

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**Клепець Анастасія Юріївна**

На правах рукопису

УДК 616-039.75-053.9:614.253.5

**магістерська робота**

**РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ НАЛЕЖНОЇ  
ДОПОМОГИ ПЕДІАТРИЧНИМ ПАЦІЄНТАМ З ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ  
ПАТОЛОГІЄЮ**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:  
Галіяш Наталія Богданівна,  
магістр медсестринства,  
кандидат медичних наук,  
доцент кафедри педіатрії №2  
ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського

Тернопіль, 2022

## АБСТРАКТ

Дитячо-підліткова гінекологія – це виокремлена від загальної гінекології спеціальність, яка займається пацієнтами від періоду новонародженості до зрілості. Така необхідність обумовлена унікальними особливостями анатомії статевих органів та процесу дозрівання дівчаток і підлітків.

До аномалій жіночих статевих органів, що частіше виявляються при народженні або в ранньому віці належать вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенезу або постнатальної затримку розвитку правильно сформованих (в антенатальному періоді) статевих органів. Аномалії розвитку жіночих статевих органів становлять близько 4% від усіх вад розвитку. Під час масових оглядів жінок аномалії розвитку статевих органів виявляються в 0,9% обстежених.

Дівчатка також можуть страждати від набутих захворювань статевих органів, хоча вони частіше зустрічаються в дошкільній групі. Серед таких гінекологічних проблем в препубертатному періоді домінують вульвовагініти і випадкові травми статевих органів. Тоді, як у пацієнток підліткової групи додаються дисфункціональні маткові кровотечі.

Враховуючи значні вікові відмінності таких пацієнток, медичні працівники повинні володіти особливими методиками обстеження та делікатним підходом при роботі з ними та їх батьками.

Тому, метою даної роботи стало вивчити особливості надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам на амбулаторному рівні охорони здоров'я та запропонувати рекомендації щодо поліпшення сестринської практики у цій сфері.

В роботі були залучені: метод кількісного та якісного аналізу проблем надання гінекологічної допомоги дитячому населенню; бібліосемантичний метод для вивчення досвіду надання гінекологічної допомоги дітям в Україні; соціально-гігієнічні методи для визначення захворюваності та показників якості надання гінекологічної допомоги дітям та членам їх родин;

статистичні методи для визначення характеру впливу окремих факторів та достовірності отриманих результатів дослідження.

Спеціалізовано допомога з дитячої гінекології надається на III рівні, як правило спеціалістами обласних лікарень. Але необхідно, щоб з поширеними проблемами статевих органів та статевого розвитку дітей були обізнані як лікарі першого контакту, так і практикуючі акушерки та гінекологи. Адже саме вони зобов'язані виявити відхилення та визначити тактику ведення дитячих гінекологічних пацієнтів, а саме необхідність спрямування на вузькоспеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу.

# З М І С Т

ВСТУП .....	5
РОЗДІЛ 1 АНАЛІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) .....	8
1.1. Визначення та завдання дитячої гінекології .....	8
1.2. Особливості розвитку та статевого дозрівання жіночого організму .....	9
1.2.1. Особливості статевих органів та патології в періоді новонародженості .....	
1.2.2. Особливості статевих органів та патології в періоді дитинства .....	
1.2.3. Особливості статевих органів та патології в період статевого дозрівання .....	
1.3. Завдання для поліпшення гінекологічної допомоги дітям.	18
1.4. Ролі медичної сестри у наданні гінекологічної допомоги дітям .....	20
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ .....	24
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	25
3.1. Аналіз показників діяльності та структури захворюваності педіатричних пацієнтів гінекологічного кабінету дитячої поліклініки .....	26
ВИСНОВКИ .....	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	29

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Дитячо-підліткова гінекологія – це виокремлена від загальної гінекології спеціальність, яка займається пацієнтами від періоду новонародженості до зрілості. Така необхідність обумовлена унікальними особливостями анатомії статевих органів та процесу дозрівання дівчаток і підлітків.

До аномалій жіночих статевих органів, що частіше виявляються при народженні або в ранньому віці належать вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенезу або постнатальної затримку розвитку правильно сформованих (в антенатальному періоді) статевих органів. Аномалії розвитку жіночих статевих органів становлять близько 4% від усіх вад розвитку. Під час масових оглядів жінок аномалії розвитку статевих органів виявляються в 0,9% обстежених.

Дівчатка також можуть страждати від набутих захворювань статевих органів, хоча вони частіше зустрічаються в дошкільній групі. Серед таких гінекологічних проблем в препубертатному періоді домінують вульвовагініти і випадкові травми статевих органів. Тоді, як у пацієнток підліткової групи додаються дисфункціональні маткові кровотечі.

Враховуючи значні вікові відмінності таких пацієнток, медичні працівники повинні володіти особливими методиками обстеження та делікатним підходом при роботі з ними та їх батьками.

Тому, метою даної роботи стало здійснити огляд літератури щодо особливостей надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам, вивчити показники гінекологічної захворюваності в дитячому віці та з'ясувати роль та завдання медичних сестер у забезпеченні такої допомоги.

**Мета дослідження:** вивчити особливості надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам на амбулаторному рівні охорони здоров'я та запропонувати рекомендації щодо поліпшення сестринської практики у цій сфері.

