



## Порушення оваріально-менструального циклу в підлітковому віці

**Оксана Андрієць,  
Ліля Рак**

Джерела формування майбутнього репродуктивного здоров'я починаються з дитячого та підліткового віку. Серед багатьох перебудовчих процесів, які відбуваються в пубертатний період, одним з найважливіших є початок менструацій (менархе) і становлення менструальної функції.

Ще в кінці XIX століття провідні вітчизняні вчені Д. О. Отт, С. С. Жихарев, А. В. Репрев встановили, що

менструальний цикл не є місцевим процесом, а хвилеподібною реакцією організму, пов'язаною зі змінами в системі «гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка», що зовні проявляється матковою кровотечею. Ці зміни важливих життєвих процесів в організмі жінки вони назвали «менструальною хвилею».

Одним з провідних розладів менструальної функції в період її становлення є пубертатні маткові кровотечі (ПМК). ПМК виникають на фоні незрілості регуляції менструальної функції в період статевого дозрівання, в більшості випадків (68,2%) на пер-

шому році становлення гіпофізарно-яєчничкового циклу. Кровотечі, як правило, зумовлені порушенням регуляції менструальної функції. При цьому на перший план виступають не структурні, а функціональні порушення. Важливо, що ПМК характеризуються рецидивуючим перебігом у 63,5% випадків та розвитком анемії у 35,2% хворих.

Регуляція менструальної функції проходить складним нейрогуморальним шляхом. Згідно з сучасними уявленнями, циклічні зміни в організмі жінки пов'язані зі здійсненням менструальної функції, відбуваються при обов'язковій участі п'яти ланок, або рівнів, регуляції (кора головного мозку — церебральні структури; гіпоталамус — підкоркові центри; гіпофіз — додаток мозку; яєчники — статеві залози; матка — орган-мішень). Кожна з них регулюється вищеразтованими структурами за механізмом зворотного зв'язку. Нормаль-

на менструальна функція здійснюється внаслідок правильної синхронної взаємодії усіх ланок нейроендокринної регуляції. Головну роль у патогенезі ПМК відіграє особливість і незрілість гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи підлітка. Первинною ланкою порушення гормонального гомеостазу можуть стати як ураження церебральних регуляторних центрів, так і зміни стероїдогенезу в яєчниках за механізмом зворотного зв'язку. У будь-якому випадку гормональне підґрунтя виникнення ПМК можна охарактеризувати як абсолютну або відносну гіперестрогенію, що призводить до гіперластичних змін в ендометрії. Крім того, відмічаються недосконалість рецепторного апарату матки і низька контрактильна активність міометрію матки, що не досягла остаточного розвитку. Наслідком вищезазначених змін і безпосереднім пусковим механізмом ПМК є порушення кровообігу в ендометрії, поява вогнищ застійного повнокров'я, ішемії, гіпоксії, некрозу, що призводять до нерівномірного відторгнення ендометрію.

Період статевого дозрівання знає індивідуальних коливань, перебіг його залежить від соціально-побутових, кліматичних та інших умов. У період статевого дозрівання організм більш сприйнятливий до впливу навколишнього середовища, обмежені адаптивні ресурси вразливі перед гострими і хронічними стресовими факторами. Нестійкий баланс гіпоталамо-гіпофізарної системи легко порушується під впливом несприятливих чинників. Фолікулярний апарат яєчників і рецепторний апарат матки може уражатися як внаслідок травм та інтоксикацій, так і десинхронізації гормональної регуляції.

До факторів, які можуть сприяти виникненню пубертатних маткових кровотеч, відносять:

- несприятливий перебіг антенатального періоду;
- гострі та хронічні інфекційні захворювання;
- хронічні соматичні захворювання;
- гострі та хронічні форми стресу;
- патологічні стани ендокринних залоз (щитовидної залози, наднирників, гіпоталамічний синдром);
- наявність бактеріальної або вірусної інфекції;
- порушення вітамінного і мінерального балансу;
- емоційні або фізичні перенавантаження;
- порушення біоритмів в цей період життя підлітка;
- генетичні чинники.

Слід взяти до уваги, що в етіології ПМК поряд із вищезгаданими причинами неабияке значення мають психічні травми та перенавантаження. Умови зовнішнього середовища, а також сильні емоції можуть через кору великих півкуль головного мозку, а також підкіркові вузли чинити свій вплив на перебіг менструальної функції. Інакше кажучи, патологічні процеси організму, генетично не пов'язані зі статевим апаратом, можуть гуморальним шляхом, а також через систему рефлексорних зв'язків і нервові центри, змінювати характер процесів, що відбуваються в статевому апараті.

