

Практичне заняття №8

Тема: Циклічні та ациклічні розлади менструальної функції: етіопатогенез, класифікація, лікування, невідкладна допомога.

Курс II
спеціальність сестринська справа
кількість навчальних годин 4

Актуальність теми

Порушення менструальної функції є однією з актуальних проблем медицини, оскільки з цією функцією жіночого організму пов'язано багато інших: дітородна, регуляція сім'ї, непліддя, запальні захворювання, питання контрацепції, канцерогенезу та ін. З усіх гінекологічних захворювань на порушення менструального циклу припадає 20%. Причинами порушення менструального циклу можуть бути авітаміноз, гормональні порушення, психічні травми, інфекційні захворювання, гінекологічні втручання. Всі відхилення від нормального менструального циклу у жінки вважаються порушеннями менструального циклу.

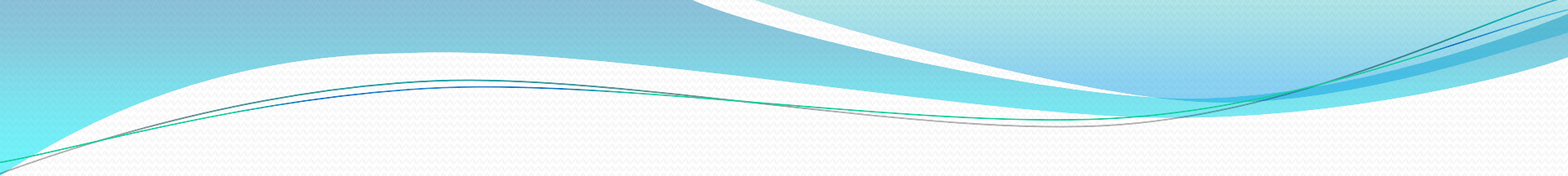
Навчальна мета

Знати:

- Види порушень менструального циклу;
- Маткові кровотечі;
- Альгодисменорея:
- Обстеження пацієток з різними формами порушень менструального циклу;
- Догляд за пацієнтками.

Вміти:

- Вимірювати базальну температуру;
- Підготувати жінку та інструменти до роздільного вишкрібання слизової оболонки шийки і тіла матки;
- Надавати невідкладну долікарську допомогу при дисфункціональних маткових кровотечах.



Виховна мета

Виховати в студентів почуття відповідальності, тактовності, спостережливість, любов до своєї професії.

Міждисциплінарна інтеграція

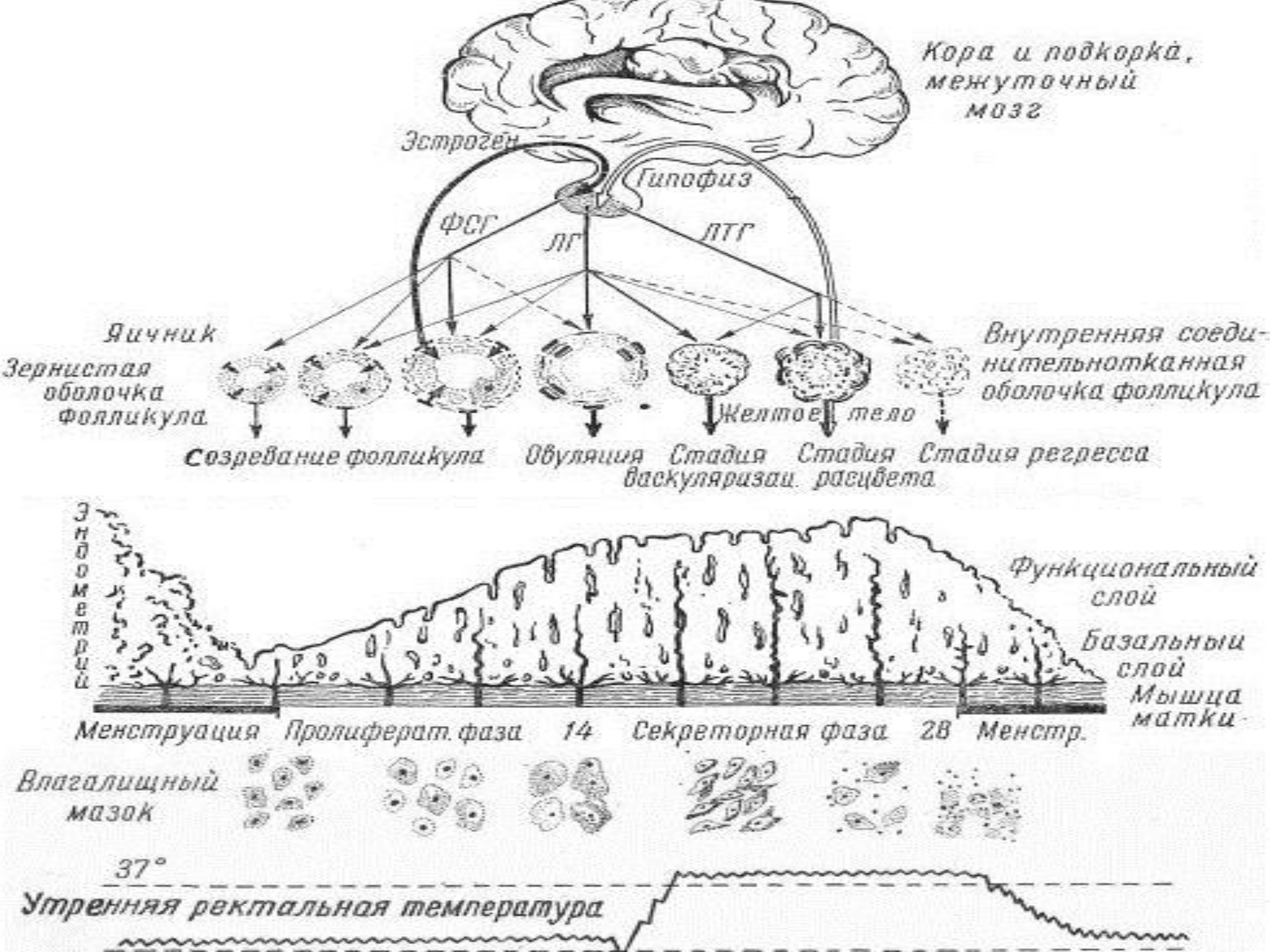
<i>Дисципліни</i>	<i>Знати</i>	<i>Вміти</i>
1. Попередні (забезпечуючі) дисципліни: анатомія, фізіологія, фармакологія.	Будову, топографію жіночих статевих органів. Фізіологічні процеси в жіночих статевих органах в нормі. Групи, механізми дії, дозування препаратів.	Схематично зобразити будову жіночих статевих органів. Пояснити фізіологічні процеси в жіночих статевих органах. Визначити принципи медикаментозного лікування хворої.
2. Наступні дисципліни (що забезпечуються): внутрішні хвороби.	Симптоми та синдроми при захворюваннях внутрішніх органів .	Складання плану обстеження
3. Внутрішньопредметна інтеграція (теми даної дисципліни, з якими інтегрується та, що вивчається)	Проводити опитування і об'єктивне обстеження хворої. Комплекс лабораторно-інструментальних досліджень, які доцільно використати в діагностиці захворювань	Вміти оцінити значення даних об'єктивного обстеження та результатів інструментально-лабораторних досліджень в діагностиці патологічних станів. Виявляти основні симптоми і синдроми

Зміст теми

Менструальним циклом називаються циклічні зміни в організмі жінки, які повторюються з правильними інтервалами (21-35 днів) і зовні проявляються регулярними матковими кровотечами (менструаціями - menses, menarche).

