

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  
ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

**Дипломная работа студента  
очной формы обучения  
Специальности 31.02.02 Акушерское дело  
3 курса группы 03051624  
Блиновой Анастасии Романовны**

Научный руководитель  
Преподаватель Лебедева А.С.

Рецензент  
Врач акушер-гинеколог ОГБУЗ «Белгородская  
областная клиническая больница Святителя  
Иоасафа» Васильченко Л.С.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА.....	5
1.1. Основные характеристики физиологического менструального цикла.	5
1.2. Классификация и причины нарушения менструального цикла .....	8
1.3. Диагностика при нарушении менструального цикла .....	14
1.4. Механизм нарушения менструального цикла в подростковом, репродуктивном и климактерическом периоде .....	16
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА .....	19
2.1. Характеристика базы исследования ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» .....	19
2.2. Результаты собственного исследования .....	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ .....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	37

## ВВЕДЕНИЕ

Нарушение менструального цикла считают самой распространенной патологией в гинекологии за последние года. Причины нарушения менструального цикла (НМЦ) могут быть связаны как с изменениями в системе гипофиз-гипоталамус, так и с заболеваниями половых органов. Также негинекологические заболевания могут повлиять на характер менструаций. Физиологический характер может носить нарушение менструального цикла у подростков или при климаксе. В подростковом периоде наблюдаются ювенильные кровотечения, связанные с несовершенством механизмов гормональной регуляции, а во время климактерического периода, менструальная дисфункция связана с функциональным угасанием яичников. Нормальной, физиологической ситуацией является нарушение МЦ при беременности и в период лактации в виде полного отсутствия менструации.

С точки зрения гинеколога, наиболее очевидные последствия расстройств менструации — сложности с реализацией репродуктивной функции, нерегулярный цикл и снижение качества жизни, обусловленное предменструальным синдромом (ПМС), непривычным профилем кровотечений, дисменореей и др. В то же время все перечисленное — лишь небольшая часть проблем, ассоциированных с НМЦ, всего лишь тучи на горизонте, предвещающие в будущем (не только в отдаленном!) мощные штормы.

«Нарушения менструального цикла — это не заболевание, а всего лишь признак того, что произошел какой-то сбой в работе внутренних половых органов. Дефекты в гормональной системе обычно стоят в истоках нарушения цикла. При этом не обязательно, чтобы эти дефекты касались именно половых гормонов»[9].

Тема дипломной работы профессиональная деятельность акушерки в диспансеризации женщин с нарушением менструального цикла актуальна так, как нарушение менструального цикла часто влечет за собой снижение репродуктивной функции девушки и ее трудоспособности. Кроме того, при некоторых формах нарушений возникает развитие предраковых заболеваний и рака эндометрия.

В связи с этим важное значение имеет раннее выявление и своевременное устранение возможных патологических состояний.

**Цель дипломной работы.** изучение, анализ нарушения менструального цикла и роли акушерки в профилактике выявления и предупреждений нарушений менструального цикла.

Для достижения данной цели, необходимо выполнить следующие задачи:

1. Изучение теоретических основ нарушений менструального цикла, а также методов профилактики;
2. Провести анкетирование и обработать полученную информацию пациенток с нарушениями менструального цикла в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»
3. Разработать методы профилактики нарушений менструального цикла у женщин.

**Методы исследования.**

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
2. Комплексный анализ;
3. Статистическая обработка информационного материала.

**Объект исследования** – является пациентки с нарушением менструального цикла и медицинская документация.

**Предметом нашего исследования** является профессиональная деятельность акушерки в диспансеризации женщин с нарушением менструального цикла.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

## 1.1. Основные характеристики физиологического менструального цикла

«Менструальный цикл (от латинского *menstruus* — месячный, ежемесячный) — это циклические изменения в организме женщины, преимущественно в звеньях репродуктивной системы, повторяющиеся через определённые промежутки времени и проявляющиеся регулярными маточными кровотечениями — менструациями (*menses*)»[14].

Нормальный МЦ является результатом нейрогормональных взаимоотношений между центральной нервной системой, гипоталамусом, гипофизом, яичниками и маткой. Регулярный менструальный цикл устанавливается в течение года после первой менструации (*menarche*) и сохраняется до 45–52 лет. Для средневропейской зоны возраст менархе составляет 12–13 лет.

Началом нового МЦ условно принят первый день менструации. Продолжительность МЦ рассчитывается как промежуток между первыми днями двух последующих менструаций. В таблице 1 приведены основные характеристики МЦ, предложенные Международной федерацией акушеров-гинекологов FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) в 2011 г.

В норме менструации должны быть безболезненными.

«Фазы яичникова цикла:

1. Фолликулиновая (фолликулярная) фаза. Длится с 1 до 14 дня МЦ. В этот период происходит рост и развития фолликула от примордиального до зрелого (граафов пузырек). Этот процесс происходит под воздействием

фолликула стимулирующего гормона гипофиза (ФСГ). В эту фазу в яичниках вырабатываются эстрогены.

2. Овуляция. Приходится на середину менструального цикла (примерно на 14 день). Овуляция – разрыв зрелого фолликула и выход из его полости зрелой яйцеклетки, готовой к оплодотворению.

3. Лютеиновая фаза. Протекает после овуляции и до конца МЦ. В яичнике под действием лютеинизирующего гормона (ЛГ) на месте лопнувшего фолликула формируется желтое тело, которое начинает вырабатывать гормон – прогестерон»[15].

«Фазы маточного цикла:

1. Менструация (десквамация). Длится с 1 по 5 день МЦ – это отторжение слоя эндометрия. Под влиянием ферментов, функциональный слой распадается, отторгается и выделяется наружу в месте с содержимым маточных желез и кровью из вскрывшихся сосудов.

2. Регенерация. Продолжается с 1 по 7 день МЦ. За счет разрастания эпителия происходит восстановление функционального слоя.

3. Пролиферация. Длится с 7 по 14 МЦ. Ангиогенез (рост кровеносных сосудов), рост маточных желез. Пролиферация клеток базального слоя. Новая эпителиальная выстилка. И утолщение слой

4. Секреторная. Происходит от середины цикла до конца цикла. В матке увеличивается глюкогена, усиливается васкуляризация, железистая структура слизистой оболочки матки приобретает зрелую форму. Если беременность не наступает, то функции желтого тела и уровни прогестерона значительно снижаются. Эндометрий теряет свою гормонольную поддержку и готов к отслоению. И начинается новый МЦ»[15].

Уровни эстрогена и прогестерона к концу МЦ низкие, что вызывает циклические изменения в гипоталамических и гипофизарных структурах. Что является причиной нового МЦ.

Клетки гипоталамуса объединяют информацию полученную из разных отделов ЦНС. Клетки гипоталамуса являются посредниками для гипофиза.

Секретируются пульсирующим образом и транспортируются в переднюю долю гипофиза через гипотелиорногипофизарные сосуды. Гипофиз вырабатывает гонадотропные гормоны, которые стимулируют рост, развитие и эндокринную функцию фолликул и желтого тела. Под воздействием гормонов совершается фаза пролиферации, а гормон желтого тела вызывает секреторную трансформацию слизистой оболочки матки.

Действие гормонов яичника.

Эстрогены:

- Развитие вторичных половых признаков женщины в период полового созревания, включая дольки молочной железы и млечного протока, волосяной покров тела и жир;
- Активизация пролиферации эпителия репродуктивной системы, включая регенерацию и роста эндометрия в первой фазе менструального цикла;
- Стимуляция секреции шейной слизи низкой вязкости, которая способствует проникновению спермы в период овуляции;
- Гипертрофия и усиление сократительной активности гладкой мускулатуры половых путей;
- Приближение ворсинок маточной трубы к овулирующему фолликулу. Что способствует переносу яйцеклетки;
- Повышение либидо в середине цикла.

Действия прогестерона:

Прогестерон производится в значительных количествах только в определенный период МЦ. Он синтезируется желтым телом и плацентой в период беременности. Прогестерон является гормоном беременности и основная его функция — это подготовка половых путей. Происходит это следующим образом:

- Трансформация пролиферирующего эндометрия в секреторный;

- Выделение густой, вязкой цервикальной слизи, которая затрудняет проникновение спермы, а также бактерий;
- Формирование полноценной фазы секреции способствует имплантации и пролонгированию беременности с помощью различных механизмов, включая блокаду сократительной активности матки;
- Повышение базальной температуры во второй фазе цикла;
- Стимуляция роста молочных желез.