Для досягнення поставленої мети було вирішено такі **завдання:**

1. Вивчити поняття та завдання дитячо-підліткової гінекології;
2. Надати огляд літератури для пояснення особливостей розвитку та статевого дозрівання жіночого організму в різні періоди дитячого віку;
3. З'ясувати поширеність гінекологічних захворювань новонароджених і дітей, які зустрічаються в педіатричній популяції, і виявити закономірність їх прояву;
4. Вивчити особливості амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомога та показати місце дитячо-підліткової гінекології в цій структурі.
5. Проаналізувати показники діяльності та структури захворюваності пацієнтів гінекологічного профілю КП "Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства" Волинської обласної ради.
6. Надати рекомендації щодо поліпшення сестринської практики у сфері амбулаторної дитячо-підліткової гінекології.

*Об'єкт дослідження:* стан організації та надання гінекологічної допомоги дітям в системі лікувально-профілактичних закладів, що надають допомогу дитячому населенню.

*Предмет дослідження:* гінекологічна захворюваність та причини травм статевих органів новонароджених, дівчаток препубертатного та пубертатного віку, показники роботи КП "Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства" Волинської обласної ради, потреби дітей і членів родин при наданні гінекологічної допомоги.

*Методи дослідження.* метод кількісного та якісного аналізу проблем надання гінекологічної допомоги дитячому населенню; бібліосемантичний метод для вивчення досвіду надання гінекологічної допомоги дітям в Україні; соціально-гігієнічні методи для визначення захворюваності та показників якості надання гінекологічної допомоги дітям та членам їх родин; статистичні методи для визначення характеру впливу окремих факторів та достовірності отриманих результатів дослідження.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що вперше в Україні:

- з'ясовано потребу взаємодії різних рівнів надання медичної допомоги дітям залежно від вікових особливостей дівчаток з гінекологічною патологією;

- науково обґрунтовано необхідність підготовки та систематичного тренінгу медичних працівників (лікарів, медичних сестер) як першого контакту, так і спеціалізованого напрямку для розпізнавання та вчасного надання відповідної допомоги дітям з такими потребами; створення контенту дитячої гінекологічної допомоги та включення його в навчальну програму закладів медичної освіти.

**Теоретичне значення** дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині обґрунтування складових дитячої гінекологічної допомоги (медичної, психологічної, соціальної) в умовах їх надання закладами медико-профілактичного профілю в Україні, зокрема, щодо надання якісної гінекологічної допомоги дитячому населенню.

**Апробація результатів роботи.** Основні наукові положення магістерської роботи було опубліковано в 1-ій статті у фаховому виданні. Основні теоретичні та практичні положення дослідження повідомлено на науково-практичних конференціях (2021-2022 рр.).

## РОЗДІЛ 1

### АНАЛІЗ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

#### **1.1. Визначення та завдання дитячої гінекології.**

Гінекологія (від грецького слова «gynē» – жінка) – це галузь медицини, яка спеціалізується на діагностиці та лікуванні захворювань жіночих репродуктивних органів. У ширшому сенсі ця медична спеціальність охоплює усі аспекти, що стосуються жіночого здоров'я, включаючи профілактичні заходи, і передбачає надання медичної допомоги з урахуванням специфіки анатомо-фізіологічних відмінностей статі [1]. Дитячо-підліткова гінекологія виокремлена від загальної гінекології через унікальні особливості, пов'язані з розвитком і анатомією дівчаток і підлітків. Вона займається пацієнтами від періоду новонародженості до зрілості. Дівчата з гінекологічними захворюваннями становлять біля 10% усіх гінекологічних пацієнтів. Враховуючи необхідність делікатного підходу при обстеженні таких пацієнтів, необхідно забезпечувати спеціалізовану гінекологічну допомогу, зокрема в її профілактичному аспекті [2].

#### **1.2. Особливості розвитку та статевого дозрівання жіночого організму**

Розвиток жіночого організму можна розділити на окремі періоди, які визначаються відповідними морфологічними та ендокринними особливостями. Найбільш поширеною є класифікація, згідно з якою виділяють такі періоди:

- внутрішньоутробного розвитку (під час вагітності),
- новонародженості (перші 28 днів),
- «нейтральний», або період дитинства (до 7 років),



- препубертатний (від 7 років до появи першої менструації),
- пубертатний (від настання першої менструації до 15 років),
- підлітковий (16 - 18 років).

У практиці дитячих гінекологів існує поняття «період статевого дозрівання» – пубертатний, під час якого організм досягає біологічної статевої зрілості. У ньому виділяють дві фази: перша – препубертатна (спостерігається швидкий соматичний та статевий розвиток організму, відбувається “стрибок росту”, появляються вторинні статеві ознаки, продовжують розвиватись статеві органи, появляється перша менструація); друга фаза – пубертатна (бере свій початок від першої менструації і закінчується завершенням як соматичного так і статевого розвитку. Організм набуває готовності до виконання дітородної функції).

### **1.2.1. Особливості статевих органів та патології в періоді новонародженості**

Новонародженість – це особливий період, під час якого організм людини переходить з одного якісного стану в інший, а значні перетворення, які відбуваються, спрямовані на пристосування до умов життя, що змінилися. Починають незалежно функціонувати дихальна, серцево-судинна система та система травлення, включаються складні імунні механізми, відбувається гормональна перебудова. До моменту народження у дівчаток має місце висока диференціація статевих органів по жіночому типу. Проте вони мають свої відмінні риси.

Зовнішні статеві органи (*organa genitalia feminina externa*). *Лобок* (*mons pubis*) являє собою трикутне узвишся, обмежене з боків паховими складками. *Малі статеві губи* (*labia minora*) прикривають 2/3 присінка піхви і виступають над великими. *Великі статеві губи* (*labia majora*), набряклі, більш розвинуті в задній частині, обмежують 2/3 присінка піхви. *Клітор* (*clitoris, cunnus*) відносно довгий. *Дівоча пліва* (*hymen*) щільна, має невеличкий отвір.