Основною ознакою нормального функціонування репродуктивної системи жінки є нормальний менструальний цикл. Цей біоритм детермінований генетично, у здорової жінки він стабільний протягом генеративного віку за своїми параметрами, а саме:

- Тривалість нормального менструального циклу становить в середньому 28 днів. Межі допустимих відхилень – 21-35 днів.
- менструація триває 3-4 дні (від 2 до 7 днів).
- Крововтрата допускається від 50 до 150 мл.
- Менструації повинні бути регулярними.
- Під час менструації жінка не повинна відчувати болю
- Цикл повинен бути двофазним.



Порушення менструальної функції можуть викликати такі причини:

- 1) психічні і нервові захворювання (органічні і функціональні), емоційно-нервові порушення;
- 2) порушення харчування, авітамінози, ожиріння різної етіології;
- 3) професійні шкідливості (дія деяких хімічних речовин, радіоактивне випромінювання);
- 4) інфекційні і септичні захворювання, гонорея, туберкульоз, паразитарні хвороби;
- 5) захворювання серцево-судинної і кровотворної систем, печінки та ін.;
- 6) гінекологічні операції;
- 7) травми сечостатевих шляхів (фістули);
- 8) вікові порушення розвитку гіпоталамо-гіпофізарної ділянки в період статевого дозрівання;
- 9) інволюційна перебудова гіпоталамічних центрів в пременопаузі.

Розрізняють такі прояви порушень МЦ :

1. Аменорея (відсутність менструацій більше 6 міс.) і гіпоменструальний синдром (бідні і рідкі менструації) у статевозрілої жінки.
2. Циклічні порушення менструацій:
 - а) опсоменорея або брадіменорея - досить рідкі менструації (через 6-8 тиж.);
 - б) спаніменорея - значно подовжені менструальні цикли, які виражаються досить рідкими менструаціями (2-4 рази на рік);
 - в) пройоменорея або тахіменорея - скорочені МЦ, менструації частіше ніж через 3 тижні (12-16 днів).
3. Зміна кількості крові, яка виділяється під час менструації:
 - а) гіперменорея - менструація з великою надлишковою кількістю втраченої крові (понад 200-300 мл);
 - б) гіпоменорея - менструація із зменшеною кількістю втраченої крові (менше 50мл).
4. Порушення тривалості менструацій:
 - а) поліменорея - затяжні менструації (7-12 днів);
 - б) олігоменорея - короткі менструації (менше ніж 2 дні).
5. Болісні менструації:
 - а) альгоменорея - біль під час менструацій обмежений статевим апаратом;
 - б) дисменорея - різні загальні порушення при менструаціях (головний біль, відсутність апетиту, нудота, блювання тощо);
 - в) альгодисменорея - комбінація місцевого болю і загальних порушень під час менструації.
6. Метроррагія - ациклічні маткові кровотечі, не пов'язані з МЦ.
7. Меноррагія - циклічні маткові кровотечі, пов'язані з МЦ, що тривають більше ніж 10-12 днів.

ГІПОМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ:

- гіпоменорея;
- олігоменорея;
- опсоменорея.

ГІПЕРМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ:

- гіперменорея;
- поліменорея;
- пройоменорея.

За циклічністю виділяють:

- овуляторні (циклічні, двофазні) порушення менструального циклу;
- ановуляторні (однофазні) порушення менструального циклу.

ЩО ТАКЕ АМЕНОРЕЯ



- Аменорея - відсутність менструації протягом 6 місяців і більше. Аменорея - найбільш важка форма патології менструальної функції. Її частота серед жінок репродуктивного віку становить 3,5%, а в структурі порушень менструальної та й репродуктивної функцій - 10-15%.

Аменорея

Аменорея – відсутність менструацій у дорослої жінки протягом 6 місяців і більше. Аменорея – не самостійне захворювання, це один із симптомів багатьох захворювань, що викликають порушення менструальної функції на різних рівнях.

Розрізняють такі форми аменореї:

- Істинна (справжня) аменорея – відсутність циклічних змін в організмі жінки, пов'язана з різкою недостатністю статевих гормонів.
- Несправжня аменорея (криптоменорея – прихована менструація) – відсутність виділення менструальної крові у разі наявності циклічних змін в яєчниках, матці та інших органах. При цьому кров накопичується у піхві, матці і навіть маткових трубах через наявність механічної перешкоди (зарощення дівочої перетинки, атрезія піхви).
- Первинна аменорея – відсутність менструацій із пубертатного віку.
- Вторинна – припинення менструальної функції у жінки, яка раніше менструювала (на термін більше ніж 3 міс. або назавжди).

За рівнем виникнення порушень регуляції менструальної функції виділяють різні форми патологічної аменореї:

- кіркову (психогенну);
- гіпоталамічну;
- гіпофізарну;
- яєчникову;
- маткову;
- при порушеннях функції кіркової речовини наднирників і щитоподібної залози.

За етіологією аменорею поділяють на:

- фізіологічну – відсутність менструацій за наявності низки фізіологічних станів жіночого організму:
 - до пубертатного віку;
 - під час вагітності;
 - іноді у період лактації;
 - у період менопаузи;
- патологічну – розвивається під час різноманітних патологічних процесів місцевого і загального характеру (найчастіше при ендокринних захворюваннях);
- штучно викликану аменорею (фармакологічну);
- після видалення обох яєчників або матки;
- після рентгенокастрації;
- після грубого вишкрібання слизової оболонки матки (видалення базального шару ендометрію).

Гіпоталамічна аменорея

1. Психогенна аменорея- «студентська» аменорея, аменорея під час війни(надмірна секреція кортикотропіну гальмує продукцію лютропіну та фолітропіну, припиняється дозрівання фолікулів).
2. Аменорея при несправжній вагітності(з'являються ознаки вагітності під впливом самонавіювання: набухають молочні залози, збільшення і розм'якшення матки).
3. Аменорея при нервовій анорексії(при нервовому, фізичному перевантаженні, нераціональних дієтах, вживанні препаратів, що знижують апетит: втрата маси тіла, гіпотензія, гіпоглікемія).
4. Аменорея при адипозогенітальній дистрофії(синдром Пехранца-Бабінського-Фреліха) –причина: пухлина, травма гіпоталамічної ділянки, після нейрогенної інфекції, епідемічного паротиту, грипу до періоду статевого дозрівання(ожиріння, затримка росту, гіпоплазія статевих органів, зниження інтелекту) .