## **1.2. Классификация и причины нарушения менструального цикла**

Рассматривая современную классификацию, основные нарушения, периодичности МЦ, интенсивности и времени появления кровотечений, могут быть определены следующими терминами:

Нарушения длительности МЦ:

1. Аменорея — отсутствие менструации более 6 месяцев.
2. Олигоменорея — длительность МЦ более 42 дней.
3. Полименорея — длительность цикла менее 21 дня.

Патология менструальных кровотечений:

1. Аномальные маточные кровотечения — это любое маточное кровотечение в репродуктивном возрасте, не отвечающее параметрам нормальной менструации.
2. Дисменорея — циклически повторяющийся болевой синдром, сопровождающий менструацию.

«Аменорея — это отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более»[3]. Аменорея представляет собой не самостоятельное заболевание, а симптом нейроэндокринных заболеваний, патологии различных уровней репродуктивной системы, доброкачественных и злокачественных новообразований.



«Частота аменореи среди женщин репродуктивного возраста составляет примерно 1,8–3,5 %, среди студенток 3,5–5 %, а в структуре нарушений генеративной и менструальной функции 10–15 %. Первичная аменорея составляет около 10 % в структуре аменореи и встречается гораздо реже, чем вторичная»[13].

Классификация:

В зависимости от уровня, на котором возникли нарушения регуляции менструальной функции, выделяют различные формы аменореи.

Аменорея делится на ложную и истинную.

«Ложная аменорея — состояние, при котором выделения менструальной крови наружу не происходит, но циклические процессы в системе гипоталамус-гипофиз – яичники–матка проходят нормально»[15]. Причинами ложной аменореи чаще всего является заращение (атрезия) девственной плевы, цервикального канала, влагалища или пороки развития гениталий. Менструальная кровь скапливается во влагалище с образованием гемптокольпоса, когда она скапливается в матке — гематометры, если же в маточных трубах — гематосальпинкса. Также менструальная кровь может попадать в брюшную полость через маточные трубы и имитировать клинику «острого живота». Лечение ложной аменореи только хирургическим способом — рассечение девственной плевы, расширение влагалища и цервикального канала.

«Истинная аменорея — состояние, при котором клинически сопровождается отсутствие менструаций, но изменения не происходят в системе гипоталамус – гипофиз – яичник – матка. Истинная аменорея может быть патологической и физиологической. Истинная физиологическая аменорея наблюдается при следующих состояниях:

- У девочек до периода полового состояния;
- Во время беременности;
- Во время лактации;

- В период постменопаузы»[14].

И еще следует отметить, что существует истинная патологическая аменорея, она подразделяется на первичную и вторичную. Первичная аменорея — первая менструация отсутствует после 16 лет. Вторичная аменорея — когда менструация отсутствует в течение 6 месяцев и более у ранее менструировавших женщин.

Истинная патологическая аменорея по этиологическому фактору делится на аменорею, обусловленную экстрагонадными причинами и аменорею вследствие нарушения функции гонад.

«Олигоменорея – это состояние, при котором менее одного раза в 40 дней, приходят менструации»[3]. В некоторых случаях только один раз в шесть месяцев бывает кровотечение. Олигоменорея встречается либо у молодых женщин, либо у женщин в предклимактерическом периоде. Страдают данной патологией всего 2-3 % женщин.

Самый главный симптом олигоменореи – это редкие менструации. Часто это заболевание сопровождается акне на лице у женщин, а также груди и спине, избыточным весом, гирсутизмом(повышенным оволосением). У многих женщин, страдающих олигоменореей, снижено либидо (половое влечение). Часто такие женщины напоминают фигурой мужчин.

«Полименорея – это менструальное кровотечение циклически повторяющееся с коротким интервалом не более 21-го дня»[11].

Аномальные маточные кровотечения:

«Аномальные маточные кровотечения (АМК) — это любое не отвечающее параметрам нормальной менструации маточное кровотечение, репродуктивном возрасте (беременность и патология шейки матки исключены)». АМК — это чрезмерные по длительности, объему кровопотери и частоте кровотечения, возникающие у женщин вне беременности. Частота АМК в общей структуре гинекологических заболеваний: в подростковом возрасте — 10 %, в активном репродуктивном периоде — 25–30 %, в позднем репродуктивном возрасте — 35–55 %, в перименопаузе — 55–60 %. АМК

занимают 2 место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары, являются наиболее частым показанием для гистерэктомий и абляций эндометрия. АМК приводят к снижению качества жизни женщин (физическое, эмоциональное, материальное состояние), высокой стоимостью лечения и к экономическим последствиям, связанным с временной нетрудоспособностью.

В новой номенклатуре АМК стоит выделять как хроническое и острое кровотечение. Хроническое кровотечение — это маточное кровотечение, наблюдающееся в течение 6 месяцев и более, регулярности и (или) частоте, аномальное по объему, не требующее незамедлительного врачебного вмешательства. «Острое кровотечение — это обильное кровотечение, требующий срочного вмешательства с целью предотвращения дальнейшей кровопотери»[9]. Острое АМК может возникнуть на фоне уже существующего хронического аномального маточного кровотечения или впервые. Аномальные маточные кровотечения, могут иметь различный генез, возникающие вне беременности, в дальнейшем определяющий тактику ведения. На рисунке 5 представлена современная классификация АМК.

«Дисменорея — болевой синдром, который циклически повторяется и обусловлен комплексом нейровегетативных, обменных и поведенческих нарушений, сопровождающих менструацию»[11]. Частота дисменореи среди различных возрастных категорий менструирующих женщин составляет от 8 до 92 % и наблюдается в возрасте 13–44 лет.

Важным медицинским аспектом дисменореи является то, что хронический болевой синдром способствует формированию аномалий личности — как от легких невротических состояний, так и до тяжелых психоподобных синдромов. Социальный характер проблемы дисменореи обусловлен ее широким распространением и нередким снижением трудоспособности.

К факторам риска развития дисменореи относят:

- ранний возраст менархе;

- длительные менструации;
- курение (активное, пассивное);
- семейный анамнез;
- гиподинамию;
- частые стрессовые ситуации в семье;
- частые изменения в жизни;
- низкий социально-экономический статус.

Классификация. Выделяют следующие формы дисменореи:

1. «Первичная дисменорея — это циклический патологический процесс, возникающий с момента первой менструации или через 1,5–2 года после установления овуляторных циклов. Не связана с патологическими изменениями внутренних половых органов, чаще носит функциональный характер»[6].

2. «Вторичная дисменорея — имеет органический характер, обусловлена гинекологическими заболеваниями: наружным и внутренним генитальным эндометриозом, воспалительными заболеваниями и опухолями матки и ее придатков, пороками развития матки и влагалища, спаечным процессом в малом тазу, варикозным расширением вен таза»[6].

Наблюдается у женщин чаще после 30 лет.

По своему течению дисменорея может быть декомпенсированная, когда наблюдается нарастание интенсивности болевого синдрома во время менструаций с течением времени и компенсированная, при которой выраженность патологических симптомов на протяжении времени не изменяются.

Нарушением менструации считают цикл, длительность которого увеличивается больше, чем на неделю. Также, если период между месячными сокращается на 5-7 дней, и это повторяется систематически, в таком случае можно уверенно говорить о сбое менструальной функции. За исключением женщин, которые имеют более длинный или короткий цикл генетически, у

всех остальных это определяется как расстройство и требует срочного обследования.

Основной причиной сбоя цикла месячных является нарушение гормонального фона. Происходит это при различных заболеваниях и состояниях. Также нужно заметить, что немаловажную роль играет наследственный фактор – если у предков по женской линии наблюдались сбои в цикле или другие нарушения, вполне возможно, что это отразится на характере месячных у женщин в следующих поколениях.

Поскольку в регуляции менструального цикла задействованы головной мозг и органы эндокринной системы, очень часто проблема возникает из-за нарушений взаимодействия.