У препубертатний та пубертатний періоди вибірково чутливість репродуктивної системи до соціально-психологічних факторів значно зростає. Як зазначає професор Т. Ф. Тарчук, часто ми зустрічаємось із так званою підлітковою поведінкою, коли змінюється співвідношення рівнів гормонів, підвищується рівень пролактину, андрогенів, і це відповідним чином впливає на індивідуальні особливості підлітків.

### *Нормальна менструальна функція здійснюється внаслідок правильної синхронної взаємодії усіх ланок нейроендокринної регуляції*

О. В. Золото та співавтори (2010) виділили синдром ювенільного перенавантаження, зниження порогу сприйняття зовнішніх подразників, в основі якого лежить значне зниження адаптаційної функції гіпоталамуса в результаті підвищення активності вегетативної нервової системи в період статевого дозрівання. Це призводить до зниження функції відповідного центру підгорбкової ділянки і до змін естрогенної активності, що має провідне значення в патогенезі ПМК.

Як правило, ПМК ациклічні, ановуляторні і частіше відбуваються на тлі порушень за типом атрезії фолікула, рідше — персистенції фолікула, різні за інтенсивністю і тривалістю, завжди безболісні, швидко ведуть до анемії і вторинних порушень системи крові.

**Клінічна картина ПМК** характеризується кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів різної інтенсивності і тривалості. У переважній більшості випадків це помірні виділення, рідше — рясні або тривалі мажучі. Тривалість крово-

теч може коливатися від кількох днів до 2–3 місяців. Супутньою скаргою часто виступає ниючий біль внизу живота. Симптоми анемізації залежать від темпів крововтрати. Тривалі виділення незначної чи помірної інтенсивності проявляються картиною хронічної крововтрати. Завдяки компенсаторним механізмам загальний стан практично не порушується. Однак анемія позначається на працездатності, призводить до швидкої втомлюваності, знижує опірність організму, вичерпує його адаптивні ресурси. Можливі прояви сидеропенічного синдрому — це ламкість нігтів і волосся, сухість слизових тканин, спотворення смакових і нюхових відчуттів. Рясні кров'янисті виділення супроводжуються ознаками гострої крововтрати (загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості).

Основні симптоми пубертатних маткових кровотеч:

- тривалі (більш ніж 7–8 днів) кров'янисті виділення зі статевих шляхів;
- кровотечі, інтервал між якими менше 21 дня;
- крововтрата більш ніж 100–120 мл на добу.

Слід пам'ятати, що дуже часто кровотечі виникають після затримки чергової менструації. Загроза кровотечі може бути діагностована під час ультразвукового дослідження, своєчасне лікування дає змогу запобігти їй.

Якщо кровотеча виникла, дуже важливо відразу звернутися до лікаря. Що раніше почати лікування, то менше часу потрібно для його проведення. На жаль, близько 4% підлітків потрапляють до спеціалізованих медичних закладів у тяжкому стані — вже після того, як знепритомніють внаслідок великої крововтрати, яка призводить до порушення кровообігу, анемії тяжкого ступеня.

Важкість захворювання визначається:

- характером крововтрати (інтенсивність, тривалість);
- ступенем вторинної постгеморагічної анемії (легка, середня, тяжка).

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, нижня границя нормального рівню гемоглобіну (Hb) у жінок становить 120 г/л, у підлітків — 130 г/л. Якщо цей показник знижений, то це є ознакою анемії.

**Діагностика ПМК** включає збір анамнезу, оцінку фізичного й статевого розвитку дівчинки, визначення тривалості та інтенсивності кров'янистих виділень, оцінку менструального календаря, уточнення психологічних особливостей

пацієнтки. Гінекологічне обстеження включає огляд, дворучне обстеження, за показаннями — вагіноскопію. Комплекс лабораторних досліджень складається із загального і біохімічного аналізів крові, визначення вмісту фолікулостимулюючого і лютеїнізуючого гормонів, пролактину, естрогенів, прогестерону, тестостерону, кортизолу, тиреотропного гормону, вільного тироксину, мазка на флору з піхви, а також тесту на толерантність до глюкози при синдромі полікістозних яєчників. У разі потреби при більш детальній диференціації діагнозу вдаються до кольпо- і гістероскопії, роздільного лікувально-діагностичного вишкрібання слизової оболонки матки, рентгенографії черепа за проекцією турецького сідла, а при підозрі на пухлину головного мозку — магніто-резонансної томографії мозку, електроенцефалографії, реоенцефалографії. Неоцінену допомогу надають можливості ультразвукової діагностики. Цей метод дозволяє уточнити розміри і структуру статевих органів, стан ендометрію, виключити вади розвитку, вагітність, аденоміоз, поліпи чи гіперплазію ендометрію, кісти яєчників, новоутворення малого тазу.