Гіпоталамічна аменорея

5. Аменорея при синдромі Морганьї-Стюарта-відкладення солей кальцію в ділянці турецького сідла(внутрішній фронтальний гіперостоз):головний біль,судоми,порушення психіки,ожиріння,вірилізм.
6. Аменорея при синдромі персистуючої лактації(синдром Кіарі-Фроммеля)-післяпологова галакторея та аменорея,що приєднується пізніше(гіпертрофія молочних залоз із вираженим судинним малюнком,виділення молока,атрофія статевих органів,розлади вуглеводного та жирового обмінів).

Гіпофізарна аменорея

1. Аменорея при гіпофізарному нанізмі-захворювання розвивається внутрішньоутробно або в перші місяці життя внаслідок інфекційних захворювань чи травматичних пошкоджень передньої частки гіпофіза: недостатність соматотропіну та інших гормонів гіпофіза.
2. Аменорея при гігантизмі та акромегалії- гіперпродукція соматотропіну, продукція гонадотропних гормонів знижена, аменорея має вторинний характер.
3. Аменорея при хворобі Іценко-Кушинга-гіперпродукція кортикотропіну. Розвивається у віці 20-40 р. : ожиріння (обличчя, шия, тулуб), підвищується АТ, кардіосклероз, нефросклероз, остеопороз, гірсутизм, розтягнення на шкірі, *acne vulgaris* на обличчі, гіперпігментація зовнішніх статевих органів.
4. Аменорея при синдромі Шихана-після патологічних пологів, сепсису, пов'язана із крововиливами у гіпофіз і наступним некрозом його передньої, а інколи і задньої частки (об'єм некрозу визначає важкість перебігу захворювання).

Яєчникова аменорея

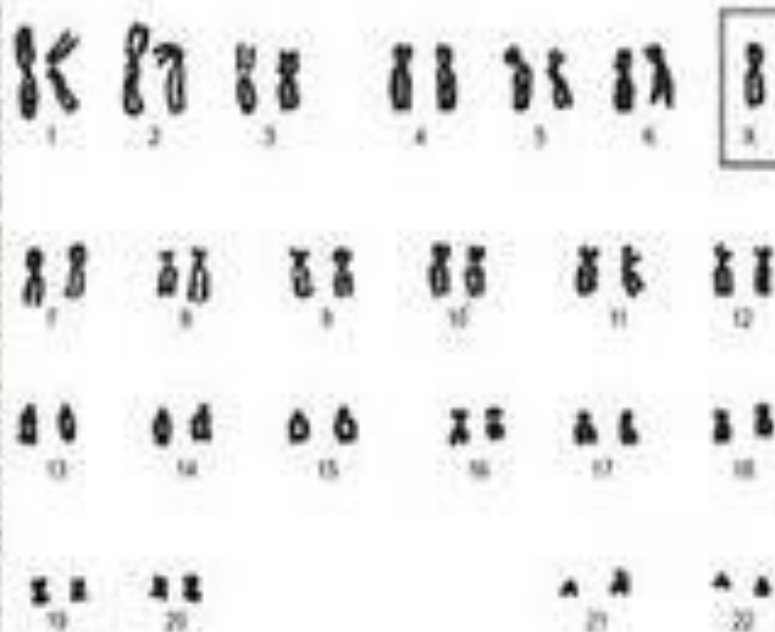
1. Вродженна дисгенезія гонад(синдром Шерешевського-Тернера).
2. Синдром склерокістозних яєчників(синдром Штейна-Левенталя).

Детально описані у темі аномалії розвитку жіночих статевих органів.

Синдром Шерешевского-Тернера



Синдром Шерешевского-Тернера, 45 / X0



Яєчникова аменорея розвивається у разі повної або часткової недостатності гормональної функції яєчників у поєднанні з відносно збереженою функцією гіпофіза. Складає 50% усіх випадків аменореї. Клінічна картина визначається ступенем недостатності яєчників і часом її появи.

Первинна аменорея з одночасним порушенням соматостатевого розвитку спостерігається за наявності природжених аномалій або захворювань яєчників у дитячому і пубертатному віці.

Природжені форми первинної аменореї зумовлені:

I – хромосомними аномаліями і проявляються:

- а) синдром Шерешевського-Тернера – відсутність однієї х-хромосоми;
- б) чиста форма дисгенезії яєчників – недорозвиток статеві системи без соматичних аномалій;
- в) змішана форма дисгенезії яєчників – іноді відзначається хромосомна “мозаїка” XO XУ у поєднанні з соматичними дефектами, а іноді з генотипом XУ без типових аномалій; синдромом тестикулярної фемінізації (синдром Морріса) – поява жіночого генотипу у осіб генетично чоловічої статі; синдромом трисомії-х – наявність трьох х-хромосом з каріотипом 47, xxx.

II – не пов’язані з аномаліями статевих хромосом і виражаються:

- гіпогормональною аменореєю;
- євнухїдизмом;
- гіпергормональною аменореєю (персистенцією фолікула).



У разі захворювання яєчників до закінчення статевого дозрівання (тканина яєчників дуже чутлива до інфекції, особливо вірусної) статевий розвиток не настає, унаслідок підвищеної продукції СТГ в пубертатний період відзначається швидкий ріст, надлишкове відкладання жиру на стегнах, порушення трофіки шкіри, євнухоїдні пропорції тіла. Молочні залози атрофуються і заміщуються жировою тканиною.

Вторинна яєчникова аменорея без змін фенотипу спостерігається у разі ураження яєчників після статевого дозрівання внаслідок важких гострих і хронічних запальних процесів. У разі часткового збереження функції яєчників аменорея змінюється ДМК або гіпоменструальним синдромом – це порушення МЦ, яке виражається ослабленням менструацій. Існують такі різновидності гіпоменструального синдрому:

- 1) гіпоменорея – зменшення кількості менструальної крові до 25 мл і менше;
- 2) олігоменорея – тривалість менструації зменшена до 2 днів і менше;
- 3) опсоменорея – запізнілі менструації з подовженим інтервалом – 5-8 тижнів;
- 4) спаніоменорея – надто рідкі менструації – 2-4 рази на рік.

Маткова аменорея

1.Первинна-аномалії розвитку матки.

2.Вторинна: запальний процес, травма ендометрія, патологічні пологи,аборти, туберкульоз, введення у матку йоду, після ампутації чи екстирпації матки (наявність синехій, стоншення чи атрофія ендометрія, відсутність матки, збережена функція яєчників).