Причинами деструкции МЦ могут являться множество факторов, в их числе особенности строения половых органов, а также 9 причин выделяемых в гинекологии:

- Гормональный дисбаланс. Он может быть вызван не только половыми гормонами, но и нарушением работы щитовидной железы, гипофиза, надпочечников. До 70 % случаев менструальных нарушений гормонального характера случаются из-за гиперпролактинемии – состояния, при котором в крови повышено содержание гормона пролактина. Откуда он берется? Выбрасывается в организм в каждой стрессовой ситуации, даже самой бытовой и повседневной. Чем больше стресса – тем выше вероятность гормонального сбоя и нарушения цикла.

- Хронический стресс или заболевания нервно-психической сферы. Отчасти стресс связан с нарушением гормонального баланса.

- Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза.
- Истощение или лишний вес. И то и другое состояние одинаково плохо влияют на регулярность цикла.

- Нарушения питания: при недостатке в рационе некоторых аминокислот, витаминов и минералов нарушаются процессы овуляции.

- Лекарства – транквилизаторы, антидепрессанты, антикоагулянты (препятствуют сворачиванию крови), препараты заместительной гормональной терапии. Всегда рассказывайте гинекологу о препаратах, прописанных другими специалистами.

- Влияние ряда природных и физических факторов (перемена климата, чрезмерное солнечное облучение);

- Частые простудные заболевания перенесенные в детстве (до 12 лет);

- Перенесенные в детстве краснуха и ветряная оспа, также эти заболевания могут повлиять на закладку фолликулов в яичнике и с первого же цикла будут проявляться нарушения. Сложность здесь только в том, что сами подростки редко обращают на это внимание, поэтому и диагностируется проблема значительно позже.

Нарушения в МЦ могут быть симптомом опасных заболеваний, включая онкологические.

Итак, нарушения цикла не стоит оставлять без внимания, поскольку, женщина уже имеет показатели проблем со здоровьем и они могут привести к весьма серьезным заболеваниям. Самодиагностика здесь элементарна - важно лишь вовремя заметить любые имеющиеся симптомы и немедленно обратиться к квалифицированному специалисту.

### **1.3. Диагностика при нарушении менструального цикла**

Поскольку причины нарушения менструального цикла могут лежать в самых разных сферах, акушерка начинает диагностический поиск от простого к сложному.

«В диагностике НМЦ ключевую роль играют физикальные исследования и данные анамнеза, которые помогают выявить воздействие отклонений в секреции гормонов на процесс полового созревания и развитие

вторичных половых признаков. При опросе женщины, выясняют наличие психических нарушений; физических нагрузок, особенности питания и образа жизни; влияние условий окружающей среды, а также семейный анамнез (случаи генетических аномалий, нарушений роста и развития)»[7].

Первый этап – сбор анамнеза. Акушерка выясняет, какие препараты принимает женщина, была ли недавно беременность, много ли в ее жизни стрессовых ситуаций, пытается определить, в каком психическом состоянии она находится.

Далее следует внешний осмотр. Цвет кожи, слизистой, склер, нет ли признаков истощения или лишнего веса и т.п. Также акушерка обязательно проведет гинекологический осмотр и возьмет мазки со слизистых для определения возможных инфекций.

Если необходимо, женщина получает направление на УЗИ малого таза. Если оно не покажет патологий в состоянии матки и яичников, делается УЗИ всех органов и систем, прицельное УЗИ щитовидной железы и печени.

Клинические и биохимические анализы крови позволяют составить коагулограмму (набор показателей крови, указывающий на процесс свертываемости), выяснить, в каком состоянии находятся внутренние органы, кроветворная ткань.

«Определение уровня гормонов в крови. При нарушении цикла определяют содержание эстрадиола, прогестерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина (ПРЛ)»[9].

Анализы на разные гормоны сдаются в разные дни цикла, поэтому нужно предупредить пациентку, что придется посетить лабораторию несколько раз.

Сочетание анамнеза, результатов исследований и анализов позволит найти причины нерегулярных менструаций, болей и патологических кровотечений и устранить их.

#### **1.4. Механизм нарушения менструального цикла в подростковом, репродуктивном и климактерическом периоде**

Овариально-менструальный цикл в женском организме является эндокриннозависимым процессом. Поэтому основная причина его нарушений – дисгормональные расстройства. Они могут первично возникать на разных уровнях, в том числе с вовлечением вроде бы не относящихся к репродуктивной системе желез внутренней секреции. На этом основана классификация НМЦ. Согласно ей, выделяют:

- Центральные нарушения с поражением высших центров нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы. В патологический процесс могут вовлекаться корково-гипоталамические, гипоталамо-гипофизарные и только гипофизарные структуры.
- Нарушения на уровне периферических структур, то есть собственно органов репродуктивной системы. Могут быть яичникового и маточного генеза.
- Нарушения, связанные с дисфункцией других желез внутренней секреции (надпочечников, щитовидной железы).
- Нарушения, обусловленные генетическими и хромосомными аномалиями с врожденными гипер — или гипоплазиями органов, нарушением процесса секреции ключевых биологически активных веществ и расстройством так называемой обратной связи между периферическими органами и нейроэндокринными структурами.

Сбои в итоге на любом уровне все равно будут проявляться различными типами НОМЦ. Ведь гормональный дисбаланс приводит к изменению работы яичников, даже если они не имеют структурных аномалий. Закономерным следствием этого является нарушение секреции основных половых гормонов (эстрогенов и прогестерона). А их основной мишенью является функциональный слой слизистой оболочки матки, именно



он отторгается с кровью при завершении очередного цикла. Поэтому-то любые дисгормональные изменения в организме могут приводить к нарушению характера и регулярности менструаций.

Ювенильный период:

«НОМЦ у подростков может протекать по типу гипоменструального синдрома или со склонностью к так называемым ювенильным (пубертатным) кровотечениям. Характер нарушений зависит от этиологии и имеющихся дисгормональных расстройств. Возможно позднее менархе или развитие первичной аменореи. О ней говорят, если менструация не начинается к 15-летнему возрасту»[8].

Ювенильные кровотечения возникают в ановуляторных циклах вследствие нарушений гормонального статуса при атрезии фолликула. Они обычно чередуются с неравномерными периодами задержки менструаций, нередко сочетаются с нарушением оволосения, недостаточностью или избыточностью массы тела. В качестве провоцирующего фактора при этом могут выступать нервно-эмоциональное перенапряжение, резкая смена климатического и временного пояса, нарушение цикла сон-бодрствование.

Репродуктивный период:

В репродуктивном возрасте нарушения цикла могут проявляться сбоем цикличности, задержкой очередной менструации с последующим кровотечением. При этом следует отличать физиологические изменения от патологических. В норме временное исчезновение менструаций может быть обусловлено наступлением беременности, послеродовым периодом и гиперпролактинемией на фоне грудного вскармливания. Кроме того, изменение цикла и характера менструальных выделений происходит на фоне применения гормональной контрацепции и после установки внутриматочных спиралей.

Удлинение цикла чаще всего обусловлено персистенцией фолликула. При этом не происходит овуляции созревшей яйцеклетки. Она гибнет, а фолликул продолжает увеличиваться в размерах с

формированием фолликулярной кисты различных размеров. При этом гормональный фон соответствует 1 фазе цикла с гиперэстрогенией, что приводит к прогрессирующему разрастанию эндометрия. Задержка менструации при этом может достигать 6-8 недель, после чего возникает метроррагия. Такие маточные кровотечения относят к дисфункциональным. Еще одна причина их развития – недостаточность лютеиновой фазы. При этом кровотечения возникают в овуляторный период, они обычно не обильные, но затяжные.

Возможны также нарушения менструации после аборта. Он может быть медицинским с использованием различных методик удаления плодного яйца/эмбриона или самопроизвольным (со спонтанным прерыванием беременности на ранних сроках). При этом обычно отмечается удлинение последующего цикла, а восстановление менструальной функции ожидается в течение 3 месяцев. Если же аборт сопровождался осложнениями, нельзя исключать затяжной реабилитационный период с ациклическими кровянистыми выделениями, альгодисменореей.

Пременопаузальный период и менопауза:

Чаще всего сбой нормального цикла менструации встречается в пременопаузальном возрасте. Угасание репродуктивной функции нередко сопровождается значительным нарастанием ановуляторных циклов, склонностью к задержкам и кровотечениям на фоне атрезии фолликула, потерей цикличности изменений и развитием, так называемого климактерического синдрома.