При лікуванні ювенільних кровотеч виконуються дві задачі — зупинка кровотечі і нормалізація менструальної функції надалі з метою профілактики рецидиву захворювання.

Важливим етапом також є корекція фізичного і психічного статусу та лікування супутніх захворювань, таких як дискінезія й запалення жовчовивідних шляхів, гастро- чи інтестинальна дисфункції, алергії, хронічний тонзиліт та інші.

З метою зупинки кровотечі проведення негормонального (симптоматичного) гемостазу передбачає призначення утеротонічних (скорочуючих матку) засобів — окситоцину, метилергометрину (діюча речовина — метилергометрин); позитивний ефект має препарат «Реместип» (діюча речовина — терліпресин), останній підвищує тонуус гладкої мускулатури матки, стимулюючи активність міометрію як вагітної, так і невагітної матки.

Окрім того, призначають кровозупинні препарати (етамзилат натрію, вікасол, препарати транексамової кислоти). Слід зазначити позитивний ефект транексамової кислоти, яка має антифібринолітичну, протиалергійну, протизапальну дію; конкурентно інгібує активатор плазміногену, в більш високих концентраціях — зв'язує плазмінін; подовжує тромбіновий час; гальмує утворення кінінів та інших пептидів, які беруть участь у за-

пальних та алергічних реакціях, що має особливе значення для зупинки маткових кровотеч, які виникли на тлі супутньої уrogenітальної інфекції.

Необхідними є препарати, що зміцнюють судинну стінку (аскорутин), вітаміни, антианемічні засоби, фітотерапія (настої кропиви, водяного перцю, грициків звичайних). Використовують також фізіотерапевтичні методики (гальванізація синокаротидної зони, вібраційний масаж паравертебральних зон, ендоназальна гальванізація, ендоназальний електрофорез іонів кальцію).

Доказова медицина стверджує, що найбільш фізіологічним у підлітковому віці слід вважати призначення негормональної терапії.

За відсутності ефекту від симптоматичної терапії вирішується питання про проведення гормонального гемостазу.

### *У препубертатний та пубертатний періоди вибірково чутливість репродуктивної системи до соціально-психологічних факторів значно зростає*

Показаннями до гормонального гемостазу є:

- тривала та рясна кровотеча з наявністю вторинної анемії;
- відсутність ефекту від симптоматичної терапії при помірній та тривалій кровотечі;
- тривалі кровотечі та наявність гіперплазії ендометрію (М-ехо більше 10 мм).

З метою гормонального гемостазу застосовуються гестагени або комбіновані естроген-гестагенні препарати (монофазні комбіновані оральні контрацептиви (КОК)). Застосування гормональної терапії проводиться в залежності від ступеню естрогенної насиченості організму (при низьких цифрах — препарати, що містять натуральний естроген, при нормальній або підвищеній секреції естрадіолу препаратами вибору є гестагени або КОК). Механізм дії гемостазу гестагенами ґрунтується на секреторній трансформації ендометрію та десквамації його функціонального шару («медикаментозний», «гормональний кюретаж»); вплив на судинну стінку; збільшені кількості тромбоцитів та прокоагулянту.

Терапія статевими стероїдними гормонами у дівчат-підлітків вимагає дотримання наступних принципів:

- можливість цілеспрямовано впливати на оптимізацію процесу статевого дозрівання;
- гормонотерапія не повинна порушувати фолікулогенез та має сприяти нормалізації стероїдогенезу і секреторної трансформації ендометрію;
- гормонотерапія не повинна загострювати хронічні соматичні захворювання;
- гормонотерапія не повинна виявляти прямої та потенційної онкогенної дії на органи-мішені.

Одночасно показане проведення активної антианемічної терапії.

