

## **Сестринский процесс при уходе за больными с нарушениями менструальной функции.**

Нарушения менструальной функции нужно рассматривать как результат заболевания всего организма. Они могут возникать в период становления менструальной функции у девочек- подростков, у женщин детородного возраста и в климактерическом периоде. Знание причин, вызвавших данную патологию, позволит медицинской сестре успешно проводить санитарно-просветительную работу среди подростков и женщин старшего возраста. Умения, полученные на уроке, позволят квалифицированно ассистировать при проведении обследований и лечебных процедурах.

### **Нарушения менструальной функции**

Клинические формы нарушений менструального цикла обусловлены уровнем поражения регулирующей системы: гипоталамус – гипофиз – яичники - матка

### **Классификация нарушений менструальной функции**

(в зависимости от клинических проявлений)

1. Аменорея – отсутствие менструаций 6 месяцев и более.
2. Циклические нарушения:
  1. Изменения количества крови:
    - гиперменорея – обильные менструации
    - гипоменорея – скудные менструации
  - 2.2 Нарушение продолжительности менструации:
    - полименорея – длительные менструации более 7 дней
    - олигоменорея – короткие менструации 1-2 дня
  - 2.3 Нарушение ритма менструации:
    - пройоменорея – частые менструации (цикл менее 21 дня)
    - опсоменорея – редкие менструации (цикл более 35 дней)
3. Ановуляторные маточные кровотечения.
4. Альгодисменорея – болезненные менструации с нарушением общего состояния (тошнота, рвота, головная боль, боли внизу живота).

### **Причины нарушения менструального цикла**

1. Нервные и психические заболевания;
2. Нарушения питания;
3. Перемена климата;
4. Профессиональные вредности;
5. Болезни крови;
6. Возрастная перестройка в пубертатном периоде и в климактерическом;
7. Гинекологические заболевания;
8. Заболевания эндокринных желез и т.д.

### **Гипоменструальный синдром**

Гипоменструальный синдром характеризуется гипоменореей - скудными, олигоменореей - короткими, опсоменореей - редкими менструациями.

При отсутствии менструации 6 месяцев и более возникает аменорея.

Различают истинную и ложную аменорею.

При ложной аменорее происходят циклические изменения в системе органов, регулирующих менструальный цикл, но есть препятствие для оттока менструальной крови (атрезия девственной плевы, атрезия цервикального канала).

При истинной аменорее отсутствуют циклические процессы в системе органов, регулирующих менструальный цикл. Она бывает физиологической и патологической.

Физиологическая аменорея наблюдается в детском возрасте, в период беременности и кормления грудью, в период постменопаузы.

Патологическая аменорея возникает при патологических процессах в любом звене регуляции менструального цикла. Она бывает первичная и вторичная. При первичной аменорее у женщины в период половой зрелости отсутствуют менструации (аплазия матки, гипоплазия яичников).

О вторичной аменорее говорят, когда месячные прекращаются на срок 6 месяцев и более после нормальной менструальной функции (опухоли гипофиза).

В зависимости от уровня поражения различают следующие формы аменореи: гипоталамическую (центральную), гипофизарную, яичниковую, маточную и аменорею при нарушениях функции надпочечников и щитовидной железы.

**Гипоталамическая аменорея** возникает как результат воздействия неблагоприятных факторов на ЦНС. Такая форма может быть обусловлена тяжелыми психическими травмами (смерть близких, стихийные бедствия, война) и психическими заболеваниями (шизофрения).

Аменорея может возникнуть при чрезмерном умственном и физическом напряжении, гиповитаминозе и неполноценном питании.

**Гипофизарная аменорея** вызвана поражением аденогипофиза, обусловлена опухолями или дистрофическими процессами, связанными с нарушением кровообращения в этой области.

Гипоталамическая и гипофизарная аменорея м.б. результатом перенесенных инфекционных заболеваний или интоксикаций.

Симптомокомплекс в виде аменореи, гипотрофии половых органов, исчезновения оволосения на лобке, гипотиреоза, снижения функции коры надпочечников возникает в ответ на нарушение кровообращения в зоне гипофиза после большой кровопотери в родах, сепсиса в послеродовом периоде и называется **синдромом Шихена**.

В предупреждении развития этого синдрома большое значение имеют рациональное ведение родов, профилактика кровопотери в родах и инфекционных септических осложнений в послеродовом периоде.

Клиническая картина гипоталамической и гипофизарной аменореи: ожирение, гирсутизм, вегето-сосудистые нарушения, могут быть гигантизм и акромегалия при опухолях гипофиза.

**Яичниковая форма** аменореи бывает вызвана врожденным отсутствием и врожденной или приобретенной недостаточностью функции яичников (дисгенезия гонад, склерокистозные яичники, тестикулярная феминизация).

Дисгенезия гонад (синдром Шерешевского-Тернера) – врожденные порок развития гонад, обусловленный неполным набором хромосом (45х0). Характеризуется первичной аменореей, отсутствием вторичных половых признаков, недоразвитием молочных желез, недостаточным половым оволосением, короткой шеей, низким ростом, умственной отсталостью.

Синдром склерокистозных яичников (Штейна-Левенталья) характеризуется нарушением биосинтеза гормонов в яичниках, в результате чего увеличивается содержание андрогенов в организме. Характерно утолщение белочной оболочки, наличие множества кистозно-атрезизирующихся фолликулов, отсутствие овуляции. Клинически это проявляется гипоменструальным синдромом или аменореей, гирсутизмом, 2-х сторонним увеличением яичников при наличии правильного женского телосложения и хорошо развитых вторичных половых признаков.

**Маточная аменорея** может быть первичной (аномалии развития и вторичной, возникающей в результате повреждения эндометрия во время искусственного аборта или диагностического выскабливания (повреждение базального слоя эндометрия), после перенесенного туберкулеза эндометрия, а также введения в матку йода.

**Лечение** проводится в зависимости от выявленного уровня повреждения.

При аменорее центрального генеза рекомендуется седативная терапия, физиотерапия (эндонозальный электрофорез 2 % р-ра вит. В1, 0,25% р-ра димедрола), витаминотерапия.

Лечение аменореи яичникового генеза проводится с целью развития вторичных половых признаков, нормализации процессов в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Рекомендуется полноценное питание, витаминотерапия, соблюдение гигиенического режима, занятия физкультурой, диета, направленная на снижение веса.

Лечение синдрома склерокистозных яичников заключается в назначении непрямых и прямых стимуляторов овуляции, а при отсутствии эффекта – в клиновидной резекции яичников.

### **Гиперменструальный синдром**

Увеличение кровопотери и удлинение менструаций может быть результатом гипофункции яичников, развившейся на почве инфантилизма, истощения, нарушений обмена, гиповитаминоза, перегиба матки, воспалительных процессов.

Лечение проводится в зависимости от причины и заключается в терапии основного заболевания. Из симптоматических средств применяют

сокращающие и гемостатические (котарнина хлорид, эрготал, экстракт водяного перца, кальция хлорид, питуитрин, маммофизин).