«Возобновление маточных кровянистых выделений в менопаузе – крайне тревожный симптом. Ведь восстановление репродуктивной функции уже невозможно, а кровотечение и кровомазание в этот период обычно свидетельствуют о наличии злокачественной опухоли»[8].

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА**

### **2.1. Характеристика базы исследования ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»**

Перинатальный центр (корпус №1) находится по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9. Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Врачами перинатологами проводятся консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка», вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Основными направлениями деятельности являются:

- Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.
- Осуществляет взаимодействие между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здра-

воохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.

- Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.

- Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.

- Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.

- Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.

- Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

- Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

- Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

## 2.2. Результаты собственного исследования

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» города Белгорода. В результате чего была составлена анкета для выявления профессиональной деятельности акушерки в диспансеризации с нарушением менструального цикла. (Приложение 1). Данное исследование проводилось методом анкетирования.

В анкетировании приняли участие 30 женщин репродуктивного возраста. На рисунке 1 представлена диаграмма возраста женщин в процентном соотношении.

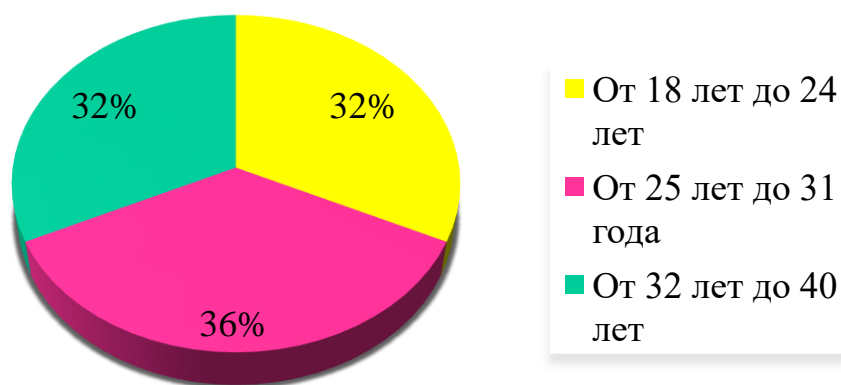


Рис. 1. Возраст женщин, принявшие участие в анкетировании

В результате опроса «Имеют ли вредные привычки женщины» были полученные следующие данные (Рис. 2). Выяснилось, что 51% женщин употребляют табачные изделия, 19% употребляют алкогольные напитки, 29% женщин не имеют вредных привычек вообще и 0% не употребляют наркотические средства.

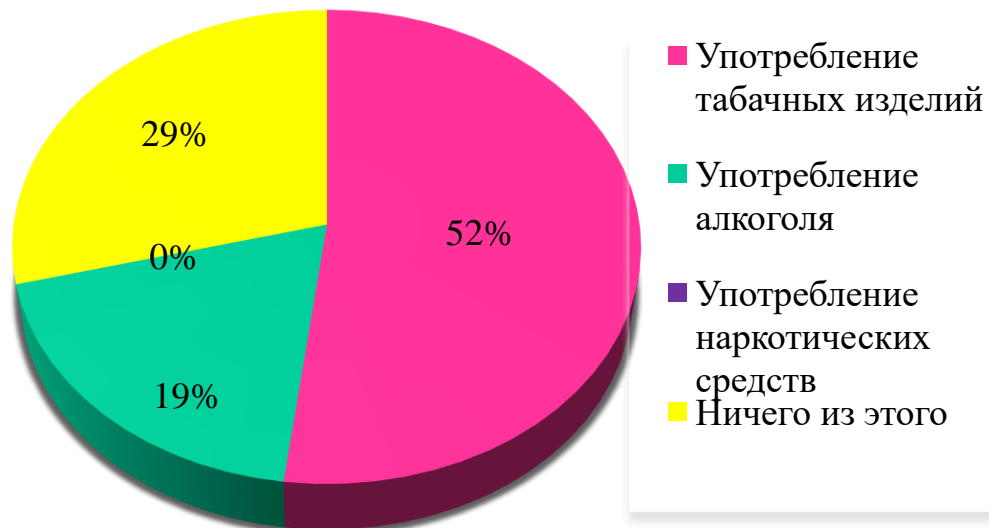


Рис. 2. Наличие вредных привычек

На вопрос: «Часто ли испытывают стресс» выяснилось, что 47% женщин испытывают постоянно стресс, 25% опрошенных женщин подтвердили, что испытывает реже стресс, но это число женщин все равно слишком сильно подвержены стрессу. Также выяснилось, что 21% женщин подвергаются стрессу еще меньше – это 2 - 3 раза в месяц и реже. И всего 7% женщин не подвергаются стрессовым ситуациям (Рис. 3).

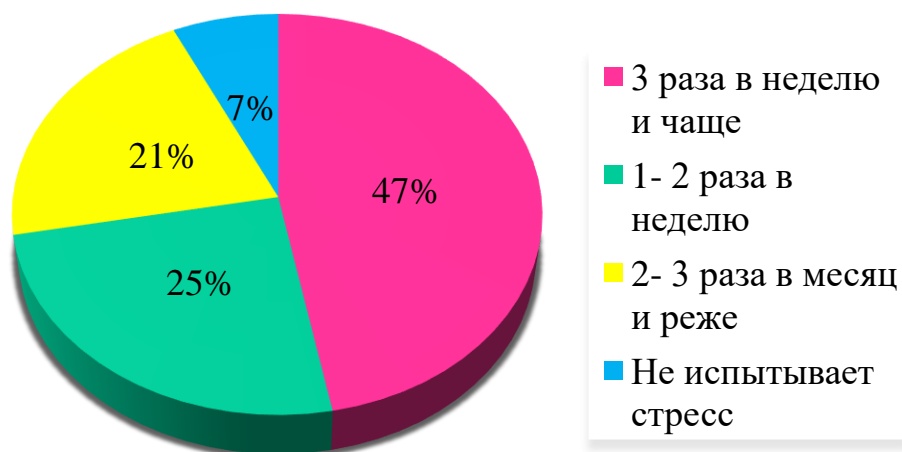


Рис. 3. Стрессоустойчивость

На вопрос: «Активный ли образ жизни вы ведете» было выявлено, что всего 21% респондентов ответило, что у них активный образ жизни, 30% подтвердили, что малоподвижны и 49%, что у них сидячий образ жизни.

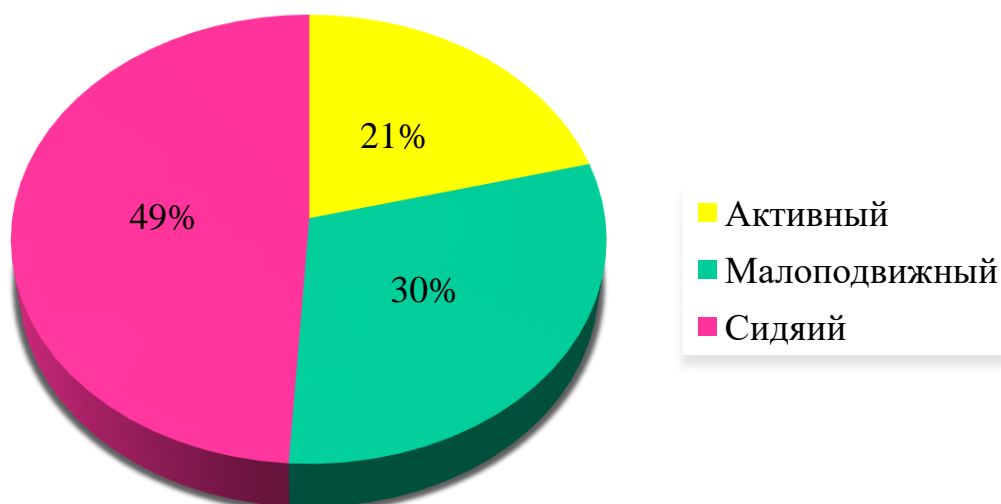


Рис. 4. Активный образ жизни.

На вопрос «О Рационально - сбалансированное питание» опрос показал, что 37% респондентов питаются рационально, 10% ответили, что иногда пропускают некоторые приемы пищи в связи с нехваткой времени и 53% не питаются сбалансированно (Рис. 5).