В останні роки все більше уваги приділяється стану специфічних білків — рецепторів в органах-мішенях, чутливих до певних стероїдів, за допомогою взаємодії яких і забезпечується реалізація біологічного ефекту стероїдних гормонів у тканинах-мішенях, зокрема в ендометрії. Професор І. Б. Вовк та співавтори (2003), вивчивши морфологічні особливості ендометрію та стан його рецепторів до естрогенів і прогестерону у дівчат 13–15 років з важкими формами ПМК та вторинною постгеморагічною анемією, яким проводилося лікувально-діагностичне вишкрібання за життєвими показаннями, відзначили різну експресію рецепторів до естрогену і прогестерону при різному ступені гіперпроліферативних змін ендометрію. Авторами запропоновано метод протирецидивної терапії гестагенами (дидрогестерон), що чинять лікувальну дію на стан ендометрію і нормалізують менструальний цикл у підлітків з ПМК.

Досліджуючи проблему особливостей клінічного перебігу ювенільних маткових кровотеч, ендокринологічного та ультразвукового дослідження, І. В. Гаврилова виділила три типи порушень, що лежать в основі ювенільних маткових кровотеч: короткочасна персистенція, тривала персистенція та функціонування атретичних фолікулів. Відзначені типи порушень можуть бути критеріями вибору методу лікування маткових кровотеч у дівчат-підлітків. Автор зазначає, що найбільш сприятливими за клінічним перебігом є маткові кровотечі, які виникають на тлі функціонування атретичних фолікулів — у такому випадку призначення симптоматичної терапії має ефект у 67,8% пацієнті. Хворі з матковими кровотечами, що супроводжуються постійною персистенцією фолікулів, потребують призначення комбінованих естроген-гестагенних препаратів, а при короткочасній персистенції — чистих гестагенів.

ВЫ – ХИРУРГ ЭКСТРА-КЛАССА ИЛИ ХОТИТЕ ИМ СТАТЬ?  
ТОГДА ЭТОТ МАСТЕР-КЛАСС ДЛЯ ВАС!

научно-практический журнал



представляет мастер-класс

## АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Гормональний гемостаз доцільно застосовувати при неефективності симптоматичної терапії, сильній матковій кровотечі або вираженій анемії. Він переважно необхідний дівчатам-підліткам старшого віку, з рецидивуючим перебігом захворювання. Додатковим критерієм його призначення можуть слугувати великі персистуючі фолікули в яєчниках (середній об'єм яєчників —  $13,4 \pm 1,5$  см), гіперплазія ендометрію за даними УЗД, що вказує на значну гіперестрогенію. При невеликій тривалості захворювання і анемії I-II ступеня доцільно моделювати 28-денний цикл шляхом призначення прогестинів у другій фазі менструального циклу. При тривалому перебігу захворювання і тяжкому ступені анемії перевага надається призначенню комбінованих естроген-гестагенних препаратів протягом 21 дня — як з метою гемостазу, так і корекції менструальної функції.

Зважаючи на встановлену автором гіперестрогенію у хворих на ПМК, особливо при наявності персистуючих фолікулів і гіперплазії ендометрію, І. В. Гаврилова вважає необґрунтованим застосування естрогенів з метою гемостазу.

Хірургічна зупинка кровотечі передбачає проведення лікувально-діагностичного вишкрібання стінок порожнини матки, яке проводиться за наступними показаннями:

- профузна маткова кровотеча, яка загрожує життю пацієнтки;
- виражена вторинна анемія (Hb 70 г/л та нижче, гематокрит нижче 25,0%);
- підозра на патологічні зміни структури ендометрію (поліп ендометрію за даними УЗД малого тазу).

Умови для проведення лікувально-діагностичного вишкрібання матки:

- згода батьків неповнолітньої хворої;
- наявність анестезіологічної служби для адекватного знеболення;
- наявність інструментарію, що надає змогу провести вишкрібання зі збереженням цілісності дівочої перетинки, що досягається правильним введенням відповідних інструментів у піхву пацієнтки;
- патогістологічне дослідження отриманого матеріалу.

ПМК у дівчат-підлітків доволі часто набувають хронічного перебігу і ускладнюються появою рецидивів. Другим, і не менш важливим, етапом є профілактика рецидивів захворювання. Харчування має бути калорійним і різноманітним, з достатньою кількістю тваринного білка. Також важливим є дотримання режиму

ВПЕРВЫЕ В КИЕВЕ! ТОЛЬКО ЭТОЙ ВЕСНОЙ! ВСЕГО ДВА РАЗА! ИНТЕРАКТИВНАЯ  
ФОРМА ОБУЧЕНИЯ! БЕЗ ФАРМКОМПАНИЙ И ЗАКАЗНЫХ ДОКЛАДОВ!

