

“ЗАТВЕРДЖЕНО”  
на методичному засіданні  
кафедри акушерства та  
гінекології УМСА  
“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 200  
протокол № \_\_\_\_\_.  
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ  
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ  
V курсу медичного факультету

ТЕМА: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОЇ МЕТРОПАТІЇ (ЮВЕНІЛЬНОГО,  
ДІТОРОДНОГО ТА КЛІМАКТЕРІЧНОГО ВІКУ).

Кількість навчальних годин 2

ТЕМА: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОЇ МЕТРОПАТІЇ (ЮВЕНІЛЬНОГО,  
ДІТОРОДНОГО ТА КЛІМАКТЕРІЧНОГО ВІКУ).

#### I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Жінки з різними порушеннями менструального циклу складають 7-10% всіх гінекологічних хворих. Наслідки цих станів дуже важливі – це як порушення фізичного стану жінки, її працездатності, так і безпліддя, неповноцінність статевої функції, що нерідко приводить до розвалу сім’ї.

В групу дисфункціональних маткових кровотеч прийнято відносити порушення менструальної функції, яке проявляється матковими кровотечами, при яких не виявляється виражених змін у статевих органах. В основі патогенезу ДМК лежать порушення гіпоталамо-гіпофізарної регуляції

Ось чому детальне і глибоке вивчення механізмів регуляції менструального циклу, методи діагностики його порушень та способів лікування є одним із важливих розділів гінекології і має важливе значення у підготовці лікаря.

#### II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ.

2.1 Студент повинен знати:

поняття нормального менструального циклу

зміни в яєчниках і матці під час менструального циклу

взаємозв’язок між функцією яєчників і гіпоталамо-гіпофізарною ділянкою

теоретичні основи методів функціональної діагностики діяльності яєчників

етіологію та патогенез геморагічної метропатії,

тести функціональної діагностики, які використовуються для визначення функції яєчників,

класифікацію порушень менструального циклу (ДМК),

клініку, діагностику і диференційну діагностику геморагічної метропатії,

лікування геморагічної метропатії ювенільного, дітородного та клімактеричного віку,

принципи лікування різних форм дисфункціональних маткових кровотеч

диференційну діагностику різних форм дисфункціональних маткових кровотеч та принципи їх лікування.

2.2 Студент повинен опанувати практичними навичками (вміти):

оволодіти методикою збору анамнезу при порушеннях менструального циклу,

скласти схему обстеження жінки з геморагічною метропатією,

з’ясувати значність тестів функціональної діагностики діяльності яєчників,

сформувати діагноз,

скласти план лікування хворої з геморагічною метропатією,

взяти мазок та оцінити результати кольпоцітограми,

оцінити данні базальної температури, феномена ”зіниці”, ”папароті”.



### III МАТЕРІАЛИ ДОАУДІТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

#### 3.1 МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ.

Дисципліна	Знати	Вміти

#### 3.2 ТЕЗИ ЗМІСТ ТЕМИ.

##### Дисфункціональні маткові кровотечі

Дисфункціональними зветься такі кровотечі, які виникають внаслідок порушення циклічного виділення гормонів, що регулюють менструальний цикл, при відсутності виражених анатомічних змін в статевому апараті. ДМК спостерігаються у дівчаток (ювенільні кровотечі), у жінок в період статевої зрілості та в клімактеричному періоді. За патогенезом розрізняють овуляторні (при наявності овуляції, коли скорочується або подовжується одна із фаз циклу) та ановуляторні маткові кровотечі (при відсутності овуляції).

##### Овуляторні маткові кровотечі

Для цієї форми ДМК характерна наявність овуляції, однак ритмічність секреції гормонів яєчника порушена.

Виділяють 3 основні варіанти цієї патології:

1. Скорочення фолікулінової фази циклу.
2. Скорочення лютеїнової фази циклу.
3. Подовження лютеїнової фази циклу.

Крім того, до цієї групи порушень менструального циклу відносяться овуляторні міжменструальні кровотечі. Скорочення фолікулінової фази при збереженні лютеїнової обумовлено порушенням функції гіпофіза. Частіше подібні порушення виникають в період статевого дозрівання при ще невстановленій менструальній функції. Фолікулінова фаза при цьому триває 7-8 днів внаслідок прискореного дозрівання фолікула і ранньої овуляції, а весь цикл зменшується до 14-21 днів. У цієї групи жінок менструації відбуваються частіше, ніж в нормі (пройоменорея); вони тривалі і рясні (гіперполіменорея), що пояснюється тим, що ендометрій в першій фазі циклу виявляється недостатньо підготовлений до дії прогестерону, тому в лютеїнову фазу не досягає необхідного ступеня секреторної трансформації і десквамується великими пластами.