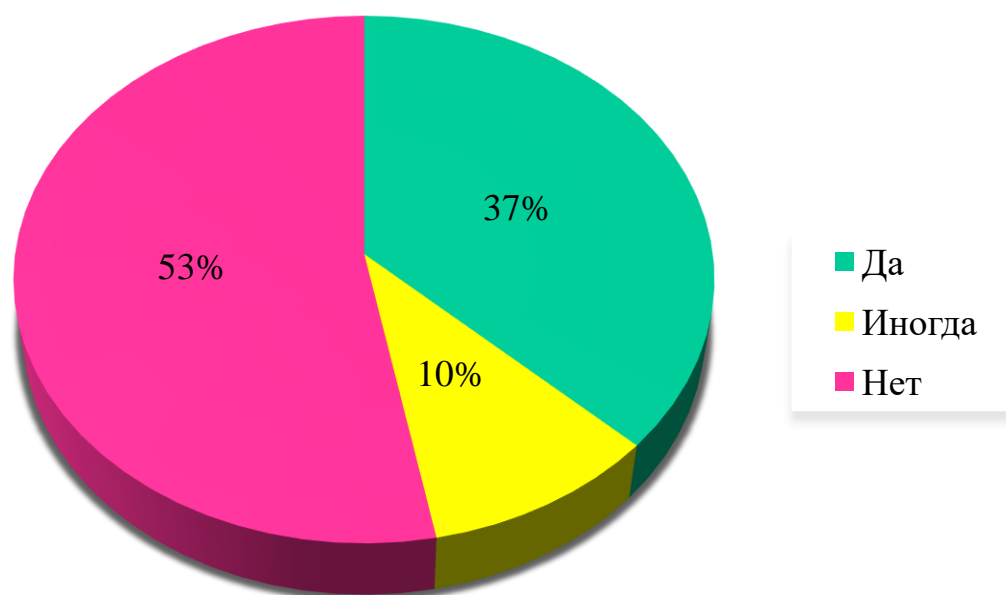


Рис. 5. Рационально-сбалансированное питание.

На вопрос «о Возрасте наступления первой менструации», как мы видим у 40% девушек, первая менструация наступила в возрасте от 11 и до 12 лет, 45% женщин, написали, что менархе у них наступило в 13- 14 лет и только у 15% опрошенных менструация наступила в возрасте 15- 16 лет (Рис. 6).

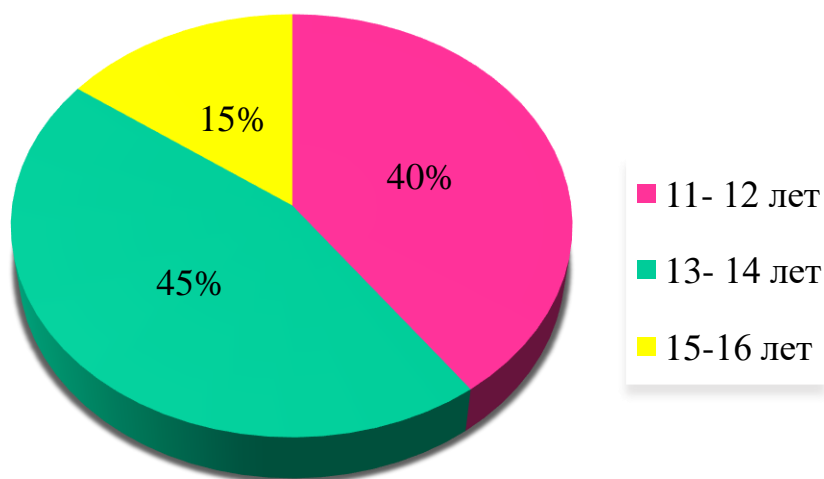


Рис. 6. Возраст наступления менархе

Мы попросили выбрать подходящий для женщины вариант ответа о регулярности менструального цикла и узнали, что у 53% респонденток менструальный цикл регулярный, а у 47% женщин, цикл не стабилен (Рис. 7).

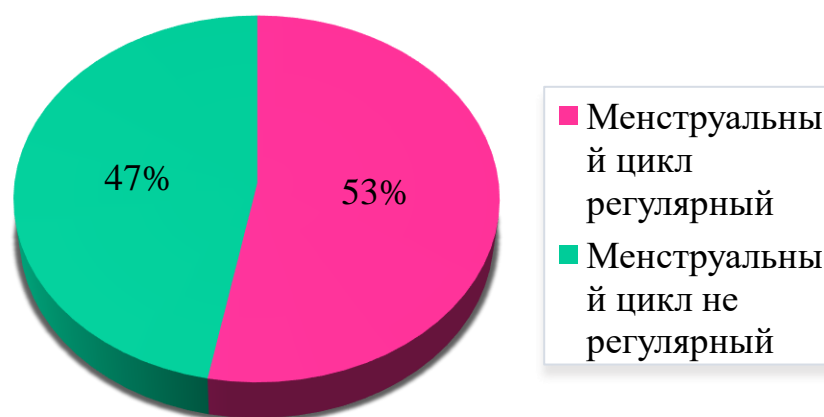


Рис. 7. Регулярность менструального цикла



Так же по результатам анкетирования необходимо было выявить «количество дней менструации». Как мы видим, 55% женщин написали в анкете, что у них менструация длится 4- 5 дней, 41% ответил, что 6- 7 дней и 4% женщин написали, что их менструация достигает 8- 9 дней (Рис. 8).

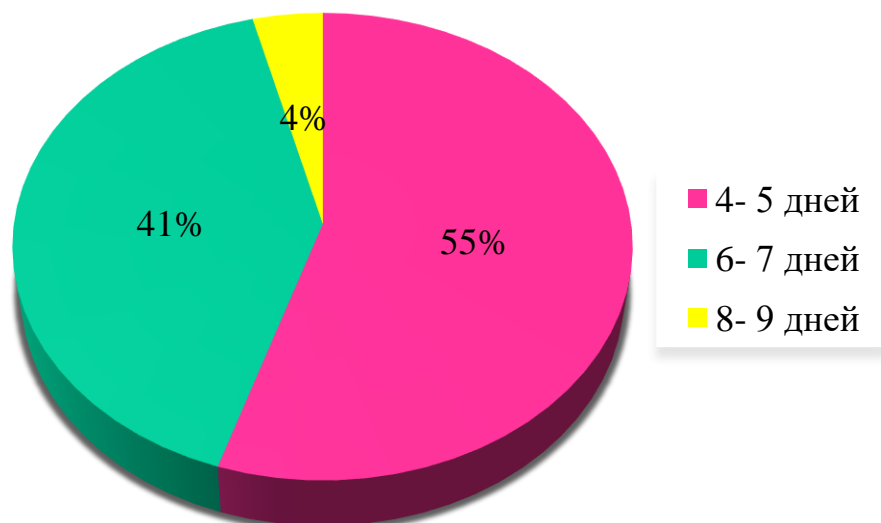


Рис. 8. Количество дней менструации

Оказалось, что 31% обильная кровопотеря, 49% отметили, что у них умеренная кровопотеря и 20% женщин скудная менструация (Рис. 9).

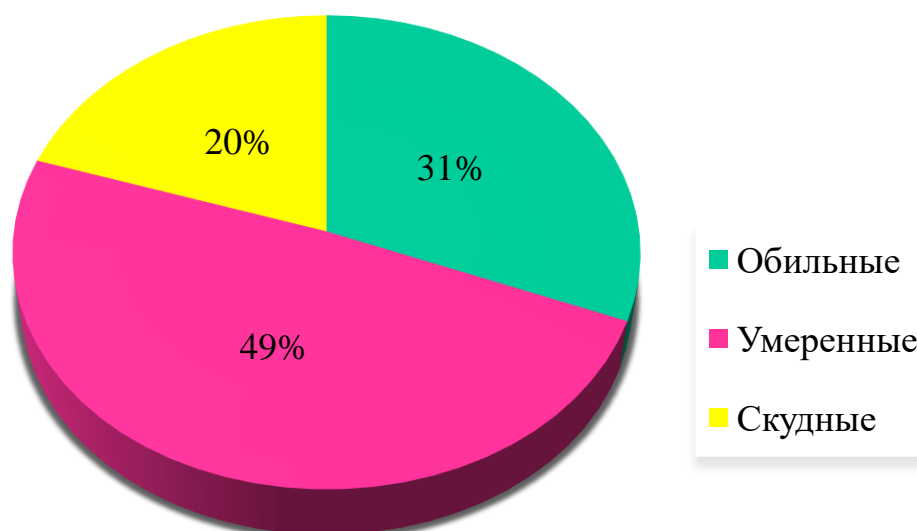


Рис. 9. Объем кровопотери при менструации

Далее мы выяснили, бывают ли у респонденток кровянистые выделения между менструациями и результат показал, что 1% отметили в анкете, что каждый цикл они наблюдают мажущие выделения. У 5% тоже бывают выделения, но они не каждый цикл, 12% сталкивались с данной проблемой, но на данный момент выделений они не наблюдают. И 82% девушек никогда не наблюдали у себя кровянистые выделения (Рис.10).