### В программе:

- эффективные мировые практики профилактики кровотечения и борьбы с массивной кровопотерей
- наиболее частые ошибки в оказании помощи при чрезмерной послеродовой кровопотере, приводящие к инвалидизации и смертности
- современные технологии временной и окончательной остановки маточного кровотечения
- органосохраняющие техники хирургического гемостаза: обработка на фантомах (шов по Б-Линчу, перевязка маточных и яичниковых артерий, перевязка внутренних подвздошных артерий)

### Мастер-класс проведут:

- **Луис Кит (Louis G. Keith)**, Фейнбергская медицинская школа (Чикаго), автор учебников «Послеродовые кровотечения» (Postpartum Hemorrhage, 2006); «Многоплодная беременность» (Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation & Perinatal outcome, 2005)
- **Голяновский Олег Владимирович**, Национальная Медицинская Академия Последипломного образования им. П.Л. Шупика, автор монографии «Массивні акушерські кровотечі», 2010
- **Ткаченко Руслан Афанасьевич**, Национальный Медицинский Университет им. А.А.Богомольца, главный консультант ГУЗО и МЗ г. Киева по вопросам акушерской реанимации

Дата: 29.03.2011 и 22.04.2011

Предварительная запись \  
дополнительная информация:  
044 492-77-75, 068 528-01-21  
Контактное лицо: Валерия Чесанова

Количество участников  
в группе: 25 человек.

Стоимость участия: 918 грн с НДС;  
оплата принимается  
до 15 апреля включительно

праці та відпочинку, загартування, вітамінотерапія. Необхідним етапом є санація вогнищ інфекції.

За даними Диннік В.О. (2010), прогностично негативними ознаками наслідків ПМК слід вважати: раннє менархе, наявність випередження статевого розвитку, тривалість кровотечі на момент звернення по медичну допомогу понад чотири тижні, збільшення розмірів матки, лоціювання внутрішньоматкового М-ехо понад 10 мм, збільшених фолікулів або кіст яєчників за даними УЗД органів малого таза.

**Гормональний гемостаз доцільно застосовувати при неефективності симптоматичної терапії, сильній маткової кровотечі або вираженій анемії**

Прогностично сприятливими щодо відновлення менструальної функції після маткової кровотечі встановлено такі показники: статеве дозрівання, що відповідає паспортному віку, або його затримка, тривалість кровотечі до призначення лікування менше чотирьох тижнів, нормальні розміри матки та яєчників, відсутність збільшеного внутрішньоматкового М-ехо, фолікулів або кіст яєчників при УЗД органів малого таза, зниження концентрації ЛГ у сироватці крові.

Алгоритм протирецидивної терапії залежить від типу гемостазу та його ефективності. При проведенні консервативного гемостазу у випадку наявності ефекту від I курсу симптоматичної терапії надалі приступають до симптоматичної протирецидивної терапії, яку проводять протягом 2 місяців. При відсутності ефекту від I курсу симптоматичної терапії застосовуються гестагени або КОК протягом 2 місяців, після чого — симптоматична терапія протягом 2 місяців. У випадку, коли з метою гемостазу було проведено хірургічну зупинку кровотечі, подальшій дії залежать від патогістологічного дослідження — при наявності гіперпроліферативних процесів ендометрію призначаються гестагени на 3–6 місяців (залежно від паталогоанатомичного висновку дослідження вишкребу); у випадку гіперпроліферативних процесів ендометрію на тлі хронічного ендометриу спочатку призначають курс протизапальної терапії, з подальшим призначенням гестагенів на 3–6 місяців (у залежності від результатів

гістологічного дослідження вишкребу). Лише після цього призначають курс протирецидивної симптоматичної терапії з наступним спостереженням за пацієнтом до повної нормалізації менструальної функції.

З метою протирецидивної симптоматичної терапії призначають фолієву кислоту з 5 по 15 день циклу; а з 16 по 28 день циклу — токоферолу ацетат, аскорбінову кислоту. Протягом 3 місяців призначають перорально гомеопатичні препарати, що нормалізують менструальний цикл. На етапі протирецидивної терапії позитивний ефект має препарат «Дисменорм». Слід також відмітити позитивний ефект препарату «Тазалок» — рослинного негормонального лікарського засобу комплексної дії, який нормалізує ритмічність серцевої та співвідношення гонадотропних гормонів, регулює перебіг другої фази менструального циклу та усуває гормональний дисбаланс між естрадіолом та прогестероном.