Внутрішні жіночі статеві органи (*organa genitalia feminina interna*). *Піхва* (*vagina, colpos*) досягає у довжину 2,5-5 см, має виражену складчастість слизової оболонки. Слизові виділення і навіть незначна кровотеча із піхви в період до 2 тижнів життя не являються патологією. Це результат дії естрогенів матері, які проникли через плаценту в кровоток дитини. Реакція вмісту піхви кисла. При кольпоцитологічному дослідженні визначаються високі еозинофільний і каріопікнотичний індекси. Протоплазма епітелію багата глікогеном. *Матка* (*uterus*) за формою нагадує циліндр: її довжина - до 3,5 см, маса - до 5 г. *Шийка матки* (*cervix uteri*) складає 1/2 або 1/3 довжини всієї матки (у дорослих 1 1), ріг між ними відсутній. Положення матки відповідає *anteversio*. Зовнішнє вічко виглядає як ектропіон. М'язовий прошарок матки добре розвинутий. Ендометрій відповідає стадії секреції або проліферації. *Маткова труба* (*tuba uterina*) відносно довга (до 3,5 см), звивиста. *Яєчники* (*ovarium*) новонародженої знаходяться в черевній порожнині (на межі великого і малого таза). Маса яєчника - 0,25 г, довжина - до 2 см, ширина - 0,5 см, товщина - 0,25 см. Для них характерна велика кількість примордіальних фолікулів (від 500000 до 700000 у кожному яєчнику), а також виражений процес атрезії. Структура яєчничової тканини недосконала (білкова оболонка тонка, блискуча оболонка відсутня). Відзначається анізоцитоз гранульозних клітин, помірна лютеїнізація тека-клітин, численна кількість дегенерованих ооцитів.

У внутрішньоутробному періоді вагінальний епітелій плода стимулюється материнськими гормонами, які проникають через плаценту в кровообіг. Після пологів рівень цих гормонів швидко падає, і можна спостерігати густі сірувато-білі слизисті виділення з піхви новонародженої. Секреція зазвичай зникає через 10 днів. Втім, у деяких дівчаток виділення з піхви мають кров'яний відтінок або навіть є кров'янистими. Це розглядається як фізіологічна менструальна кровотеча новонароджених, і при цьому лікування не потрібне. Проте в деяких дослідженнях було показано, що така

кровотеча може бути маркером внутрішньоутробного дистресу на пізніх термінах вагітності [6].

Більшість аномалій статевих органів у немовлят, які виявляються при народженні, є вродженими. Маточновагінальні аномалії розвитку (названі на честь Мюллеріана) є результатом впливу тератогенних уражень у критичні періоди морфогенезу [11, 12].

До аномалій жіночих статевих органів належать вроджені порушення анатомічної будови геніталій у вигляді незавершеного органогенезу: відхилення величини, форми, пропорцій, симетрії, топографії; наявність утворень, не властивих жіночій статі в постнатальному періоді. Також до цієї групи часто відносять постнатальну затримку розвитку правильно сформованих (в антенатальному періоді) статевих органів, що відмічається при інфантилізмі. Це є анатомічні порушення, які, як правило, супроводжуються розладом функції.

Аномалії розвитку жіночих статевих органів становлять 4% від усіх вад розвитку (Толмачевська, 1976). За даними інших авторів, у 0,23% випадків були виявлені аномалії матки й піхви [13]. Природно, що у спеціалізованих установах кількість відповідних хворих більша: від 3,9 до 12,4% стосовно всіх дітей, госпіталізованих до гінекологічного відділення. Під час масових оглядів жінок аномалії розвитку статевих органів виявляються в 0,9%.

Травма, що призводить до вагінальної кровотечі у немовлят, може бути як випадковою, так і не випадковою. Найпоширенішою травмою є травма, що виникла після падіння на край якогось предмета (Малюнок 1). Це рідко призводить до глибоких рваних ран і зазвичай щадить пліву та піхву; екхімоз і набряк є типовими ознаками. Невипадкова травма з вагінальною кровотечею може бути наслідком сексуального насильства. При спробі оцінити, чи була травма випадковою чи ні, важливо враховувати, чи збігається це пошкодження з розповіддю, наданою батьками або опікунами.



Мал.1. Травма, внаслідок падіння на кут предмета у немовляти жіночої статі [1].

Вульвовагініт є ще одним захворюванням, яке може призвести до вагінальних кровотеч у немовлят. Малі статеві губи у дівчаток невеликі і не забезпечують належного захисту піхвового отвору. Шкіра вульви та слизова

оболонка піхви тонкі та крихкі через гіпоестрогенний стан. У таких умовах навіть легкі ушкодження, такі як запалення або подряпини, призводять до руйнування епітелію і кровотечі. Відомо, що 75% випадків вульвовагініту у немовлят є неспецифічними. Специфічний вульвовагініт може бути викликаний такими збудниками, як стрептококи групи А, *S. pyogenes*, *Shigella spp.*, *Yersinia spp.* або *Candida spp.* у немовлят, які носять підгузки [7].



Мал. 2. Вульвовагініт у двомісячної дівчинки [1].

Зазвичай, допомога при таких станах може надаватися лікарем первинної ланки (сімейним чи педіатром). Якщо ж виявлені відхилення є тривожними або незвичайними, дитину слід направити до дитячого гінеколога для належного гінекологічного огляду та до дитячого ендокринолога чи дитячого хірурга для подальшого обстеження та лікування.