Скорочення лютеїнової фази пов'язане з атрезією жовтого тіла і є найчастішим видом овуляторних кровотеч. Лютеїнова недостатність частіше пов'язана з порушенням лютеїнізуючої і лютеотропної функції при хронічних запальних процесах. Внаслідок зниження продукції прогестерону жовтим тілом яєчника секреторна фаза виявляється неповноцінною і короткою.

Клінічно ця патологія характеризується скороченням менструального циклу і підвищеною інтенсивністю менструальної кровотрати (пройоменорея, гіперполіменорея). Нерідко такі жінки страждають функціональним непліддям.

Подовження лютеїнової фази менструального циклу обумовлено персистенцією зрілого або незрілого жовтого тіла при повноцінній I, фолікулінової, фазі менструального циклу. При персистенції зрілого жовтого тіла відмічається гіперпродукція прогестерону, тому слизова оболонка матки дуже розростається до появи кровотечі. Кровотеча настає в строк або після деякої затримки. З кожним разом вони стають все тривалішими, ряснішими; іноді продовжуються до 1-1,5 місяці.

Овуляторна міжменструальна кровотеча регулярно з'являється на 10-12 день після закінчення менструації і співпадає за часом з овуляцією.

Лікування при овуляторних міжменструальних кровотечах проводиться тільки при значних кровотратах шляхом призначення комбінованих оральних однофазних контрацептивів по 1 таблетці з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 3-4 місяців.

##### Ановуляторні (однофазні) маткові кровотечі

Виникають ациклічно з інтервалами 1,5-6 місяців, тривають звичайно більше 10 днів. Ациклічні кровотечі зумовлені персистенцією фолікула або його атрезією; циклічні — короткочасною ритмічною персистенцією фолікула. Розрізняють ациклічні кровотечі за віком, в якому вони виникають.

Ювенільні кровотечі — це особливий тип ановуляції, при якому відбувається атрезія фолікула, який не досяг овуляторної стадії зрілості. Це пояснюється незрілістю в пубертатному віці гіпоталамо-гіпофізарних структур і нездатністю їх до ритмічного виділення РГЛГ і гонадотропінів, що в свою чергу зумовлює порушення фолікулогенезу в яєчниках і виникає ановуляція. Продукція естрогенів має відносно монотонний, але тривалий характер, прогестерон утворюється в незначній кількості. Стимулююча дія ПГЕ2 викликає проліферацію ендометрію; при дефіциті прогестерону ендометрій гіперплазується і в ньому відбувається залозисто-кістозні зміни. Маткові кровотечі виникають внаслідок нерівномірного відторгнення ендометрію.

ДМК репродуктивного віку частіше всього виникають внаслідок персистенції зрілих фолікулів із надмірною продукцією естрогенів. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, виникає прогестерондефіцитний стан і абсолютна гіперестрогенія. В результаті подовжується час проліферації ендометрію і інтенсивність цього процесу. Розвиваються гіперпластичні зміни (залозно-кістозна гіперплазія). При рецидивуючій ановуляції в

сполученні з гіперестрогенією виникає підвищений ризик розвитку аденоматозу з атиповими змінами в гіперплазованому ендометрії. Джерелом кровотеч є ділянки гіперплазованого ендометрію з вогнищами дистрофії, некрозу і послідуячого відторгнення.

Маткові кровотечі в предменопаузальному віці (клімактеричні) виникають внаслідок вікового порушення циклічного виділення гонадотропнів, поцесу дозрівання фолікулів і їх гормональної функції. Формується лютеїнова недостатність з неповноцінністю жовтого тіла, яка переходить в ановуляторну дисфункцію яєчників. Характерна відносна гіперестрогенія на фоні абсолютної гіпопрогестеронемії. Кровотечі відбуваються із гіперплазованого ендометрію з вогнищами некрозу.

Геморагічна метрорпатія (довготривала персистенція фолікула, хвороба Шредера) розвивається внаслідок тривалої (2-6 тижнів) персистенції зрілого фолікула. Овуляція не відбувається, жовте тіло не утворюється, а фолікул постійно зазнає зворотного розвитку. Тривале існування фолікула супроводжується надмірним вмістом естрогенів, що викликає патологічну проліферацію із залозисто-кістозною гіперплазією ендометрію, поліпозним його розростанням і порушенням живлення в ньому, що спричиняє дистрофічні зміни, некроз і безладну десквамацію. Кровотеча звичайно значна, тривала і виникає після 2-6-тижневої затримки менструації. Жінки страждають на неплідність, порушення функції інших органів і систем, а разі тривалих кровотеч можливий розвиток гіпохромної анемії.