Рис. 10. Кровянистые выделения между менструациями

Следующее исследование (Рис. 11) показало, что большинство девушек, а именно 81% испытывают болевой синдром во время менструации и всего 19% не жалуются на боли в животе. Также в анкете был составлен дополнительно опрос (Рис. 12) для тех девушек, которые испытывают болевой синдром, там девушки должны были выбрать степень боли в животе, во время менструации. Девушкам нужно было выбрать балл, подходящий для них, где 5 баллов – это наибольшая степень выраженности.

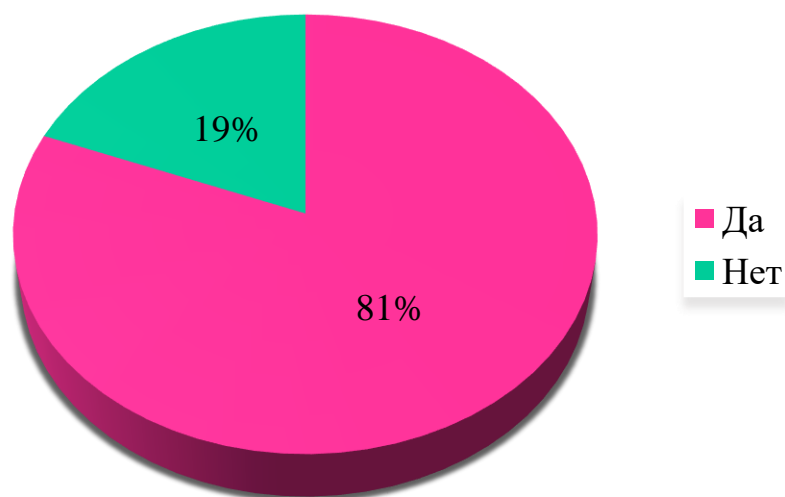


Рис. 11. Болевой синдром во время менструации

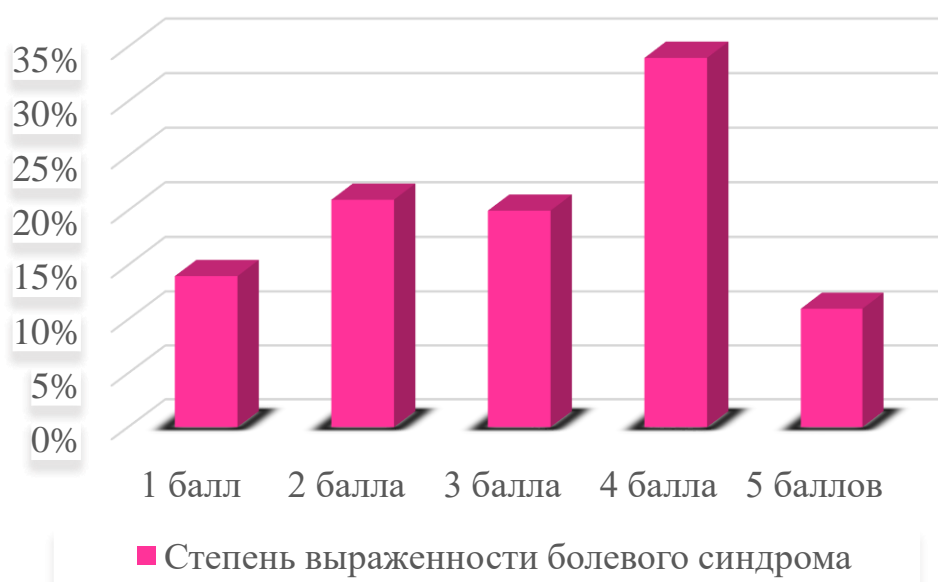


Рис. 12. Шкала болевого синдрома

В анкете мы попросили указать женщин подходящий для них ответ и 9% процентов женщин ответили, что во время менструального цикла они испытывают тошноту, у 3% процентов женщин, менструация сопровождается с рвотой. Диарею испытывает 24% женщин, 17% жалуются на запоры. Ответ «все перечисленное» выбрали 7% респонденток и 40% девушек отметили, что не испытывают ничего из этого во время менструального цикла (Рис. 13).

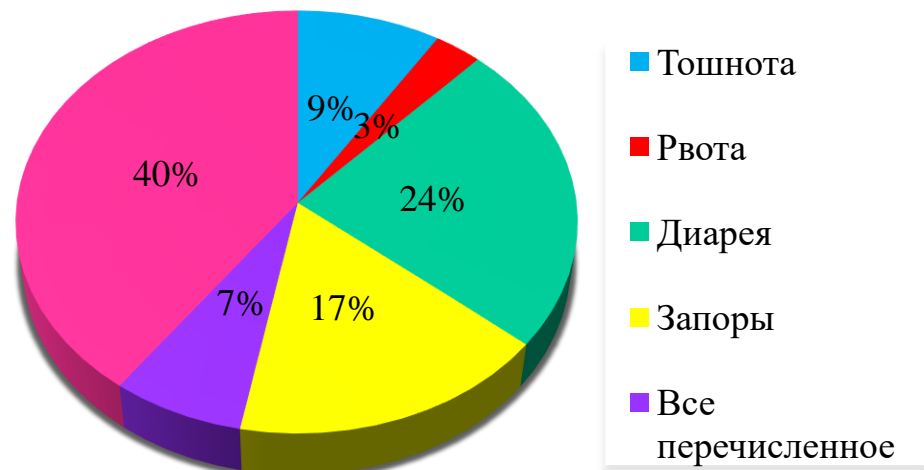


Рис. 13. Симптомы, вызванные во время менструального цикла

На вопрос «Укажите регулярность половой жизни» мы выяснили, что 55% женщин имеют регулярную половую жизнь и 45% отметили, что их половая жизнь не регулярна (Рис. 14).

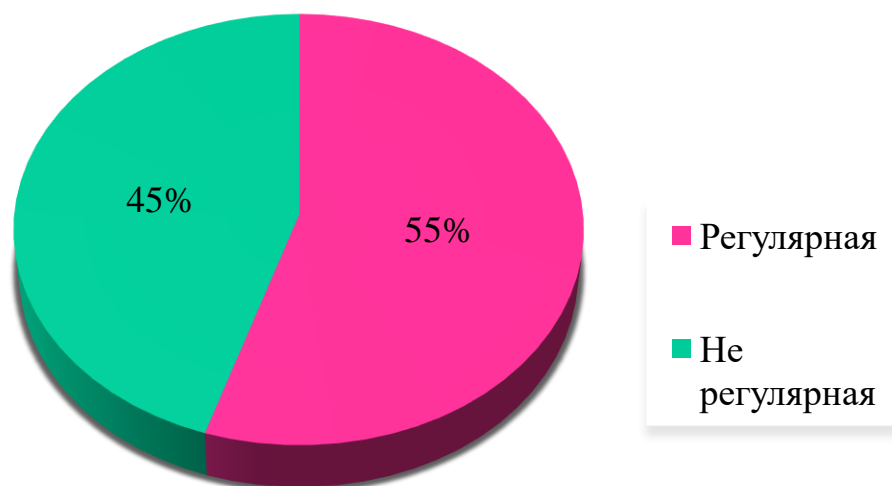


Рис. 14. Регулярность половой жизни

Для более точного анализа исследования было необходимо, чтобы респондентки ответили на деликатный вопрос «Частота смены половых

партнеров за последние пол года» и узнали, что 9% часто меняли половых партнеров, 21% редко меняли партнера и 70% отметили, что никогда не меняли полового партнера за последние пол года (Рис.15).