Маткова аменорея – відсутність менструацій за умови наявності нормальної матки і нормальної функції яєчників. Причиною є патологічні зміни ендометрію. Якщо ці зміни настали до статевого дозрівання (туберкульоз, скарлатина), розвивається первинна аменорея. Вторинна розвивається унаслідок перенесеного гонорейного або туберкульозного ендометриту, надмірного вишкрібання ендометрію під час абортів або пологів, після внутрішньо маткових вливань розчину йоду тощо. У разі маткової аменореї загальний стан хворих задовільний, зовнішні і внутрішні статеві органи розвинені правильно, соматичних дефектів немає, за тестами функціональної діагностики визначаються двофазні цикли. При гістероскопії виявляють стоншення чи атрофію ендометрію та наявність сенежів у порожнині матки.

Лікування: розтин зрощень у порожнині матки шляхом ендоскопічної операції. 2-3 курси циклічної гормонотерапії дозволяють у більшості хворих відновити менструальну функцію, але репродуктивна функція відновлюється рідко.

ФАРМАКОЛОГІЧНА АМЕНОРЕЯ

Фармакологічна аменорея пов'язана з прийомом лікарських засобів (агоністи гонадотропінів, антиестрогенні препарати), дія яких призводить до відсутності менструації на час лікування і має зворотній характер.



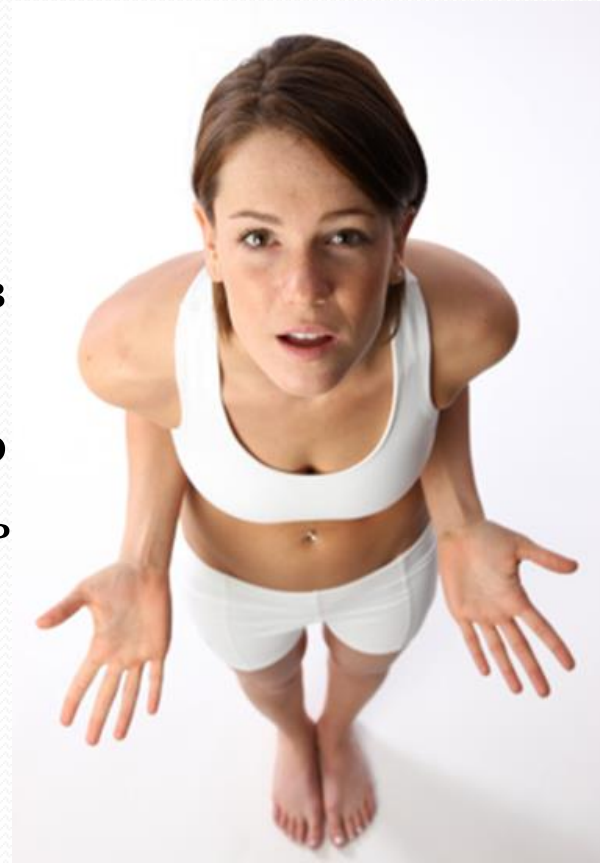
АМЕНОРЕЯ ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ

Функціональні або органічні порушення на будь-якому рівні складної регуляції менструальної функції можуть бути причиною вторинної аменореї. В залежності від рівня ураження репродуктивної системи виділяють наступні синдроми і захворювання. Аменорея на фоні схуднення супроводжується наполегливим бажанням схуднути, зниженням маси тіла на 15% і більше. У структурі вторинної аменореї ця патологія становить близько 25% і поширена серед дівчат-підлітків, виснажливих себе дієтою та фізичними навантаженнями в цілях збереження низької маси тіла. Крайня форма схуднення з збоченням апетиту спостерігається при нервовій анорексії. Насильно викликається блювота і зловживання проносними засобами можуть призвести до смертельного результату.



ПАТОГЕНЕЗ

Різке зниження маси тіла призводить до зміни добового ритму секреції гонадотропних гормонів внаслідок порушень нейромедіаторного обміну ЦНС. Рівні гонадотропних гормонів або постійно низькі, або під час сну підвищуються. Певну роль відіграє жирова тканина: швидка втрата 10-15% жирової тканини в пубертатний або постменархіальний період призводить до різкого припинення менструацій.



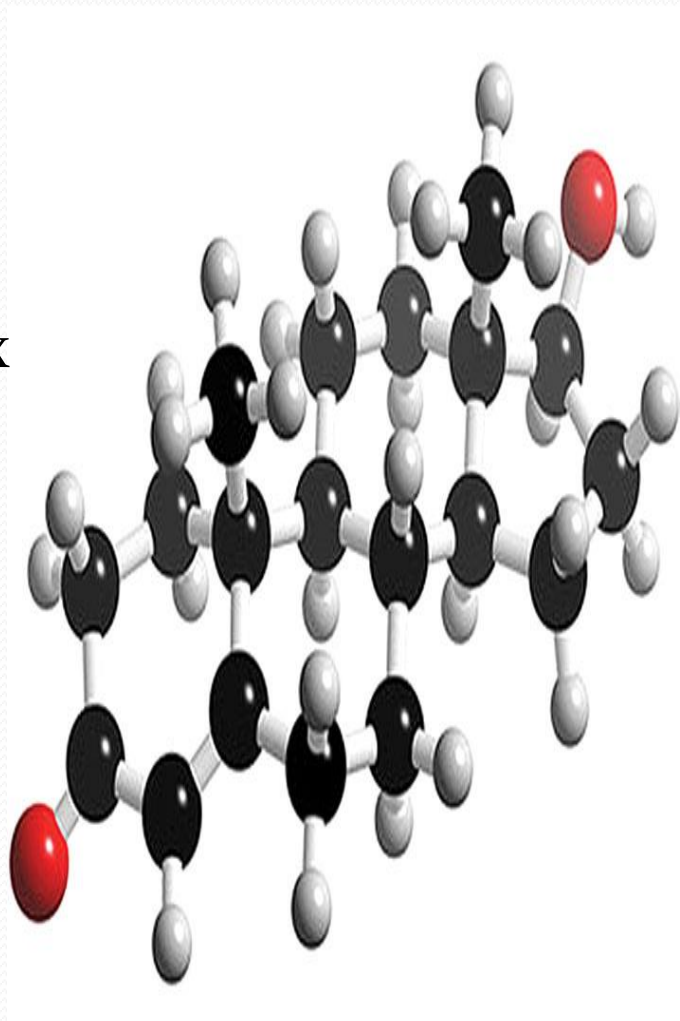
СИМПТОМИ АМЕНОРЕЇ

Відсутність менструації (найперша ознака)- приводить дівчат до гінеколога. При огляді відзначається різке зменшення підшкірної жирової клітковини при жіночому типі статури. Вторинні статеві ознаки розвинуті нормально.

При гінекологічному дослідженні відзначається помірна гіпоплазія зовнішніх і внутрішніх статевих органів. Тривале схуднення призводить до наростання симптомів голодування - брадикардії, гіпотонії, гіпотермії. Надалі з'являються дратівливість, агресивність, кахексія з повною втратою апетиту і відразою до їжі. Це може бути початком психічного захворювання - нервової анорексії.

