний синдром	Дефект синтезу кортизолу (компенсований)
	У щитоподібній залозі – дисфункція легкого ступеня	Дефект синтезу тиреоїдину (компенсований)

Основні принципи обстеження при аменорей:

Анамнез.

I. Огляд:

1. Вираженість вторинних статевих ознак.
2. Розміри внутрішніх статевих органів.
3. Наявність чи відсутність гетеросексуальних ознак.

II. Антропометрія (високий зріст може бути ознакою синдрому Марфана, церебрального чи гіпофізарного гігантизму, тиреотоксикозу, генералізованої або конституційної ліподистрофії).

III. Функціональні тести.

IV. Гормональні обстеження (ФСГ, ЛГ, ПЛ, АКТГ, тестостерон, естрадіол, прогестерон крові; екскреція 17-КС, 17-ОКС, естрогенів, прегнандіолу в сечі).

V. Електроліти крові.

VI. ЕКГ (аритмія та ін.), УЗД.

VII. Рентгенологічне обстеження (рентгенографія турецького сідла, комп'ютерна томографія та ін.).

VIII. Лапароскопія з біопсією.

Лікування спрямоване на усунення причин захворювання. Повноцінне харчування, дотримання режиму праці та відпочинку, усунення стресових моментів, заняття фізкультурою, ефективне лікування загальних інфекційних і соматичних захворювань, виведення з організму токсичних сполук зазвичай нормалізують менструальний цикл без гормонотерапії. При аменорей, пов'язаної з гіпофункцією гіпофіза і яєчників, застосовують гормональну терапію: естрогени в поєднанні з прогестероном (з 1-го по 14-й день по 5000–10 000 ОД естрогену – фолікулін, синестрол, естрадіолу пропіонат та ін., потім протягом 6–8 днів прогестерон по 10 мг на день). Ефективною є дія комбінованих естроген-гестагенних препаратів (бісекурин по 1 таблетці на день протягом 21 дня). Лікування базується на феномені «віддачі» і стимулюванні гіпоталамо-гіпофізарної системи після її тимчасової блокади комбінованими естроген-гестагенними засобами. Циклічна гормонотерапія не завжди відразу спричиняє менструальноподібну реакцію (відторгнення ендометрія у відповідь на припинення прийому гормонів), тому такі курси лікування необхідно повторювати.

Ендометріоз

Ендометріоз – хронічне доброякісне захворювання, проявами якого, є поширенням тканини, подібної за структурою і функціями до ендометрія, за межами порожнини матки. Незважаючи на те, що ендометріоз часто має макроскопічні ознаки пухлини, згідно з рішенням ВООЗ, його прийнято класифікувати не як пухлину, а як пухлиноподібний процес. Деякі лікарі вважають, що підлітки ніколи не хворіють на ендометріоз. Однак можливість розвитку ендометріозу в підлітків підтверджено численними дослідженнями.

Частота лапароскопічно підтвердженого ендометріозу в дівчат віком 19–21 року, які страждають на дисменорею і хронічний тазовий біль, що не підлягають лікуванню нестероїдними протизапальними засобами (НПЗЗ) і комбінованими оральними контрацептивами (КОК), становить від 35,5 до 70–73 %. Середній вік дебюту – 15,9 року. При аналізі клінічних характеристик дівчаток-підлітків, які страждають на ендометріоз, з'ясовано, що середній вік установлення діагнозу в таких дітей дорівнює $17,95 \pm 1,48$ року, тоді як перші симптоми з'являлися до 15 років. Важливо, що 80,9 % з них мали дисменорею, а 66 % – хронічний тазовий біль. Такі дані великою мірою зумовлено тим, що лікарі не готові встановлювати діагноз «ендометріоз» у ранньому віці.

Етіологія і патогенез. Незважаючи на численні дослідження, присвячені вивченню різних аспектів ендометріозу, етіологія і патогенез цього захворювання до кінця не зрозумілі. На сьогодні існує понад 10 теорій виникнення ендометріозу, зокрема:

- теорія ембріонального походження;
- імплантаційна теорія;
- теорія метапластичного походження ендометріозу.

Однак жодна з цих теорій не може повністю пояснити причин виникнення захворювання і різноманіття локалізацій вогнищ. Певну роль у виникненні ендометріозу відіграють такі чинники:

1. Конституційно-спадковий: учені виявили, що в родичів першого ступеня ризик розвитку ендометріозу вищий. Крім того, за наявності спадкової схильності в наступному поколінні відзначається більш важкий перебіг ендометріозу.