### 1.2.2. Особливості статевих органів та патології в періоді дитинства

У віці від 1 до 7 років розвиток статевих органів дівчаток відбувається повільно. Статеві губи тонкі і не цілком закривають вхід у піхву. Слизова оболонка піхви стає складчастою, епітеліальний покрив стоншується до 4-5 прошарків, у клітинах невелика кількість глікогену, зникають лактобацили. Мікрофлора не постійна, виявляються стафіло-стрептококи та диплококи, кишкова паличка. рН стає лужною або нейтральною. Ці чинники сприяють розвитку вульвовагінітів. Розташування матки відповідає антеверзії та антефлексії. Співвідношення розмірів тіла матки до шийки до 7 років становить 1,5:1.

Яєчники починають опускатися у малий таз. Їхні розмір і форма змінюються мало. Кількість примордіальних фолікулів зменшується вдвічі. Зустрічається незначна кількість фолікулів, що дозрівають, зрілих і атретичних. Концентрація гормонів яєчників невисока [3].

У дівчаток препубертатного віку гінекологічні проблеми часто проявляються як проблеми з вульвою та піхвою, тоді як у пацієнок підліткового віку біль у животі та аномальні менструальні кровотечі зазвичай призводять до гінекологічного огляду [2].

Дві поширені вульвовагінальні проблеми у педіатричних пацієнок – це вульвовагініт і випадкова травма статевих органів.

Існує великий спектр діагнозів, які викликають вульвовагініт у цьому віці, включаючи неспецифічні та специфічні мікроорганізми, які можна етіологічно розділити на такі, що не передаються статевим шляхом, і ті, що передаються статевим шляхом. Інфекції, що передаються статевим шляхом, включають *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis* і *Trichomonas vaginalis*. Трихомонада рідко зустрічається у дітей або підлітків, якщо вони не зазнали сексуального насильства.

Хімічний/подразнюючий (або алергічний) вульвовагініт може бути викликаний реакцією на місцеві подразники, такі як мило, ванні піни чи шампуні, нейлонова білизна, косметика, піт, пісок і бруд. Хронічний простий лишай і ектопічний сечовід слід включати в диференційну діагностику дитини зі стійкими вагінальними виділеннями.

Необхідно ретельно зібрати анамнез, провести огляд, щоб виключити вагініт, викликаний сексуальним насильством, хімічними чи дерматологічними причинами. Вагініт, викликаний певними мікроорганізмами, можна лікувати відповідними антибіотиками, а в хронічних випадках показане обстеження під анестезією, щоб виключити наявність стороннього тіла або анатомічної причини виділень [2, 8].

Травма статевих органів у педіатричних пацієнтів може бути внаслідок випадкової травми або навмисного нападу. Однак розташування травми може викликати значну стурбованість батьків через занепокоєння щодо майбутнього гінекологічного та статевого розвитку дитини. Пошкодження промежини становлять 0,2% усіх травм у дівчат віком до 15 років. Садна, забої, рвані рани та гематоми можуть бути результатом травми в області статевих органів. Найпоширенішою етіологією генітальної травми у пацієнток до 14 років є травма, що виникає в результаті падіння, коли дитина осідлає предмет, стискаючи м'які тканини вульви між предметом і кістками таза [8, 9].

Випадкова травма зазвичай спостерігається у дітей препубертатного віку, причому найпоширенішими є травми, пов'язані з падінням на кут предмета. У більшості випадків хірургічне втручання не потрібне, проте проникаючі поранення або нестабільність гемодинаміки потребують негайної лапаротомії або лапароскопії. Сексуальне насильство завжди має враховуватися. При лікуванні пацієнток із травматичним пошкодженням промежини внаслідок сексуального насильства необхідно надавати велике значення подальшій їх психологічній та соціальній реабілітації. [7, 9].

### 1.2.3. Особливості статевих органів та патології в період статевого дозрівання

У процесі статевого дозрівання виділяють дві фази: *препубертатну*, коли спостерігається інтенсивний ріст організму та активний подальший розвиток статевих органів, формуються вторинні статеві ознаки і з'являється перша менструація (I фаза), і *пубертатну*, яка триває від першої менструації до завершення формування статевих ознак і характеризується уповільненням росту та встановленням регулярних овуляторних циклів. З цього часу організм стає готовим до виконання дітородної функції (II фаза).