ДІАГНОСТИКА АМЕНОРЕЇ

Активний опитування дозволяє виявити хронологічний збіг схуднення і початку аменореї. Зниження рівня гонадотропних гормонів до нижньої межі базальних значень визначається при гормональних дослідженнях. Послідовне проведення гормональних проб дозволяє виявити резервні можливості різних рівнів репродуктивної системи.



ЛІКУВАННЯ АМЕНОРЕЇ

Корекцію психоемоційних порушень подолання стресових ситуацій, адекватне легкозасвоюване харчування, вітамінотерапію. Необхідність застосування психотропних препаратів визначає психоневролог, консультація якого необхідна при наполегливій відмові від їжі. Відновлення менструальної функції можливе після нормалізації маси тіла і припинення прийому психотропних препаратів, що пригнічують гонадотропну функцію гіпофіза. При відсутності ефекту показана циклічна гормонотерапія натуральними естрогенами і гестагенами протягом 3-6 міс.



Лікування інших форм аменореї.

При аменореї терапію перш за все необхідно спрямувати на лікування основного захворювання, що зумовило припинення менструації. Якщо не вдається виявити причини захворювання, то лікування повинно бути патогенетичним, направленим на відновлення функції порушеної ланки функціональних систем, що регулюють менструальну функцію.

Консервативну терапію призначають після виключення органічних уражень, в тому числі пухлин. Важливе значення мають правильна організація режиму харчування, відпочинку, фізичні вправи, кліматотерапія. Комплексне лікування повинно включати фізіотерапію (іоногальванізацію) в поєднанні з гормонотерапією, седативними препаратами, вітамінами групи А, С, Е, В.

Дисфункціональні маткові кровотечі

(класифікація кровотеч за віком):

- ювенільні**(у дитячому віці та в період статевого дозрівання);

- репродуктивного періоду** (у жінок віку статевої зрілості):

 - а)ановуляторні(однофазні);

 - б)овуляторні(двофазні);

- клімактеричні** (у клімактеричному періоді).

ДМК- зумовлені порушенням функції системи гіпоталамус-гіпофіз-яєчники-матка(порушується дозрівання фолікула).

- **Класифікація дисфункційних маткових кровотеч**

- **Класифікація за МКХ-10**

- N 92 Надмірні, часті та нерегулярні менструації
- N 92.0 Надмірні та часті менструації з регулярним циклом
 - Періодичні надмірні менструації БДВ
 - Менорагія БДВ
 - Поліменорея
- N 92.1 Надмірні та часті менструації з нерегулярним циклом
 - Нерегулярні кровотечі в міжменструальному періоді
 - Нерегулярні, вкорочені інтервали між менструальними кровотечами
 - Менометрорагія
 - Метрорагія
- N 92.3 Овуляційна кровотеча
 - Регулярна міжменструальна кровотеча
- N 92.4 Надмірна кровотеча в перименопаузальний період
 - Менорагія або метрорагія:
 - - клімактерична
 - - менопаузна
 - - передклімактерична
 - - передменопаузна
- N 92.5 – Інша уточнена нерегулярна менструація
- N 92.6 – Нерегулярна менструація, не уточнена
 - Нерегулярні:
 - - кровотеча БДВ
 - - менструальні цикли БДВ

(ДМК) – це аномальна (надмірна, часта або пролонгована) кровотеча із матки, не пов'язана з органічною патологією органів малого тазу, із системними захворюваннями, або із ускладненнями вагітності

Вони виникають на фоні:

- психічних стресів;
- несприятливих впливів навколишнього середовища;
- гінекологічних захворювань(порушення функції яєчників);
- запальних захворювань;
- вегетосудинної дистонії;
- гіперплазії щитоподібної залози.

КЛІНІКА ДМК

- тривала затримка менструації;
- маткова кровотеча;
- вторинна анемія;
- безпліддя.



Діагностика ДМК

- скарги;
- анамнез
- загальне обстеження;
- гінекологічне обстеження;
- УЗД;
- рентгенографія турецького сидла;
- вміст 17-кетостероїдів у сечі;
- тести функціональної діагностики;
- кольпоцитограма (мазок на гормональне дзеркало);
- зменшення прегнандіолу в сечі;
- вишкрібання матки;
- патгістологічне дослідження (патологічна проліферація, залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія з явищами некрозу, тромбозу та дистрофії).

Маткові кровотечі при двофазному МЦ

Менорагія, або гіперменструальний синдром - це посилення (гіпеменорея), подовження (поліменорея) і прискорення (пройоменорея) менструацій.

Менорагія типу гіпеполіменореї - збільшення кількості тривалості крововтрати під час циклічної менструації.

Усі патологічні стани, під час яких ослаблена скоротлива здатність матки і порушені процеси регенерації слизової оболонки, призводять до посилення кровотечі та збільшення тривалості менструацій. Цьому сприяють також запальні захворювання матки і додатків, порушення згортання крові, неповноцінність основних фаз яєчникового циклу, утруднений відтік крові та порушення живлення ЖСО.

Гіперменструальний синдром часто спостерігається у разі міоми матки (підслизові міоматозні вузли). Менорагія спостерігається у разі вікової гіпофункції яєчників у період статевого дозрівання (становлення функції яєчників) і у клімактеричний період (затухання функції яєчників).

У разі пройоменореї розрізняють такі фазові стани циклу:

1. Двофазний МЦ із скороченою першою фазою; тривалість другої фази і функція жовтого тіла у нормі. Відбувається прискорене дозрівання фолікула, а тому більш рання овуляція (на 2-8 день циклу). Вагітність може настати через декілька днів після менструації. Безплідність буває рідко.
2. Двофазний МЦ із скороченням другої фази за рахунок передчасної інволюції жовтого тіла. Різко виражена лютеїнова недостатність. Безплідність зустрічається часто.

Діагноз гіперменструального синдрому встановлюють на основі підвищеної крововтрати під час менструацій, супутніх патологічних процесів (проявів) у статевому апараті жінки (випадання або загин матки, інфантилізм, безплідність) і всебічного клінічного дослідження. Характер поліменореї визначають за допомогою тестів функціональної діагностики (базальна t , симптом зіниці і феномен папороті, цитограма, біопсія ендометрію).

Лікування слід починати з усунення причини гіперменструального синдрому. Міома матки є показанням до хірургічного лікування (ампутація матки або консервативна міомектомія). У разі інфантилізму або гіпофункції яєчників призначають загальнозміцнювальну терапію, повноцінне харчування, раціональний режим праці та відпочинку, гормональне лікування. Під час МЦ із скороченою фолікуліновою фазою призначають естроген до настання овуляції (на 2-3-й, до 10-го дня циклу); при скороченні лютеїнової фази призначають прогестерон протягом 5-6 днів, починаючи за 2-3 дні до гаданої менструації.

Ановуляторні (однофазні), або дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК).