Діагностика. При збиранні анамнезу завжди необхідно звертати особливу увагу на ряд факторів, які можуть сприяти виникненню порушень менструального циклу: перенесені дитячі інфекції, екстрагенітальні захворювання, ендокринні розлади, порушення функції нервової системи, інфантилізм, несприятливі умови праці і побуту.

Диференційний діагноз ювенільних кровотеч проводять із захворюваннями крові, які супроводжуються підвищеною кровоточивістю (тромбоцитопенічна пурпура), гормонально-активною пухлиною яєчника, міомою, саркомою матки, раком шийки матки, порушеною вагітністю. Для проведення диференціального діагнозу використовують детальний аналіз згортальної системи крові, УЗД, кольпоскопію з застосуванням піхвових дзеркал для дівчаток. Визначають в сечі рівень естрогенів, пригнандіолу, 17-КС.

Диференційний діагноз ДМК репродуктивного віку проводять з порушеною матковою вагітністю, плацентарним поліпом, міомою матки із підслизовим та міжм'язовим розташуванням вузла, поліпами ендометрію, аденоміозом, раком ендометрію, позаматковою вагітністю та ін. Певне значення для встановлення правильного діагнозу має ретельно зібраний анамнез. Основний етап діагностики — роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки каналу шийки матки і порожнини тіла, та її гістологічне дослідження.

Проводять також гістероскопію, УЗД.

Клімактеричні ДМК диференціюють з аденокарциномою ендометрію, міомою, поліпами, аденоміозом, гормонально-активними пухлинами яєчників та ін. Роздільне вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу та тіла матки з послідуячим гістологічним дослідженням одержаного матеріалу є обов'язковим лікувально-діагностичним етапом.

Лікування ставить дві задачі: 1. Зупинити кровотечу. 2. Відвернути її рецидив.

При ювенільних кровотечах гемостаз можливий за допомогою гормональних препаратів і шляхом вишкрібання порожнини матки. Вибір методу гемостазу залежить від загального самопочуття хворої і ступеню крововтрати. Хворим, які не мають ефекту від консервативного лікування та тим, які мають довготривалу значну кровотечу із скаргами на слабкість, запаморочення, зниження артеріального тиску, тахікардію, при рівні гемоглобіну нижче 70г/л та гематокриті 20%, слід виконати вишкрібання порожнини матки. В інших випадках проводять гормональний гемостаз.

В останні роки найкращий ефект при гормональному гемостазі досягається при використанні комбінованих естроген-гестагенних препаратів (нон-овлон, рігевідон, мінізістон, марвелон, силест). Їх призначають 3-4 рази на день по 1 таблетці. При досягненні гемостазу поступово знижують дозу до 1 таблетки на день. Курс лікування становить 21 день. Через 1-2 дні після його закінчення починається менструальноподібна кровотеча. З 5-го дня нового менструального циклу проводять прийом тих же препаратів у дозі 1/2-1 таблетка на день протягом 21 дня. Рекомендовано провести 3 курси підтримуючої терапії.

У разі незначної кровотечі (при рівні гемоглобіну вище 100г/л) можливе проведення негормональної гемостатичної терапії:

а) скорочуючі матку засоби — оксітоцин, пітуїтрин, розчини ергометрину малеату;

б) кровозупиняючі засоби — кальцію хлорид або глюконат 10%—10мл внутрішньовенно; розчин вікасолу;

розчин  $\Sigma$ -амінокапронової кислоти. Застосовується свіжозаморожена плазма. Сприяє лікуванню прийом гемостатичних рослин у вигляді відвару кропиви, водяного перцю, калини, деревію, кровохльбки, грициків.

Одночасно з хірургічним або гормональним гемостазом проводять активну протианемічну та загальнозміцнюючу терапію, що включає в себе: переливання крові, еритроцитарної маси та плазми при наявності показань; переливання реополіглокіну,; препарати заліза: ферковен, ферроплекс, фемотек, фероградумент, ферум-лек; ціанкобаламін (вітамін В12) з фолієвою кислотою; розчин глюкози внутрішньовенно із аскорбіновою кислотою, вітаміни В1 почергово із вітаміном В6; вітаміни Е і А.