2. Зміни імунного статусу (порушення Т-клітинного імунітету, аутоімунні реакції). Незважаючи на безліч теорій виникнення ендометріозу, встановлено, що провідною ланкою в патогенезі цього захворювання є порушення функції гіпоталамо-гіпофіз-яєчникової системи. З'ясовано, що за малих форм ендометріозу в преовуляторному періоді рівень ЛГ в сироватці крові і фолікулярної рідини знижений. Водночас у пацієнток з ендометріозом кістами яєчників спостерігається різке підвищення вмісту ФСГ в сироватці крові на тлі посиленої базальної секреції ЛГ, а також збільшення концентрації естрадіолу і недостатня функціональна активність жовтого тіла. При ендометріозі порушуються процеси фолікулогенезу, що призводить до формування ооцитів зі зниженою здатністю до запліднення.

Патофізіологія ендометріозу є багатофакторною і може супроводжуватися взаємодією кількох факторів.

До найбільш імовірних чинників виникнення ендометріозу зараховують:

- аборти в анамнезі;
- вплив екології;
- дефіцит заліза в організмі;

- оперативні втручання на органах малого таза, зокрема кесарів розтин, припікання ерозії шийки матки;

- ожиріння;
- запальні захворювання жіночих статевих органів;
- носіння внутрішньоматкової спіралі.

Класифікація. Залежно від локалізації ендометріюїдних гетеротопій виділяють генітальний ендометріоз: зовнішній (при розташуванні гетеротопій на яєчниках, маткових трубах, зв'язковому апараті матки і труб, в очеревині малого таза тощо) і внутрішній (у товщі маткових стінок й інтрамуральних відділах маткових труб). Найпоширенішим у підлітків є саме генітальний вид ендометріозу.

Виділяють 4 ступені тяжкості захворювання:

- мінімальний (I ступінь поширення);
- легкий (II ступінь поширення);
- помірний (III ступінь поширення);
- тяжкий (IV ступінь поширення) .

Внутрішній генітальний ендометріоз (аденоміоз) поділяють на:

- вузловий;
- дифузний;

- I ступінь – проростання слизової оболонки на глибину одного поля зору при малому збільшенні мікроскопа;

- II ступінь – проростання доходить до середини товщі стінки матки;
- III ступінь – у патологічний процес залучено весь м'язовий шар.

У підлітків найчастіше виникають малі форми зовнішнього генітального ендометріозу (I, рідше II ступеня поширення), що є причиною стійкого больового синдрому, і набагато рідше, ніж у дорослих, можна спостерігати ендометріюїдні кісти яєчників.

Ендометріоз характеризується різноманітністю проявів – від безсимптомного перебігу до клініки «гострого живота». Великою мірою клінічна картина цього захворювання залежить від:

- розташування вогнища;
- тривалості перебігу хвороби;
- характеру перебігу хвороби;
- супутніх захворювань;
- психоемоційної характеристики хворої.

Усі прояви ендометріозу можна розподілити на типові, менш типові, більш рідкісні і дуже рідкісні.

Типовими проявами ендометріозу в підлітковому віці є:

- тазовий біль;
- порушення менструації;
- біль при статевих зносинах.

До менш типових ознак належать:

- порушення дефекації;
- мажучі менструальні виділення;
- порушення сечовипускання.

Інші, більш рідкісні прояви ендометріозу:

- часте сечовипускання
- кровотечі з прямої кишки;
- кровохаркання;
- стомлюваність.

Діагностика. Для виявлення ранньої стадії ендометріозу в підлітків використовують ультразвукове дослідження (УЗД) і магнітно-резонансну томографію (МРТ). Припустити генітальний ендометріоз у пацієток, які не живуть статевим життям, можна також на підставі клініко-анамнестичних даних і результатів бімануального ректоабдомінального дослідження. При підозрі на генітальний ендометріоз огляд необхідно проводити як у першу фазу менструального циклу, так і напередодні менструації. У передменструальні дні при ендометріозі відзначаються набряклість і болючість тканин у ділянці внутрішніх статевих органів, напруження і пронизливий гострий біль крижово-маткових зв'язок, очеревини в зоні широких зв'язок матки і позаматкового простору. Можуть мати місце болючість при потягуванні за шийку матки, матка малорухлива, при внутрішньому ендометріозі (аденоміозі) розміри матки можуть значно збільшуватися. При дослідженні в першу фазу менструального циклу (на 5–7-й день) наведена симптоматика зникає. Основним методом діагностики малих форм зовнішнього генітального ендометріозу є лапароскопія з подальшим морфологічним дослідженням матеріалу. Діагноз вважається верифікованим за наявності в матеріалі ендометріїдного епітелію, ендометріїдних залоз або ендометріїдної строми. Для діагностування внутрішнього і ретроцервікального ендометріозу (український рідкісний у підлітків), а також ендометріїдних кіст яєчників у підлітків, які не живуть статевим життям, крім бімануального ректоабдомінального дослідження, використовують такі методи:

- УЗД органів малого таза (аномальні кістозні порожнини в міометрії; збільшення розмірів матки за загальної круглястої форми; зміна розмірів матки залежно від фази менструального циклу, зокрема збільшення розмірів матки в другу фазу; за наявності ендометріозу яєчників при УЗД в їх проєкції виявляють гладенькі кістозні порожнини з дрібно-і середньодисперсною суспензією);

- МРТ (особливо важлива для диференційної діагностики аденоміозу і міоми матки, ступеня поширення ретроцервікального ендометріозу, діагностування порушення архітекtonіки органів малого таза);

- гістеросальпінгографія – за підозри на наявність внутрішнього ендометріозу (для обстеження підлітків застосовується зрідка);

- гістероскопію проводять у першу фазу менструального циклу – на 7–9-й день, що іноді дає змогу побачити ендометрію ходи; до непрямих ознак дифузного аденоміозу, за даними гістероскопії, належать розширення порожнини матки і зміна рельєфу її стінок: поверхня базального шару ендометрія набуває грубого складчастого характеру з нерівними контурами (феномен «хвилеутворення»);

- лапароскопію використовують не лише як засіб діагностики, але й для виконання операції, яка вважається малоінвазивною.

Затримка з установленням діагнозу ендометріозу в підлітків частково пояснюється тим, що біль на початкових етапах його появи пов'язують з первинною дисменореєю, зараховуючи до нормальних для підліткового періоду симптомів. Тільки коли тазовий біль порушує звичайну щоденну активність і навчання, на нього звертають увагу лікарі. Однак у 10 % випадків дисменорея в підлітків є вторинною і пов'язана з іншими порушеннями. При цьому ендометріоз є найчастішою причиною розвитку вторинної дисменореї в цьому віці.

Лікування. Основні завдання лікування:

- усунення вираженого больового синдрому (за рахунок тимчасової повної/часткової блокади репродуктивної системи) і запобігання розвитку на його тлі важких неврологічних порушень;

- запобігання поширенню ендометріозу в суміжні органи;

- збереження репродуктивного потенціалу та репродуктивної функції дівчат.

Методи лікування підлітків і 20–40-річних жінок різняться незначно. Досі не вдалося виробити ідеальної тактики лікування ендометріозу, адже, хоч усі доступні методи лікування і прийнятні для підлітків, але водночас слід враховувати вік пацієнтки і побічні ефекти лікарських засобів. На жаль, на сьогодні відсутні методики, які повністю виліковують ендометріоз.

Знеболювальні препарати. Біль – найголовніший симптом ендометріозу в багатьох дівчаток. Для боротьби з болем застосовують такі препарати, як анальгетики (наприклад, аспірин, парацетамол), поєднані знеболювальні (аспірин + парацетамол; легкі наркотичні препарати, такі як кодеїн), а також НПЗЗ (нурофен, вольтарен, ібупрофен і та ін.).

Гормональне лікування. Багато дослідників вважає, що причиною розвитку ендометріозу є гормон естроген. Гормональне лікування спрямоване, таким чином, на пригнічення вироблення естрогену, унаслідок чого полегшуються прояви ендометріозу. Гормональні препарати включають протизаплідні, прогестини, аГнРГ. На жаль, гормональна терапія має велику кількість побічних ефектів, а також лише тимчасовий ефект. Фактично

не існує відповідного препарату для молодих пацієнок, оскільки аГнРГ не можна вживати тривалий час через зниження мінеральної щільності кісткової тканини, що особливо важливо в разі сформованої маси. Застосування дієногесту в дозі 2 мг/добу має позитивний вплив на перебіг захворювання в підлітковому віці.

Хірургічне лікування. Показання до хірургічного лікування генітального ендометріозу:

- ендометріодні кісти яєчників – лапароскопія, енуклеація кісти з подальшою ендокоагуляцією її ложа або резекція яєчників у межах здорових тканин за неможливості відсепарування капсули від тканини яєчників;
- зовнішній ендометріоз – лапароскопія, ендокоагуляція ендометріодних гетеротопій з подальшим промиванням черевної порожнини і контрольною ревізією очеревини малого таза;
- ретроцервікальний ендометріоз – висічення вогнища ендометріозу;
- наявність протипоказань до проведення гормональної терапії.