При ановуляторному менструальному циклі (АМЦ) в ендометрії відбувається тільки фаза проліферації, фаза секреції відсутня. Менструальноподібна кровотеча співпадає зі зниженням рівня естрогенів. Жінки з АМЦ безплідні.

АМЦ найчастіше виникає у період становлення менструальної функції (ювенільні кровотечі) або в період згасання функції яєчників (клімактеричні кровотечі). У період статевої зрілості є причиною стійкої безплідності. Порушення овуляторного процесу може виникнути при атрезії або персистенції фолікула (хвороба Шредера). Частота АМЦ у жінок в зрілому віці досягає 10-12%, у період годування груддю 60-70%.

У період статевого дозрівання, в період лактації і клімаксу однофазний цикл вважають фізіологічним. Про патологічний АМЦ говорять тоді, коли овуляція не відбулася протягом 6-8 циклів підряд, жінка безплідна (за відсутності інших причин безпліддя). Нерідко ановуляторні цикли чергуються з овуляторними без усякої послідовності.

Причинами порушення овуляції можуть бути:

- 1) порушення функції гіпофізу, рідше - наднирникових залоз або щитоподібної залози внаслідок недостатності яєчників; (нейрогормональні розлади);
- 2) вплив навколишнього середовища (велика емоційна і фізична напруга, вплив хімічних речовин, недостатнє харчування, зміна клімату);
- 3) запальні та інфекційні процеси (сальпінгооваріальні інфекції порушують еволюцію і утворення жовтого тіла);
- 4) неправильне лікування гормонами.

Діагностика ґрунтується на даних анамнезу щодо менструальної функції, умов життя, харчування і перенесених інфекцій. Враховуючи вік, старанно досліджують статеві органи. Протягом усього циклу спостерігається монотонність температурної кривої (нижче 37°C) з відсутністю одноразового зниження базальної температури, характерного для передуючого овуляції дня, і підвищення t^0 , характерного для лютеїнової фази. Симптом зіниці і феномен папороті виражені до моменту кровотечі.

Лікування ановуляторних порушень МЦ переслідує дві мети: зупинку кровотечі та нормалізацію МЦ (усунення ановуляції).

Ювенільні маткові кровотечі – це порушення менструального циклу у дівчаток у період статевого дозрівання, котре проявляється надмірними матковими кровотечами, які тривають більше ніж 7 днів. Ювенільні кровотечі (ЮК) виснажують організм дівчинки, а в деяких випадках є загрозою для життя.

Причинами ЮК можуть бути:

- гіпертиреоз;
- гіпофізарне ожиріння;
- виснаження організму;
- ревматизм;
- загальний і частковий інфантилізм;
- захворювання крові, печінки;
- захворювання ССС;
- важкі форми гломерулонефриту;
- грип, ангіна;
- туберкульоз тощо.

Клініка. Менархе у дівчаток з ЮК звичайно настають у 12 – 13 років, але після них нерідко спостерігається аменорея різної тривалості з наступною матковою кровотечею. ЮК можуть виникати раптово і бути надмірними, інколи можуть тривати протягом кількох тижнів, при цьому кровотеча помірна. Загальний стан хворих майже завжди важкий, різко виражена анемія. У більшості випадків ЮК спостерігається у зимові або весняні місяці (нестача вітамінів у раціоні).

Діагностика. Частіше страждають дівчата з гіпопластичною конституцією, вираженою вегетодистонією, дисменореєю; нерідко під час обстеження відзначаються збільшення щитоподібної залози, в анамнезі – психічна або фізична травма, інфекційні та важкі екстрагенітальні захворювання. Під час зовнішнього гінекологічного дослідження визначають розвиток зовнішніх статевих органів. Внутрішні статеві органи досліджують через пряму кишку.

Діагностичне вишкрібання при ЮК не проводиться! Тільки у деяких поодиноких випадках, коли консервативна терапія не ефективна.

Лікування направлене на:

- зупинку кровотечі (холод, гемостатики, при не ефективності - **гормональний гемостаз**) і відновлення крововтрати;
- усунення причини кровотечі;
- відновлення нормального менструального циклу.

Клімакс – віковий етап у житті жінки між репродуктивним періодом і стійким припиненням гормональної функції яєчників, протягом якого відбувається загальна вікова інволюція організму. Цей фізіологічний процес у більшості жінок спостерігається у віці 48-50 років. Зустрічається патологічний клімакс у 25-30% жінок. Клінічний симптомокомплекс вегетативно-судинних, нервово-психічних і ендокринних порушень, які ускладнюють природний перебіг клімаксу, називається *клімактеричним синдромом*. Клінічна картина клімактеричного синдрому різноманітна. Найхарактерніші ознаки:

- 1) вегетативно-судинні порушення – припливи жару до голови, шиї, пітливість, серцебиття, головний біль, запаморочення, почуття затерпlosti у кінцівках, з'являються субфебрильна температура тіла, остуда, яка може супроводжуватись набряком обличчя, кінцівок, підвищенням АТ;
- 2) серцево-судинні розлади: гіпертензія, клімактерична кордіопатія (біль і неприємне відчуття у ділянці серця, серцебиття), які супроводжуються неспокоєм і почуттям страху. Гіпертензія порівняно невелика, АТ характеризується лабільністю з великими коливаннями протягом доби;
- 3) нервово-психічні розлади – нервовість, підвищена збудливість, дратівливість, плаксивість, безсоння, ослаблення пам'яті, поганий настрій, швидка стомлюваність, зорові і слухові галюцинації.
- 4) ендокринно-обмінні порушення – ожиріння або схуднення, біль у молочних залозах, суглобах і кінцівках, атеросклероз, гіперхолестеринемія, остеопороз, дисфункція щитоподібної, підшлункової, наднирникових залоз, гіпертрихоз.



Клімактеричні ДМК у жінок у віці понад 40 років складають 50-60% усіх випадків кровотеч у цей період життя.

Причиною маткової клімактеричної кровотечі можуть бути:

- при ДМК – вікове підвищення гіпоталамічної активності, одним з проявів якої служить збільшення рилізінг-секреції ФСГ, яка стимулює гонадотропну функцію гіпофізу (ФСГ); у яєчниках виникає персистенція фолікулів, у матці – гіперпластичні процеси;
- рак шийки і тіла матки, рак яєчників з метастазами у матку;
- міома матки;
- ендометріоз;
- поліпи тіла і шийки матки;
- запальні захворювання ЖСО;
- неправильне положення матки (фіксована ретрофлексія);
- тривалий прийом гормональних препаратів.

Лікування починають з **лікувально – діагностичного вишкрібання слизової оболонки матки**. Вишкрібання слизової оболонки матки справляє терапевтичний ефект - кровотеча припиняється у наслідок видалення функціонального шару ендометрію і скорочення матки у відповідь на механічне подразнення.