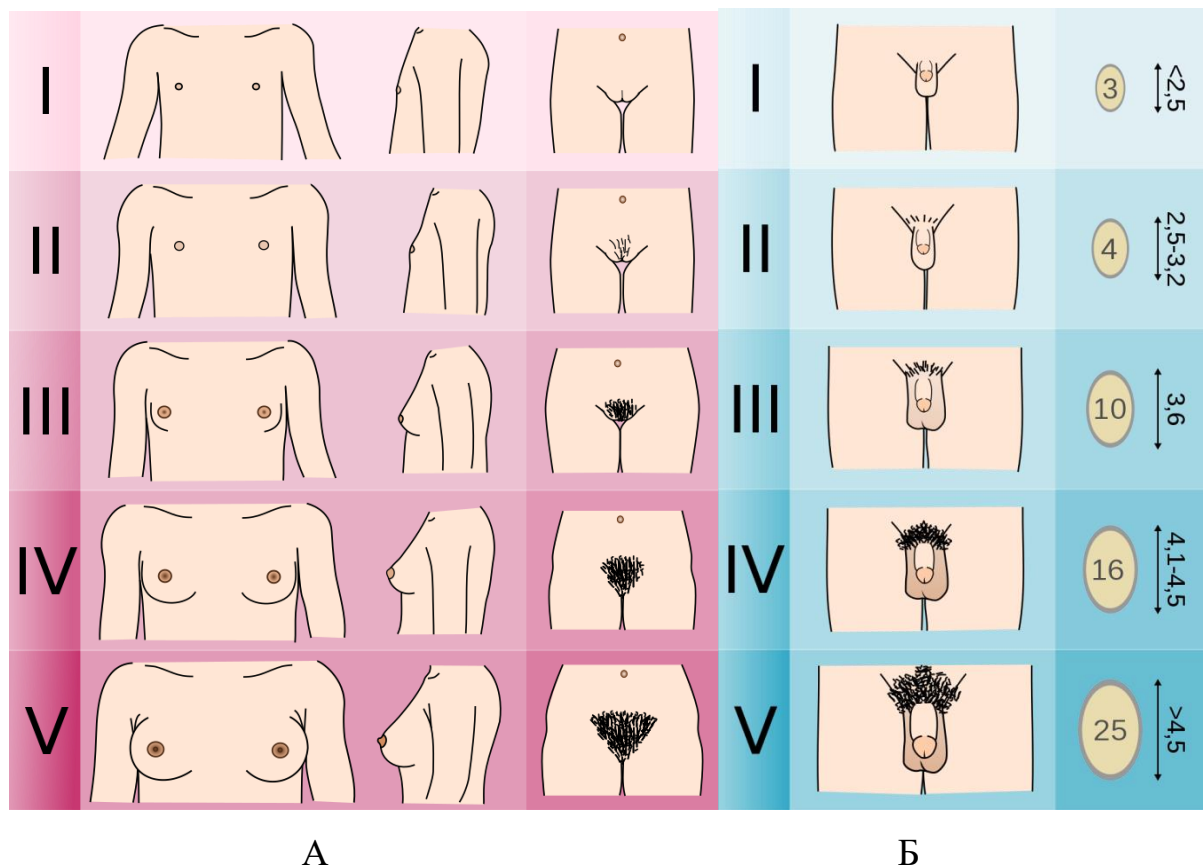
Для оцінки ступеня статевої зрілості широко використовується схема Танера (Малюнок 2), яка враховує ріст волосся у пахвинних ділянках (Ах), ріст волосся на лобку (Р), розвиток молочної залози (Ма) та менструальну функцію (Ме) [3, 11]. Статева формула, яка відображає ступінь дозрівання, описується як P1 Ах1 Ма2 Ме1 (Табл. 1). Появу вторинних статевих ознак і менструальноподібних виділень до 7 років слід розцінювати як передчасне статеве дозрівання (ПСД). Недорозвинення або відсутність вторинних статевих ознак до 15-16 років відноситься до затримки статевого розвитку. Якщо ознаки статевого дозрівання не з'являються у дівчини до 16 років, то йдеться про відсутність статевого розвитку.

Таблиця 1

Стадії статевого розвитку за Танером

Стадія статевого розвитку (за Танером)	Ма	Р	Ах	Ме	Вік
I	1	1	1	1	
II	2 - 3	2	1 - 2	1 - 2	8 - 13
III	2 - 4	3 - 4	2	2 - 3	9 - 15
IV	4	3 - 4	3	3 - 4	11 - 16
V	5	4 - 5	4	4	12 - 17





Мал. 2. Схема Танера для оцінки статевого дозрівання дівчат (А) і хлопців (Б).

Порушення статевого розвитку є важливою причиною звернень до гінеколога у цьому віці, втім часто ці порушення виявляють лікарі інших спеціальностей та направляють на гінекологічний прийом.

Серед інших причин звернення до гінеколога у підлітків досить частою є дисфункціональні маткові кровотечі (менорагії). Дисфункціональна маткова кровотеча відноситься до ендометріальних кровотеч, які є тривалими, надмірними або нерегулярними і не пов'язані з анатомічним ураженням матки. Ановуляція та розлади гемостазу становлять переважну більшість менорагій у підлітків, що відрізняється від дорослого населення, де частіше зустрічаються такі патології органів малого таза, як фіброми та поліпи [8]. У сексуально активних підлітків слід враховувати інші причини менорагії, такі як вагітність та інфекція. Інфекції, що передаються статевим шляхом, особливо хламідійний ендометрит, можуть призвести до рясних менструацій.

Мета первинної гінекологічної оцінки полягає в тому, щоб визначити, який підліток потребує лікування, а яку дівчинку можна спостерігати, поки статеве дозрівання не приведе до регулярних нормальних менструацій. Якщо анемії немає, стрес пацієнтки мінімальний, а крововтрати лише незначно або помірно збільшені, доречне консервативне спостереження [10].

### **1.3. Завдання для поліпшення гінекологічної допомоги дітям**

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних та гінекологічних хворих, профілактику та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницьку роботу.

Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень (ЦРЛ), сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах (ФАП), центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік.

На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують на ФАП, в амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на I етапі в основному має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності, ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні з неускладненим загальним та акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики – сімейної медицини/акушерки/фельдшера.

На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, центральної міської лікарні (ЦМЛ), міської лікарні (МЛ) жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів ЦРЛ, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік. У лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) II рівня

спостерігаються пацієнтки без ускладненого перебігу вагітності та з акушерськими ускладненнями, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плода. За наявності показань вагітних направляють на III рівень надання медичної допомоги, за необхідності – до денних стаціонарів.