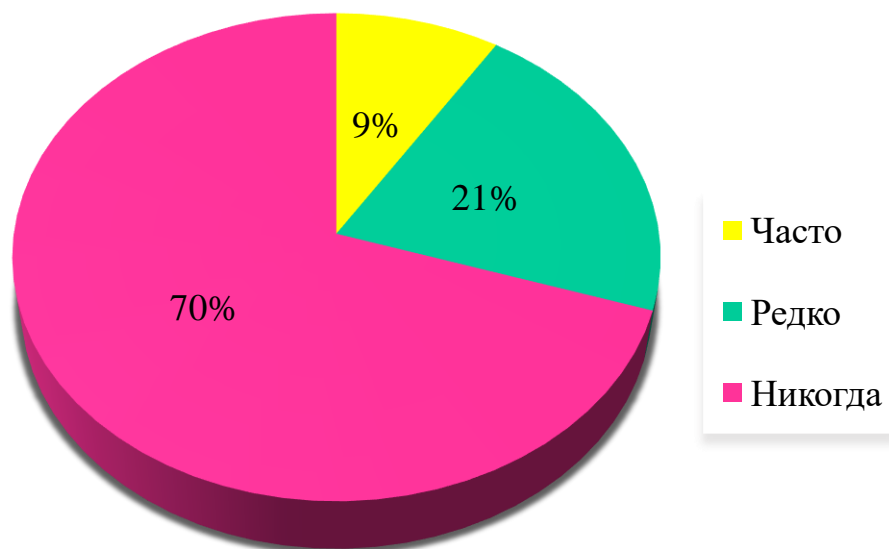


Рис. 15. Частота смены половых партнеров за последние пол года

На вопрос о ранее перенесенных гинекологических заболеваниях, 51% женщин ответили положительно и 49% отрицательно (Рис. 16).

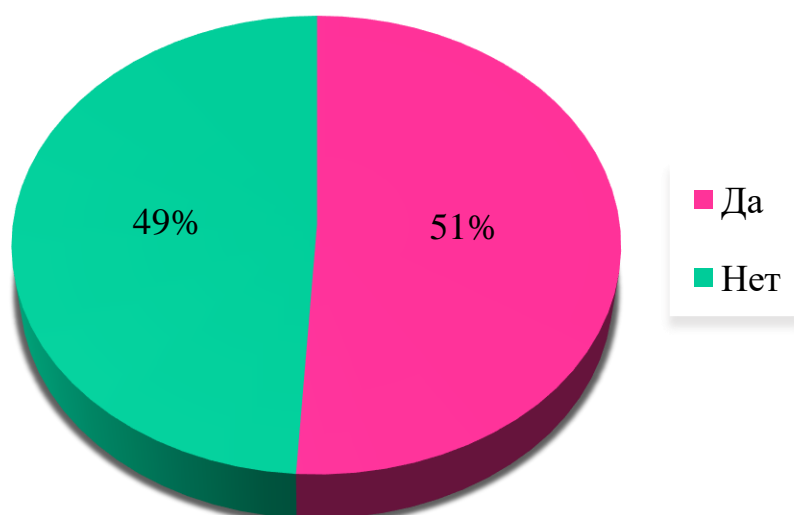


Рис. 16. Были ли ранее перенесенные гинекологические заболевания

В ходе опроса выяснилось, что у 19% присутствуют сопутствующие заболевания и 81% опрошенных их на данный момент не имеют (Рис. 17).

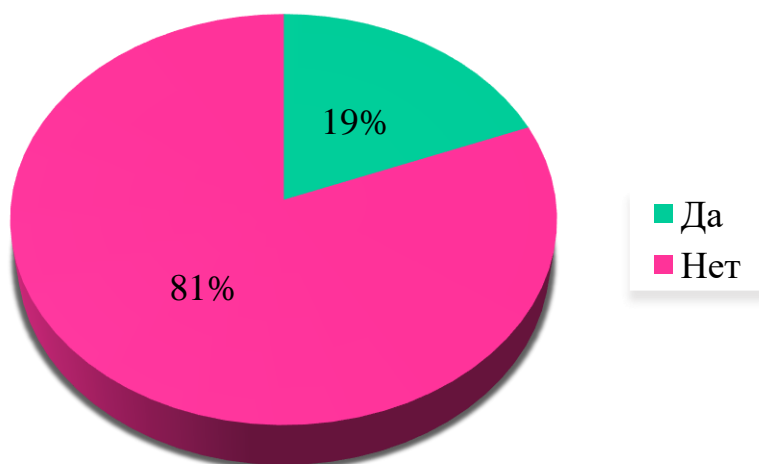


Рис. 17. Сопутствующие заболевания

На вопрос «Есть ли у Вас наследственные заболевания» 87% отрицают существование в их жизни наследственных заболеваний и только 13% подтвердили об их существовании (Рис. 18).

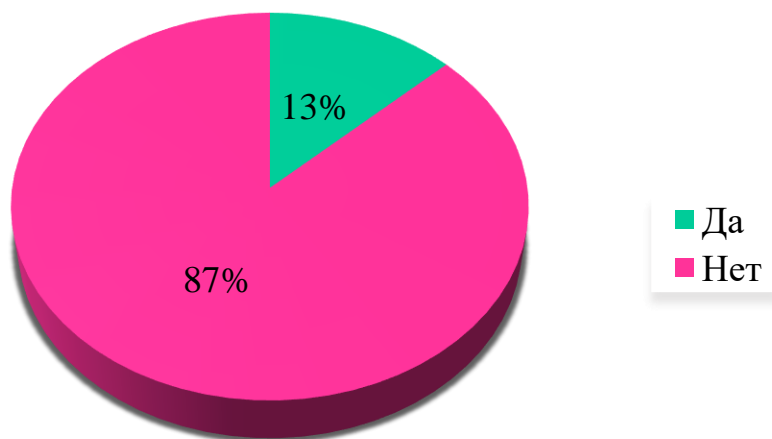


Рис. 18. Наследственные заболевания

И самый последний, но тоже очень важный вопрос, который мы задали нашим респонденткам «Как часто вы посещаете гинеколога» 22% ответили,

что посещают гинеколога раз в 6 месяцев или даже чаще, 26% посещают врача раз в год и 52% посещают раз в 2- 3 года или же реже (Рис. 19).

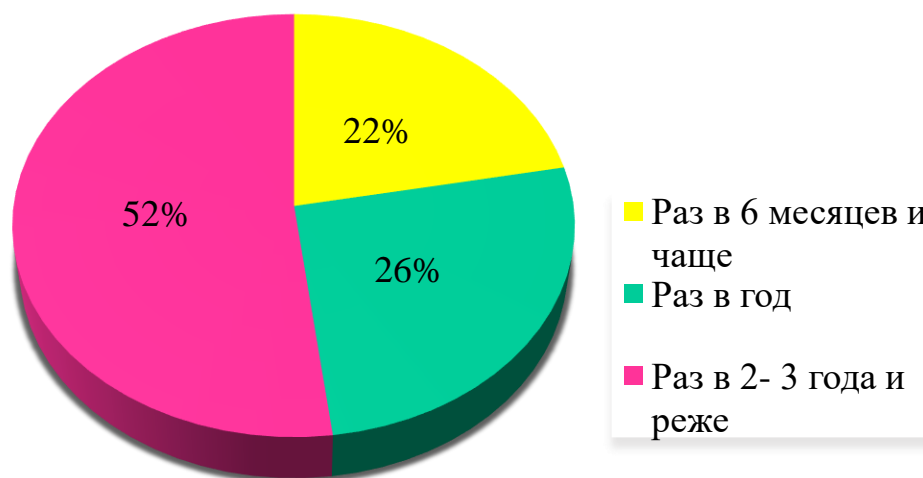


Рис. 19. Частота посещения гинеколога

По результатам полученного исследования, были проанализированы данные и составлены рекомендации профилактики для женщин с нарушением менструального цикла. Чтобы нормализовать менструальный цикл необходимо:

- 1) Отказ от курения и употребления алкоголя.
- 2) Меньше подвергаться стрессовым ситуациям.
- 3) Вести активный образ жизни.
- 4) Сбалансированное питание.
- 5) Следить за регулярностью менструального цикла и если регулярность нарушена, следует обратиться к специалисту.
- 6) Также следить за количеством дней менструации.
- 7) Не оставлять без внимания кровянистые выделения между циклами.
- 8) Регулярность половой жизни.
- 9) Предупреждение и своевременное лечение сопутствующих заболеваний.