Психологічні особливості підліткового віку в період воєнного часу та після нього

Підлітки є однією з найуразливіших частин населення. Вони, як ніхто інший, потребують стабільного постійного оточення: будинок, рідні, друзі. Коли настає така травматична і в психічному, й у фізичному плані подія, як війна, виникає страх, відчуття безпечності і стабільності руйнується, що може мати негативні наслідки в майбутньому. Якщо дівчата-підлітки не почувуються в безпеці, вони стають більш вразливими до будь-яких ситуацій, людей і зовнішніх чинників. В них загострюються хронічні захворювання, розвиваються нові, до цього не існуючі хвороби. Тому першочергове завдання батьків – створити умови, у яких дитина буде в безпеці, щоб навчитися долати страх у майбутньому. Якщо людина не відчувається в безпеці, вона більш схильна до навіювання чужих думок, її легше дезінформувати. Тому дуже важливо, щоб діти почувалися в безпечному світі.

За статистикою дитячих психотерапевтів і психіатрів, **від війни** найбільше страждають діти молодшого дошкільного віку (3–5 років) і підлітки середнього віку (12–16 років).

Нормальний статевий розвиток відбувається завдяки гармонічній взаємодії таких систем: нервових центрів, які керують виробленням гонадотропних гормонів; передньої частки гіпофізу, нормально сформованого, добре забезпеченого кров'ю й іннервованого яєчника. На жаль, під час війни під дією стресу відзначається порушення цієї взаємодії в усіх системах і, як наслідок – поява патологічних ознак хвороби збоку жіночих статевих органів. Це може проявлятися розладами менструальної функції в дівчат-підлітків у вигляді аномальних маткових кровотеч пубертатного періоду або затримки/відсутності менструації (аменорея), загострення

захворювань статевих органів й інфекцій, що передаються статевим шляхом, порушення статевого розвитку, виникнення ендометріозу. При гострому (раптовому) стресі насамперед виробляються гормони короткотривалого впливу на організм (адреналін, норадреналін), тому вони менш небезпечні, тоді як при довготривалому (хронічному) стресі продукується кортизол, що виводиться з організму повільно, тож значною мірою впливає на різні органи, особливо на серцево-судинну систему. У дівчат-підлітків, як і в дорослих жінок, порушення менструального циклу є однією з перших ознак негативного впливу стресу. При дослідженні скарг дівчат-підлітків виявлено високу частоту запальних захворювань органів жіночої статеві системи як загалом, так і за кожною нозологічною формою. У дівчаток діагностується передчасне ізольоване телархе. Серед порушень монструальної функції 70 % становлять гіпоменструальний синдром та вторинна аменорея. Здебільшого це аменорея на тлі стресу, психоемоційної нестабільності, анорексії.

Пубертатну кризу можна пройти легко, якщо розуміти головні потреби підлітка:

1. Увага і підтримка. Дитина чекає, що дорослі зрозуміють її без засудження і оцінювання. Їй потрібна безумовна любов і прийняття.

2. Правила й обмеження. З огляду на гормональну активність у пубертатному періоді підлітки часто не можуть повністю контролювати свої бажання й потреби, що може стати загрозою для здоров'я й навіть життя. Тож завдання дорослих – розробити чітко визначену систему правил поведінки з підлітком.

3. Уміння відстоювати свою точку зору. Набувається тільки тоді, коли дитина впевнена в собі. Підлітковий вік – найкращий час для розвитку особистості, дитину необхідно підтримувати в її прагненні стати успішною і щасливою.

4. Постановка життєвих цілей. Визначення цілей і пріоритетів дасть змогу підлітку впорядкувати життя й усуне тривожність.

5. Найголовніше – це покинути зону бойових дій, якщо дитина перебуває в такій, та максимально замінити тему війни на тему МИРУ, ЖИТТЯ ТА МАЙБУТНЬОГО.

Важко проаналізувати й усвідомити масштаби впливу війни на ментальне здоров'я підлітків. Особистість підлітків є уразливою, адже лише формується, так само як і вибудовуються знання про цей світ та пізнання реальності. Якою стає їхня реальність, коли в дім приходять війна? Основним завданням суспільства та держави є створення механізмів, що можуть зменшити негативний вплив війни на психічне здоров'я підлітків

Запитання та навчальні завдання

1. Назвіть основні етапи еволюції жіночої статеві системи.
2. Якими є основні рівні регуляції жіночої статеві системи?
3. Класифікація розладів менструальної функції.
4. Які існують види порушень статеві розвитку ?
5. Що є причиною виникнення синехій?
6. Якими є основні клінічні ознаки інфекцій, що передаються статевим шляхом?
7. Перелічіть основні методи діагностики запальних захворювань жіночої статеві системи.
8. Які основні види ендометріозу статеві органів ви знаєте?
9. Які методи діагностики ендометріозу використовують найчастіше?
10. Перелічіть психологічні особливості в дівчат пубертатного віку.