Протирецидивна терапія гормональними препаратами призначається протягом 2–3 менструальних циклів. Кількість циклів гормональної терапії залежить від загального стану дівчини, а також стану яєчників, ендометрію (за даними ультразвукового дослідження). При цьому, якщо гормони призначалися на фоні гіперплазії ендометрію, то на час настання менструальноподібної реакції хворій рекомендується госпіталізація.

При наявності, за результатами гістологічного дослідження, виражених гіперпластичних процесів ендометрію (аденоматозних поліпів) гестагени призначаються з 5-го дня від проведеного лікувально-діагностичного вишкрібання по 25-й день менструального циклу протягом 3 місяців із обов'язковим УЗД малого таза у динаміці лікування. При цьому звертають особливу увагу пацієнток на необхідність позачергового обстеження із УЗД при затримці менструації на 10 днів для своєчасного виявлення гіперплазії ендометрію. За даними УЗД ендометрію матки через 3 місяці вирішується питання про подальше призначення гормональної терапії.

Критерії ефективності лікування пубертатних маткових кровотеч:

- нормалізація менструального циклу протягом року;
- відсутність рясних та тривалих крововиділень під час місячних;
- відсутність больового синдрому під час місячних;
- відсутність патологічних змін з боку внутрішніх геніталій при ректоабдо-

мінальному та ультразвуковому їх обстеженні.

Таким чином, відновлення нормальної менструальної функції у дівчат-підлітків є суттєвим заходом профілактики порушень репродуктивного здоров'я в майбутньому, що дозволяє розглядати це питання як важливу медико-соціальну проблему.

**Література**

1. Вовк І.Б. До питання про лікування ювенільних маткових кровотеч у період статевого дозрівання / І.Б.Вовк, В.Ф.Петербурзька, З.Б.Хомінська // ПАГ. - 2002. - №2. - С. 125-128.
2. Вовк І.Б. Лікування важких форм пубертатних маткових кровотеч / І.Б.Вовк, Т.Д.Задорожня, В.Ф.Петербургська [та ін.] // Здоров'я жінки. - 2003. - №1 (13). - С. 134-138.
3. Вовк І. Б. Охорона репродуктивного здоров'я дівчат – підлітків – основне завдання служби дитячої та підліткової гінекології / Вовк І. Б., Гойда Н.Г., Іркіна Т.К. // Буковин. мед вісн. - 2000. - №2-3. – С.8-13.
4. Гаврилова І.В. Ультразвукові та гормональні критерії вибору лікування ювенільних маткових кровотеч : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / І.В. Гаврилова. - К., 2000. - 20 с.
5. Гаврилова І. Патології репродуктивної системи у дитячому та підлітковому віці потребують своєчасного лікування // <http://www.vz.kiev.ua/med/737/1.shtml>
6. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року // Здоров'я жінки. - 2008. - №1 (33). - С.20-30.
7. Диннік, В.О. Гормональний статус хворих на пубертатні маткові кровотечі при різних клінічних варіантах перебігу / В.О.Диннік // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 2009. - Т. 71, № 1. - С. 81-83.
8. Диннік, В.О. Динаміка гормональних показників гіпофізарно-гонадних системи у хворих на пубертатні маткові кровотечі залежно від ефективності застосування негормональної терапії / В.О.Диннік // Здоров'я жінки. - 2009. - № 2(38). - С. 151-154.
9. Диннік В.О. Прогноз перебігу пубертатних маткових кровотеч у дівчат-підлітків / В.О.Диннік // Клінічна педіатрія. - 2010. - №5(26).
10. Диннік В.А. Особенности клинических проявлений пубертатных маточных кровотечений (ПМК) в современных условиях и методы их негормонального лечения / В.А.Дынник // Бук. мед. вісник. - 2000. - №2-3. - С.56-59.
11. Золото Е. В. Виды неправильного воспитания и типы негармоничных семей и девочек-подростков с пубертатными маточными кровотечениями / Золото Е. В., Матвицина Л.А. // [http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/vkhn/Med/2006\\_720/19.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/vkhn/Med/2006_720/19.pdf)
12. Левенець С.А. Ефективність негормональних методів лікування при порушеннях менструальної функції у дівчаток-подростків / С.А. Левенець // Репродуктивне здоров'я жінки. - 2006. - №2(26). - С.144-146.
13. Наказ № 582 МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Клінічний протокол «Ювенільні маткові кровотечі».