На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЛПЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. За необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами.

Гінекологічні захворювання виявляють під час звернення жінок до жіночої консультації або гінекологічних кабінетів багатoproфільної поліклініки, до лікаря загальної практики – сімейної медицини, гінеколога дитячого та підліткового віку, акушерки ФАП, а також під час проведення профілактичних оглядів у ЛПЗ.

Профілактичними оглядами в оглядових кабінетах забезпечуються дівчата з 14 років та всі жінки (за їх поінформованою згодою), які звернулися вперше в поточному році в ЛПЗ. Діагноз захворювання встановлює акушерка, лікар загальної практики – сімейної медицини, лікар акушер-гінеколог або гінеколог дитячого та підліткового віку на підставі скарг, анамнезу, даних гінекологічного огляду та подальшого обстеження.

Проведення профілактичних оглядів у дівчат з 18 років (за показаннями з 14 років оглядаються у присутності батьків гінекологом дитячого та підліткового віку) покладається на акушерку, лікаря загальної практики – сімейної медицини, педіатра, акушера-гінеколога, гінеколога дитячого та підліткового віку (в умовах ЛПЗ). Профілактичні огляди спрямовані на збереження репродуктивного здоров'я, профілактику небажаної вагітності, запальних захворювань статевих шляхів і підліткової вагітності, інфікування вірусом папіломи людини, діагностику порушення

фізичного та статевого розвитку (затримка або випередження), порушення становлення менструального циклу.

При обстеженні проводиться оцінка фізичного та статевого розвитку, огляд та пальпація молочних залоз та огляд зовнішніх статевих органів. При порушенні менструальної функції, підозрі на гінекологічну патологію виконують ультрасонографічне дослідження органів малого таза (УЗД), ректо-абдомінальне дослідження внутрішніх статевих органів, аналіз виділень з піхви; за необхідності – гормональне дослідження, проведення діагностичних проб тощо. У сексуально активних підлітків також проводиться: огляд шийки матки у гінекологічних дзеркалах, обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСП), онкоцитологія та кольпоскопія. Під час візиту проводиться консультування з питань планування сім'ї та профілактики ПСП.

Важливо зазначити, що спеціалізовано допомога з дитячої гінекології надається на III рівні, як правило спеціалістами обласних лікарень. Тому необхідно, щоб з поширеними проблемами статевих органів та статевого розвитку дітей були обізнані як лікарі першого контакту, так і практикуючі акушерки та гінекологи. Адже саме вони зобов'язані виявити відхилення та визначити тактику ведення дитячих гінекологічних пацієнтів, а саме необхідність спрямування на вузькоспеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу.

#### **1.4. Ролі медичної сестри у наданні гінекологічної допомоги дітям**

Орієнтовна посадова інструкція акушерки ФАП

1. ФАП є амбулаторно-поліклінічним закладом первинної ланки з наданням долікарняної медико-санітарної допомоги сільському населенню і відіграє важливу роль у лікувально-профілактичному обслуговуванні, проведенні комплексу профілактичних і оздоровчих заходів, а також санітарно-просвітницькій та протиепідемічній роботі.

2. На посаду акушерки ФАП призначається молодший спеціаліст з медичною освітою, який закінчив вищий медичний або середній спеціальний заклад і отримав кваліфікацію акушерки, фельдшера-акушерки або фельдшера.

3. Акушерка безпосередньо підпорядкована завідувачу ФАП. Методичне керівництво роботою здійснює лікар ЛПЗ, відповідальний за надання акушерсько-гінекологічної допомоги населенню на території діяльності ФАП.

#### 4. Функції акушерки ФАП.

4.1. Забезпечення надання медичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим за призначенням лікаря акушера-гінеколога.

4.2. Санітарно-просвітницька робота з питань охорони материнства і дитинства, планування сім'ї та відповідального батьківства.

4.3. Ведення амбулаторного прийому на ФАП.

4.4. Здійснення патронажу вагітних, породілей та новонароджених на дому.

4.5. Надання екстреної акушерської та гінекологічної допомоги з подальшим направленням жінок до відповідних ЛПЗ, супроводжуючи їх за необхідності.

4.6. Надання першої невідкладної допомоги при гострих захворюваннях і нещасних випадках (поранення, кровотечі, отруєння та ін.) з подальшим викликом лікаря, організація госпіталізації пацієнтки у відповідний найближчий ЛПЗ незалежно від відомчої підпорядкованості лікувально-профілактичної допомоги вагітним і гінекологічним хворим (швидкий тест на вагітність, визначення білка та ацетону у сечі).

4.7. Здійснення фізіотерапевтичних процедур у разі спеціального навчання, стажування, супроводжуючи хвору в необхідних випадках.

4.8. Своєчасне направлення вагітних до стаціонару відповідних ЛПЗ.

4.9. Проведення профілактичних оглядів жінок відповідно до встановлених термінів.

4.10. Виконання лікарських призначень.

4.11. Підготовка робочого місця для прийому вагітних і гінекологічних хворих лікарем на ФАП.

4.12. Проведення найпростіших лабораторних досліджень, пов'язаних з наданням екстреної допомоги.

4.15. Ведення документації у встановленому порядку за своїм напрямком роботи.

5. Акушерка ФАП зобов'язана:

5.1. Керуватись у своїй роботі цим положенням, наказами, інструкціями, методичними та іншими вказівками органів охорони здоров'я, а також розпорядженнями.