Альгодисменорея

Болючі менструації (альгодисменорея) це порушення менструальної функції, яке супроводжується сильним болем під час менструації, зумовленим спастичним скороченням матки. У багатьох жінок за 1-2 дні до менструації можуть з'являтися легка загальна слабкість, дратівливість, порушення нюху, нагрубання і гіперестезія молочних залоз, відчуття важкості внизу живота. Ці явища є проявом вегетативних реакцій, викликаних гормональними змінами в організмі. Клінічна картина захворювання різноманітна. Біль може супроводжувати кожную менструацію або виникати тільки при певних менструальних циклах. Здебільшого біль з'являється ще до початку менструації і триває в перші її дні, рідше виникає одночасно з менструацією і продовжується до її закінчення. Частіше біль має ниючий, тупий характер, локалізується внизу живота або в ділянці крижів, іноді переймоподібного характеру, іррадіює в стегно або в промежину.



Альгодисменорея

- **Лікування** рекомендується починати з десенсибілізуючих засобів, загальноукріплюючої, вітаміно- і психотерапії. З метою зниження продукції простагландинів застосовують індометацин. При сильному болю призначають спазмолітичні, седативні засоби, тепло, спокій. Добрий ефект відмічають при використанні валеріани, препаратів брому, анальгетиків, спазмолітиків, іноді - атропіну, беладони, платифіліну з хлоридом або глюконатом кальцію. В деяких випадках доводиться призначати наркотичні анальгетики (промедол, пантопон). Показані грязелікування, індуктотермія.
- **Профілактика** включає відповідну організацію режиму навчання і праці дівчаток, жінок, своєчасне виявлення і лікування екстрагенітальної патології і захворювань жіночих статевих органів.

План та організаційна структура практичного заняття

№ п/п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Навчальн і цілі (α I- III)	Методи контролю і навчання	Матеріали методичн ого забезпече ння	Час (%)
I.	Підготовчий етап 1. Організація заняття. 2. Визначення навчальних цілей, мотивація. 3. Контроль вихідного рівня знань, умінь, навичок.	α II	Опитування, розв'язування тестів, задач	Контрольні питання, тести, задачі	10 – 20%

II.	Основний етап 4. Формування професійних умінь і навичок: 1.Вимірювати базальну температуру; 2. Підготувати жінку та інструменти до роздільного вишкрібання слизової оболонки шийки і тіла матки; 3.Надавати невідкладну долікарську допомогу при дисфункціональних маткових кровотечах.	α III	Відпрацювання практичних умінь та навичок	Професійні алгоритми, обладнання	60 – 90%
-----	--	--------------	--	---	-----------------

III.	Заклучний етап 5. Контроль і корекція рівня професійних умінь і навичок. 6. Підведення підсумків. 7. Домашнє завдання. Література: основна Основна: С.Хміль, З.Кучма, Л.Романчук, Л.Маланчук “Медсестринство в гінекології” Додаткова: Інтернет-ресурс www.wikipedia.com	α III	Контроль професійних навичок і вмінь, опитування, розв’язування тестів, задач	Професійні алгоритми, обладнання, контрольні питання, тести, задачі	10 – 20%
------	--	-------	---	---	------------------------

Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

1. Значення терміну «Менструальний цикл»?
2. Назвіть ознаки нормального менструального циклу?
3. Які причини можуть викликати порушення менструального циклу?
4. Які прояви порушень менструального циклу?
5. Що таке аменорея?
6. Які ви знаєте форми аменореї?
7. Яке лікування при аменореї?
8. Що таке меноррагія?
9. Що таке клімакс?
10. Що ви знаєте про болючі менструації?

Матеріали методичного забезпечення заняття

Тести:

1. Пацієнтка 22р. Скаржиться на відсутність менструації впродовж 7 місяців. Тест на вагітність негативний. Про яке порушення менструального циклу слід думати?

- а) Олігоменорею;
- б) Дисменорею;
- в) Альгоменорею;
- г) Аменорею;
- д) Опсоменорею.

2. Пацієнтка К., 23р., за рекомендацією лікаря вимірювала базальну температуру протягом 3 менструальних циклів. Огляд результатів виявив двохфазну криву. Про що це свідчить?

- а) Маткова вагітність;
- б) Атрізія фолікула;
- в) Ановуляторний цикл;
- г) Персистенція фолікула;
- д) Нормальний менструальний цикл.

3. В гінекологічне відділення доставлена жінка 38 р. із сильною матковою кровотечею. Шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, АТ 90/60 мм. рт. ст., пульс 100 уд. за хв. Який набір інструментів повинна приготувати медсестра для надання невідкладної допомоги?

- а) Для видалення поліпа;
- б) Для біопсії шийки матки ;
- в) Для вишкрібання порожнини матки.

4. Дівчинці 10 років. В якому віці у неї повинна з'явитися перша менструація?
- а) 16-18 років;
 - б) 12-15 років;
 - в) 8-11 років.
5. На пост звернулась молода жінка зі скаргами на значні кров'янисті виділення зі статевих органів, біль внизу живота, попереку. Затримка менструації 2,5 місяці. Напередодні жінка перенесла психічну травму. Вкажіть першочергові дії медсестри?
- а) Направити в районну жіночу консультацію;
 - б) Призначити ліжковий режим, наглядати за пацієнткою;
 - в) негайно викликати швидку допомогу, доставити жінку в гінекологічне відділення.

Задачі:

- №1. У дівчинки 14 років ювенільні кровотечі. Її мама цікавиться яка може бути причина цих кровотеч?
- №2. Жінка 25 років звернулась до лікаря зі скаргами на нерегулярні місячні, надмірне оволосіння в ділянці стегон, рук, обличчя. Протягом 2-х років регулярного статевого життя вагітність не настає. Який діагноз та тактика у корекції даного стану?

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

- Вимірювати базальну температуру;
- Підготувати жінку та інструменти до роздільного вишкрібання слизової оболонки шийки і тіла матки;
- Надавати невідкладну долікарську допомогу при дисфункціональних маткових кровотечах.

Вимірювання базальної температури

Вимірюють в прямій кишці вранці в один і той самий час, не встаючи з ліжка, протягом 5-7 хвилин.