Список скорочень

АКТГ	– адренкортикотропний гормон
НПЗП	– нестероїдні протизапальні препарати
АГнРГ	– антагоністи гонадотропних релізінг-гормонів
АМКПП	– аномальна маткова кровотеча пубертатного періоду
ЛГ	– лютеїнізуючий гормон
МРТ	– магнітно-резонансна томографія
ФСГ	– фолікулостимулювальний гормон
УЗД	– ультразвукова діагностика

Література

1. Адамян Л.В., Курило Л.Ф., Окулов А.Б., Степанян А.А. Богданова Е.А., Глыбина Т.М., Макиян З.Н. Систематизация нозологических форм аномалий женских половых органов. *Проблемы репродукции*. № 3, 2010. С. 10–14.
2. Вовк І.Б., Юзько О.М. Гінекологія дитячого та підліткового віку. Київ : ВСВ «Медицина», 2011.
3. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (акушерство, гинекология и перинатология). 10-й пересмотр. Женева : ВОЗ, 2004. 268 с.
4. Ahmed SF, Cheng A, Dovey L, et al. Phenotypic features, androgen receptor binding, and mutational analysis in 278 clinical cases reported as androgen insensitivity syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:658-665.
5. Engmann L, Schmidt NJ, Benadiva C. An unusual variation of a unicornuate uterus with normal external uterine morphology. *Fertil Steril* 2004; 82:4:950-953.
6. Fatum M, Rojansky N, Shushan A. Septate uterus with cervical duplication: rethinking the development of mullerian anomalies. *Gynecol Obstet Inv* 2003; 55:3:186-188.
7. Gell JS. Mullerian anomalies. *Semin Reprod Med* 2003; 21:4:375-388.
8. Giraldo JL., Habana A, Duleba AJ., Dokras A. Septate uterus associated with cervical duplication and vaginal septum. *J Am Ass Gynecol Lapar* 2000;7:2:277-279.
9. Hughes IA., Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES1/ESPE2 Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child*. 2006;91:7:554-563.
10. Kurita T, Cunha GR. Roles of p63 in differentiation of mullerian duct epithelial cells. *Ann NY Acad Sci* 2001; 948:9-12.
11. Levitt MA, Peña A. Management in the Newborn Period. In: *Anorectal Malformations in Children*. Eds. A.M. Holschneider, J. Hutson. Heidelberg: Springer 2006;289-294.
12. Martínez-Frías ML, Bermejo E, Rodríguez-Pinilla E, Frías JL. Exstrophy of the cloaca and exstrophy of the bladder: Two different expressions of a primary developmental field defect 2007. Pubmed online.

13. Nistal M, García-Fernández E, Mariño-Enríquez A, et al. Usefulness of gonadal biopsy in the diagnosis of sexual developmental disorders. *Actas Urol Esp* 2007;31:9:1056-1075.

14. Lee PA, Houk ChP, Faisal Ahmed S. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics* 2006;118:2:488-500.

15. Peter A, Lee MD, Christopher P, et al. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics* 2006;118:2:488-500.

16. Sadler TW. *Langman`s Medical Embryology*. Williams&Wilkins USA 2000;215.

17. Shapiro E, Huang H, McFadden DE, et al. The prostatic utricle is not a Mullerian duct remnant: immunohistochemical evidence for a distinct urogenital sinus origin. *J Urology* 2004; 172:4:Part 2:Suppl:1753-1756.

18. Spencer TE, Hayashi K, Hu J, Carpenter KD. Comparative developmental biology of the mammalian uterus. *Curr Top Dev Biol* 2005; 68:8-122.

19. Yin Y, Ma L. Development of the mammalian female reproductive tract. *J Biochem (Tokyo)* 2005;137:6:677-683.

Навчальне видання

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ
З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ПІСЛЯ НЬОГО**

*Методичні вказівки
для здобувачів вищої освіти IV–VI курсів навчання,
лікарів-інтернів та слухачів курсів тематичних удосконалень*

Упорядники Вигівська Людмила Анатоліївна
Гузь Ірина Анатоліївна
Качайло Ірина Анатоліївна
Новікова Анастасія Артемівна

Відповідальний за випуск Л. А. Вигівська



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,5. Зам. № 23-34290.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.