5.2. Видавати довідки й інші документи медичного характеру згідно з чинними нормативними актами МОЗ України.

6. Акушерка ФАП має право:

6.1. Спостерігати за станом здоров'я і розвитком дітей першого року життя у разі відсутності в штаті ФАП посади патронажної медичної сестри.

6.2. Проводити у межах компетенції і професійних прав консультування з питань планування сім'ї, обстеження, встановлювати попередній діагноз, строк вагітності, виконувати медичні маніпуляції та здійснювати профілактичну роботу.

6.3. Подавати завідувачу ФАП пропозиції щодо вдосконалення організації акушерсько-гінекологічної допомоги.

6.4. Підвищувати свій професійний рівень.

**Висновки.** Таким чином, гінекологічні проблеми не обмежуються підлітками чи дорослими і можуть спостерігатися у дівчат у будь-якому віці. Новонароджені можуть страждати як від вроджених, так і від набутих

захворювань статевих органів, хоча вони частіше зустрічаються в дошкільній групі.

Серед таких гінекологічних проблем в препубертатному періоді домінують вульвовагініти і випадкові травми статевих органів. Тоді, як у пацієнок підліткової групи додаються дисфункціональні маткові кровотечі.

Набуту патологію статевих органів у педіатричній популяції здебільшого можуть лікувати педіатри та лікарі сімейної медицини без єдиних рекомендацій щодо лікування. Хоча своєчасне звернення до дитячого гінеколога може мати вирішальне значення.

## РОЗДІЛ 2

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Для виконання завдань дослідження, нами було проведений літературний пошук, щоб забезпечити огляд останніх досліджень, що стосуються дитячої онкології у таких базах, як Medline, PUBMED, та ResearchGate. Ключові слова, використані для пошуку, включали: дитина, педіатрична гінекологія, патологія статевих органів, вроджені вади статевих органів, а також медична сестра, акушерка та сестринський догляд. Додаткові терміни були додані для пошуку досліджень, характерних для кожного з аспектів дитячої гінекологічної допомоги (наприклад, "травма" для пошуку, пов'язаного з фізичним виміром, "підліток" для пошуку особливостей надання допомоги).

Для вивчення показників діяльності та структури захворюваності пацієнтів гінекологічного профілю КП "Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства" Волинської обласної ради нами було вивчено звіт про роботу цього відділення за 2019-2021 роки.

Усі показники були внесені в комп'ютерну базу даних. Зібраний статистичний матеріал оброблявся за допомогою програми MS Excel.



## РОЗДІЛ 3

### АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ ТА СТРУКТУРИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПЕДІАТРИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ

Основним завданням гінекологічного кабінету поліклініки КП «ВОТМО захисту материнства і дитинства» ВОР є надання спеціалізованої допомоги жіночому населенню; впровадження сучасних стандартів діагностики та лікування, що дозволяють досягти максимально можливого сучасний рівень лікування даної категорії пацієнтів.

Всього за 2019 рік було оглянуто 2388 пацієток до 18 років, за 2020 рік – 1718 та за 2021 р. – 1785 дівчат. Щомісячні показники роботи поліклінічного відділення КП «ВОТМО захисту материнства і дитинства» ВОР за 2019-2021 роки представлені у таблиці 2. Аналіз показників показує, що основна частка пацієнтів, що звертаються до дитячого гінеколога – це дівчата віком 0-14 років (відповідно 1786 пацієток (74,79 %) за 2019 рік, 1226 (68,95 %) – за 2020 та 1567 (87,79 %) – за 2021 рік).

*Таблиця 2*

Щомісячні показники роботи поліклінічного відділення КП «ВОТМО захисту материнства і дитинства» ВОР за 2019-2021 роки

Показник	Обстежено пацієток 0-14 років			Обстежено пацієток 15-17 років			З них діти до 1-го року		
	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.	2019 р.	2020 р.	2021 р.
Січень	171	137	108	14	78	5	6	10	10
Лютий	184	140	57	60	96	11	15	9	1
Березень	124	103	178	58	43	34	3	3	6
Квітень	66	0	76	27	0	26	2	0	4

Травень	146	29	131	73	16	18	12	1	4
Червень	156	82	155	32	45	17	6	3	6
Липень	100	124	158	33	40	23	7	6	4
Серпень	190	155	136	79	61	22	7	4	3
Вересень	103	111	138	64	41	23	4	9	6
Жовтень	130	87	77	69	20	6	3	5	1
Листопад	241	105	154	37	22	14	1	9	6
Грудень	175	153	199	56	30	19	2	8	12
<b>Всього за рік</b>	<b>1786</b>	<b>1226</b>	<b>1567</b>	<b>602</b>	<b>492</b>	<b>218</b>	<b>68</b>	<b>67</b>	<b>63</b>

## ВИСНОВКИ

Даним дослідженням встановлено, що, не зважаючи на значну врегульованість в галузі дитячої гінекологічної допомоги, потрібна додаткова робота для покращення якості надання допомоги для дітей з гінекологічними проблемами та імплементація новітніх медсестринських втручань у клінічну практику та підготовку персоналу.

1. Гінекологічні проблеми не обмежуються підлітками чи дорослими і можуть спостерігатися у дівчат у будь-якому віці. Новонароджені можуть страждати як від вроджених, так і від набутих захворювань статевих органів, хоча вони частіше зустрічаються в дошкільній групі.

2. Серед таких гінекологічних проблем в препубертатному періоді домінують вульвовагініти і випадкові травми статевих органів. Тоді, як у пацієнток підліткової групи додаються дисфункціональні маткові кровотечі.