10) Не забывать посещать кабинет гинеколога



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В введении обоснована актуальность темы, цели и задачи дипломной работы. В первой главе рассмотрены все теоретические вопросы, связанные с нарушением менструального цикла. Во второй проведено исследование и анализ, представленного женщинам тестирования

Нарушения менструального цикла — это не заболевание, а всего лишь признак того, что произошел какой-то сбой в работе внутренних половых органов. Дефекты в гормональной системе обычно стоят в истоках нарушения цикла. При этом не обязательно, чтобы эти дефекты касались именно половых гормонов.

В результате проведенного исследования мы сделали следующие выводы:

1. Нарушения менструального цикла — это не болезнь, но не стоит закрывать глаза на данную проблему, ведь эта патология может привести к заболеваниям, о которых даже страшно подумать.

2. Нарушение менструального цикла приводит к существенному снижению качества жизни.

3. Нарушение менструального цикла — это не заболевание, но это нарушение таит в себе подводные камни — возможность развития осложнений. И, как правило, жизни пациента угрожает не сама патология, а различные по тяжести осложнения.

4. Патология менструального цикла излечить возможно, но лучше всего — это профилактика и, таким образом, возможно максимально снизить риск дальнейшего развития болезни.

Разработаны методы профилактики нарушений менструального цикла у женщин. В результате проделанной работы можно сделать вывод, что нужно рекомендовать женщинам отказаться от курения и употребления алкогольных напитков, меньше подвергаться стрессовым ситуациям, вести

активный образ жизни и сбалансированно питаться. Следить за регулярностью менструального цикла и за количеством дней менструации, пропагандировать частое посещение кабинет гинеколога.

Таким образом, грамотно организованная профилактическая работа и вовремя замеченные признаки, способствуют снижению развития нарушения менструального цикла. Для достижения положительного результата акушерка должна создавать мотивацию у пациенток к изменению образа жизни, для этого необходимо организация рационального режима труда и отдыха, правильное питание - всё это в большей мере зависит от самих пациенток.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л. В. Комплексный подход к диагностике, хирургической коррекции и реабилитации больных при сочетании аномалий развития матки и влагалища с эндометриозом [Текст] // Л. В. Адамян, К. Н. Фархат, З. Н. Макиян // Проблемы репродукции. - 2016. - № 3. - С. 90.
2. Байсова Б. И. Гинекология [Текст] // Б. И. Байсова и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. —4-еизд., перераб. и доп. — М. :ГЭОТАР-Медиа,2012. — С.432.
3. Буланов, М. Н. Ультразвуковая гинекология [Текст] // курс лекций. Ч. 2. Гл. 14-24 / М. Н. Буланов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Видар, 2012. – С.456.
4. Васильев А. Ю. Ультразвуковая диагностика в детской андрологии и гинекологии [Текст] // учеб. пособие - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.152.
5. Кира Е.Ф., Ю.В. Цвелев, С.В. Бескровный. Заместительная гормональная терапия постовариоэктомического синдрома [Текст] // Журнал акушерства и женских болезней. 1999. № 1 — С. 22.
6. Мацца Д. правочник по гинекологии [Текст] // Д. Мацца; пер. с англ. Под ред. Г.Т. Сухих, И.А. Аполохиной. – М.: Практическая медицина, 2017. – С.568.
7. Мёллер Т. Б. Норма при КТ- и МРТ-исследованиях [Текст] // под общ. ред. Г. Е. Труфанова, Н. В. Марченко ; пер. с англ.. - Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – С.256.
8. Пауэрстейн К. Дж. Гинекологические нарушения: дифференциация, диагностика и терапия [Текст] // Пер. с англ. М.: Медицина, 2008. — С.592 .

9. Пестрикова, Т. Ю. Медикаментозная терапия в практике акушера-гинеколога [Текст] // руководство / Т. Ю. Пестрикова, Е. А. Юрасова, И. В. Юрасов. - Москва : Литтерра, 2011. – С.512.
10. Славянова И.К. Акушерство и гинекология [Текст] // И.К. Славянова. – Изд. 2-е. Ростов н/Д: Феникс, 2018. – С. 573.
11. Сметник, В. П. Генитоуринарный менопаузальный синдром: новый термин, обоснование и дискуссия [Текст] // В. П. Сметник // Акушерство и гинекология. - 2016. - № 4. - С.30.
12. Сметник В.П., Л.Г. Тумилович. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей [Текст] // М.: Мед. инф. агентство, 2000 — С.328.
13. Сперанская Н.В., Н.Д. Фанченко. Современные представления о нейроэндокринном контроле менструального цикла [Текст] // Акушерство и гинекология. 2011. N 5. — С. 26.
14. Шестакова И.Г., Симоновская Х.Ю. Нарушения менструального цикла в молодом возрасте: новые цели — проверенные средства [Текст] // И.Г. Шестакова, Х.Ю. Симоновская; под ред. В.Е. Радзинского. — М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2016. — С.50.
15. Фанченко, Н.Д., Г.А. Анашкина, И.Г. Торганова. О гормональной регуляции менструального цикла [Текст] // Акушерство и гинекология, 2011. № 5. С.21.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Анкета для выявления профессиональной деятельности акушерки для диспансеризации с нарушением менструального цикла.**

*Уважаемый респондент! Просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы анкеты. Анкетирование проводится анонимно. Обработанные данные не разглашаются, просим более достоверно ответить на представленные ниже вопросы.*

Укажите свой возраст \_\_\_\_\_.

1. Есть ли у вас вредные привычки, такие как:
  - А) Употребление табачных изделий;
  - Б) Употребление алкоголя;
  - В) Употребления наркотических средств;
  - Г) Ничего из этого.
2. Как часто вы испытываете сильный стресс:
  - А) 3 раза в неделю и чаще;
  - Б) 1- 2 раза в неделю;
  - В) 2- 3 раза в месяц и реже;
  - Г) Я не испытываю стресса.
3. Активный ли образ жизни Вы ведете
  - А) Активный;
  - Б) Малоподвижный;
  - В) Сидячий.
4. Рационально - сбалансированное ли у Вас питание:
  - А) Да;
  - Б) Иногда;
  - В) Нет.
5. Укажите возраст наступления первой менструации: \_\_\_\_\_
6. Выберите вариант ответа, который относится к Вам:
  - А) Менструальный цикл регулярный;
  - Б) Менструальный цикл нерегулярный.
7. Укажите количество дней менструации: \_\_\_\_\_
8. Характер кровопотери при менструации:
  - А) Обильные;
  - Б) Умеренные;
  - В) Скудные.
9. У вас бывают кровянистые выделения между менструациями:
  - А) Да, каждый цикл;
  - Б) Да, но не каждый цикл;
  - В) Ранее было, но уже нет;

- Г) Нет, никогда.
10. Испытываете ли вы болевой синдром во время менструации:  
А) Да, то Укажите степень выраженности болевого синдрома по 5-ти бальной шкале, где 5 баллов наибольшая степень выраженности  
а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5;  
Б) Нет.
11. Во время менструации бывают ли у вас:  
А) Тошнота;  
Б) Рвота;  
В) Диарея;  
Г) Запоры;  
Д) Все перечисленное;  
Е) Ничего из этого.
12. Укажите регулярность половой жизни:  
А) Регулярный;  
Б) Не регулярный.
13. Частота смены половых партнеров за последние пол года:  
А) Часто;  
Б) Редко;  
В) Никогда.
14. Были ли у вас ранее перенесенные гинекологические заболевания:  
А) Да;  
Б) Нет.
15. Присутствуют ли сейчас сопутствующие заболевания:  
А) Да;  
Б) Нет.
16. Есть ли у Вас наследственные заболевания:  
А) Да;  
Б) Нет.
17. Как часто вы посещаете гинеколога:  
А) Раз в 6 месяцев и чаще;  
Б) Раз в год;  
В) Раз в 2-3 года и реже.

***Спасибо за участие!***