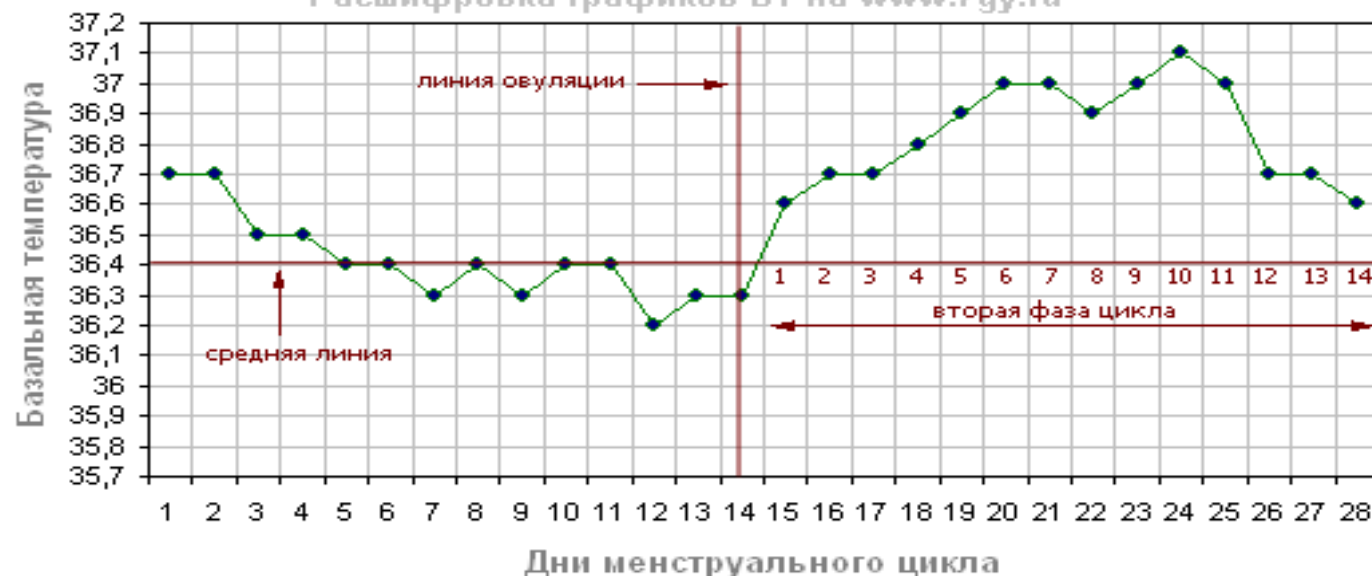
Якщо різниця між показниками температури в I і II фази циклу становить понад 0,50, то базальну температуру вважають двофазною.

Вкорочення тривалості II фази, повільний підйом температури, сходинкоподібний характер кривої свідчать про недостатність функції жовтого тіла.

При відсутності овуляції базальна температура монофазна.

Нормальный двухфазный график

Расшифровка графиков БТ на www.7gy.ru



Расшифровка графиков БТ на www.7gy.ru Ярко выраженный ановуляторный цикл при гиперпролактинемии



Підготовка жінки та інструментів до роздільного вишкрібання слизової оболонки шийки і тіла матки

Підготовка пацієнтки до вишкрібання

1. Привітайте пацієнтку, представтеся. Поясніть їй чому необхідно провести дану процедуру.
2. Дістаньте згоду пацієнтки.
3. Забезпечте пацієнтку всім необхідним.
4. Розкажіть пацієнтці як необхідно підготуватися до даної процедури.
5. Поінформуйте до яких наслідків може призвести дана процедура.
6. Супроводьте пацієнтку на процедуру.
7. Супроводьте пацієнтку після процедури.
8. Проконтролюйте стан пацієнтки після процедури.
9. Задokumentуйте виконане.

Набір інструментів та медикаментів на стерильному столику

Медикаменти	Інструменти
•Спирт етиловий 70% •3% спиртовий розчин йоду •Стерильний матеріал •0,25% розчин новокаїну, флакон з формаліном	•Шприц і голка (11-12см) •Корнцанг •Піхвові дзеркала •2 пари кульових щипців •Матковий зонд •Розширювачі Гегара №3-№10 •Кюретки №2 і №4 •Стерильний лоток

Надання невідкладної долікарської допомоги при дисфункціональних маткових кровотечах.

Долікарська допомога при цій патології полягає у застосуванні кровоспинних засобів (вікасол 1%— 1 мл, дицинон, хлорид кальцію 10% — 10 мл, ЕАКК по 1,0 три рази на день) та скорочувальних препаратів (окситоцин, метилергометрин). На низ живота можна покласти міхур із льодом. Ці засоби дають можливість зменшити кровотечу. Для подальшого лікування хвору необхідно направити до гінеколога, при значній кровотечі викликати лікаря або транспортувати санітарним транспортом у стаціонар.

Матеріали контролю для заключного етапу

Питання:

1. Що таке базальна температура , як її вимірюють?
2. Розкажіть про ювенільні маткові кровотечі ?
3. Назвіть причини маткової клімактеричної кровотечі?
4. Розкажіть про ановуляторні маткові кровотечі?
5. Що ви знаєте про метроррагію?

Тести:

1) У жінки регулярний 28 денний менструальний цикл. На який день менструального циклу відбувається овуляція?

- а) 16
- б) 28
- в) 2
- г) 14

2) Медична сестра гінекологічного відділення прийшла проводити вечірній туалет зовнішніх статевих органів хворій 70 років на рак шийки матки. Жінка поскаржилась на кровотечу із статевих органів, яка щойно почалася. Хвора схвильована. Лікар на операції. Що повинна зробити медсестра до приходу лікаря?

- а) Викликати лікаря;
- б) Зробити тугу тампонаду піхви, заспокоїти хвору, сповістити лікаря;
- в) Заспокоїти жінку, сповістити лікаря;
- г) Призначити постільний режим, заспокоїти хвору.

3) Як називається біль під час менструацій обмежений статевим апаратом?

- а) спаніоменорея;
- б) альгодисменорея;
- в) альгоменорея.

4) В гінекологічному відділенні жінці було зроблено діагностичне роздільне вишкрібання порожнини матки. Хвора стурбована, хоче дізнатися результати обстеження та звертається з цим проханням до медсестри. Які дії медсестри??

- а) Рекомендує звернутися до лікаря
- б) Відмовляється спілкуватися
- в) Пояснює результати обстеження

5) При проведенні поточного огляду старшокласниць у двох дівчаток у віці 17 років виявлено відсутність менструацій. Який вік вважається фізіологічним віком настання менархе?

- а) 15-17 років
- б) 8-10 років
- в) 12-15 років

Задачі:

№1. Дівчині 22р. поставили діагноз пройоменорея (прискорене дозрівання фолікула). Вона хвилюється чи зможе мати дітей?

№2. Дівчинці поставили діагноз Синдром Шерешевського-Тернера. Мама дівчинки схвильована, попитала про це захворювання в медсестри, яка все розповіла про аналізи дівчинки та це захворювання. Оцініть дії медсестри.

Рекомендована література

Основна література:

Медсестринство в гінекології / І.Б.Назарова, А.А.Пісарєв, О.В.Михайлов – Київ
ВСВ “Медицина” 2010р.;

Мороз Л.О. Гінекологія – Київ – “Здоров’я” – 2007р.;

Хміль С.В. Медсестринство в гінекології – Тернопіль – 2006р.;

Хохліч Т.І. Практикум з гінекології – Київ – “Здоров’я” – 2000р..

Додаткова література:

Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за
пацієнтом - Київ – “Здоров’я” – 2000р..

Інтернет ресурси: <http://ua-referat.com>