3. Набуту патологію статевих органів у педіатричній популяції здебільшого можуть лікувати педіатри та лікарі сімейної медицини без єдиних рекомендацій щодо лікування. Хоча своєчасне звернення до дитячого гінеколога може мати вирішальне значення.

4. Спеціалізовано допомога з дитячої гінекології надається на III рівні, як правило спеціалістами обласних лікарень. Тому необхідно, щоб з поширеними проблемами статевих органів та статевого розвитку дітей були обізнані як лікарі першого контакту, так і практикуючі акушерки та гінекологи. Адже саме вони зобов'язані виявити відхилення та визначити тактику ведення дитячих гінекологічних пацієнтів, а саме необхідність спрямування на вузькоспеціалізовану лікувально-профілактичну допомогу.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wróblewska-Seniuk K. Gynecological Problems in Newborns and Infants / K. Wróblewska-Seniuk, G. Jarzabek-Bielecka, W. Kedzia // *Journal of Clinical Medicine*. – 2021. – №10. – P. 1071-1081. – DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10051071>
2. Ameen N. N. Neonatal and Pediatric Gynecological Problems; Patterns and Presentation / N. N. Ameen, M. A. Mrif, W. N. Saber, T. M. Muhssen // *JSMC*. – 2017. – Vol. 7. – No.4. – P.361-369. – DOI: <https://doi.org/10.17656/jsmc.10139>
3. Паращук Ю.С. Репродуктивне здоров'я дітей-підлітків: навч.посібник. Харків: ХДМУ, 2002. – 109 с.
4. Laufer M.R. Abnormalities of the female Genital Tract. // Coran A.G, Adzick N.S., Krummel T.M., Laberge J.M., Caldamore A., Shamberger R. *Pediatric Surgery*. 7th ed. – Philadelphia: Elsever/Saunders, 2012. – P.1591-1609.
5. Presannakumari B. Embryology of the Female Genital Tract and its Congenital Anomalies. 1st ed. – New Delhi: Jaypee, 2011. – P.26-30.
6. Brosens, I. Clinical significance of neonatal menstruation / I. Brosens, G.Benagiano // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2016. – No.196. – P.57-59.
7. Howell J.O., Flowers D. Prepubertal vaginal bleeding: Etiology, diagnostic approach, and management // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2016. – № 71. – P.231–242.
8. Hertweck P. Common problems in pediatric and adolescent gynecology / P. Hertweck, J. Yoost // *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*. – 2010. – Vol.5(3) . – P.311-328. – DOI: <https://doi.org/10.1586/eog.10.9>
9. Травматичні пошкодження промежини в дітей / В.Ф. Рибальченко, О.Б. Доманський, О.Л. Дзюба, та ін. // *Хірургія дитячого віку*. – 2016. – №1-2(50-51). – С. 104-110.

10. Геряк С.М., Петренко Н.В. Сучасні підходи до вибору антианемічної терапії у дівчаток-підлітків з ювенільними аномальними матковими кровотечами // Слово о здоров'є. – 2017. – № 2 (8). – С. 38-41.
11. Гінекологія: підручник (ВНЗ I—III р. а.) / О.В. Степанківська, М.О. Щербина. — 4-е вид., випр. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2018. – 432 с.
12. Проняєв Д. В. Закономірності морфогенезу внутрішніх жіночих статевих органів у перинатальному періоді онтогенезу [Текст] : автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.03.01 / Проняєв Дмитро Володимирович ; Буковинський державний медичний університет Міністерства охорони здоров'я України. – Чернівці, 2021. – 330 с.
13. Аномалії розвитку жіночих статевих органів : метод. вказ. для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів / упор. І.О. Тучкіна, Л.А. Вигівська, Г.В. Мальцев та ін. – Харків : ХНМУ, 2018. – 60 с.
14. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні: наказ Міністерства Охорони Здоров'я України від 15.07.2011 р. № 417 (Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я N 7 від 09.01.2014, N 59 від 21.01.2014, N 236 від 02.04.2014, N 353 від 13.04.2016). ІАС Консультант : веб-сайт. URL: <http://consultant.parus.ua/?doc=0ADAU9FBE7> (Дата звернення 5.05.2022 р.)
15. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги // Медичні аспекти здоров'я жінки. – 2011. – №7 (47). – С. 25-40.
16. Wejde E. Treatment with oestrogen or manual separation for labial adhesions – Initial outcome and long-term follow-up / E. Wejde, A.N. Ekmark, P. Stenström // BMC Pediatr. – 2018. – №18. – P. 1–9.
17. Jarzabek-Bielecka, G. Problems involved in the gynecological examination of girls / G. Jarzabek-Bielecka // Now. Lek. – 2000. – №69. – P.465–470.

18. Rey R.A., Josso, N. Diagnosis and Treatment of Disorders of Sexual Development. In Endocrinology: Adult and Pediatric. / Jameson, J.L., De Groot, L.C., Eds. . – Elsevier Saunders: Philadelphia, PA, USA, 2010.
19. Bajszczak K. Disorders of sex development – New terminology and new recommendations for therapeutic management / K. Bajszczak, M.Szarras-Czapnik, J. Słowikowska-Hilczer // Seksuologia Pol. – 2014. – №12. – P.74–80.
20. Вовк І.Б. Порушення статевого розвитку у дівчаток / І.Б. Вовк, В.К.Кондратюк, В.Ф.Петербурзька // Медичні аспекти здоров'я жінки. – 2015. – № 2 (88) . – С. 43-47.