За наявності інфекційно-алергічних захворювань призначають антигістамінні засоби та препарати, що підвищують імунологічну резистентність організму: метілурацил, декаріс, апілак, спленін, краплі Береша, тималін, Т-активін, ехінацея; мексалін для стимуляції функції гіпофізу та нормалізації обміну серетоніну;

Фізіотерапевтичні методи лікування: 2% розчин сірчаноокислої міді в I фазу циклу і 2% розчин сірчаноокислого цинку в II фазу у вигляді іонофорезу на нижню частину живота; ендоназальна іоногальванізація з 2% розчином вітаміну В1 при ановуляторних гіпоестрогенних кровотечах, або із 0,25-0,5% розчином новокаїну при гіперестрогенних кровотечах. На курс лікування пропонується 12-15 процедур щоденно або через день. Для лікування ДМК застосовують також голкорексфлексотерапію, акупунктуру, лазеропунктуру, холодове подразнення рецепторів шийки матки, електростимуляцію шийки матки.

Другим етапом лікування ювенільних кровотеч є профілактика рецидиву кровотечі. Для цього призначають естроген-гестагенні препарати протягом 3-4 місяців. Можливе використання чистих гестагенів.

При протипоказаннях до гормонального лікування застосовують метод Грамматікаті: введення в порожнину матки 5% розчин йоду за допомогою шприця Брауна.

Після кюретажу матки хворі підлягають диспансерному нагляду і контролю за станом менструального циклу по тестам функціональної діагностики. При відновленні фазності менструального циклу лікування не потрібне.

При виникненні кровотечі у жінок в клімактеричному періоді для виключення наявності передракових станів і пухлин лікування слід починати з діагностичного фракційного вискрібання цервікального каналу та слизової оболонки порожнини матки. Жінкам до 48 років при залозисто-кістозній гіперплазії призначають 17-ОПК по 125-250 мг на 14-й, 17-й, 21-й день після вискрібання і потім продовжують його введення в тій же дозі ті ж самі дні циклу протягом 4-6 місяців. Норколут призначають по 5-10 мг з 16 по 25 день циклу також 4-6 місяців. Жінкам після 48 років, особливо при рецидивуючій гіперплазії рекомендується терапія, спрямована на пригнічення менструальної функції. Їм призначають 17-ОПК по 250 мг в безперервному режимі 2 рази на тиждень протягом 6 місяців. Краще застосовувати даназол по 400 мг кожного дня або гестрінон по 5 мг 2 рази на тиждень протягом 4-6 місяців, які усувають гіперплазію ендометрію завдяки своїй антигонадотропній активності.

Лікування андрогенами рекомендоване при повторних кровотечах жінкам у віці старше 50 років, у яких гістологічно виявлені гіпопластичні атрофічні зміни ендометрію. Використовують андрогени тривалої дії: омнандрен або сустанон-250 1 раз на місяць або тестенат по 1мл 10% розчину 2 рази на місяць протягом 3-4 місяців.

Обов'язковою є корекція обмінно-ендокринних порушень: ожиріння, гіперглікемії та гіпертензії.

Хірургічне втручання (надпихову ампутацію або екстирпацію матки) виконують по наступним показанням: аденокарцинома ендометрію, атипична гіперплазія ендометрію в поєднанні з аденоматозом, міома матки різноманітної локалізації та ін. Диспансерне спостереження за жінками з порушенням менструальної функції, дисфункціональними матковими кровотечами проводиться протягом одного року після нормалізації менструального циклу і стійких гематологічних показників.

### 3.3 РЕКОМЕНДОВАНА Література

#### 8.1. Основна:

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П.. Акушерство, 1998. – С. 421-422.

Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство. – М.: “МИА”, 1997. – С. 404-414.

Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г.Ю. Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. – Киев: Здоров'я, 1990.– 198 с.

#### 8.2. Додаткова:

Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1995. – С. 120-140.

Дуда И.В., Дуда. В.И. Клиническое акушерство, 1997. – С. 413-431.

Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. “Этюды критической медицины” т 3.– Петрозаводск: Изд-во ПГУ, 1997. – С. 253-287.

### 3.4 Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою.

Основні завдання	Вказівки до учбових дій
Етіологія та патогенез геморагічної метропатії ювенільного, дітородного, клімактеричного періоду.	Використайте рекомендовану літературу.
Клінічна картина геморагічної метропатії.	Опешіть клініку геморагічної метропатії у різних вікових групах.
Діагностика геморагічної метропатії ювенільного, дітородного, клімактеричного періоду.	Застосуйте необхідні методи дослідження в гінекології.
Додаткові методи обстеження.	Застосуйте додаткові методи дослідження.
Діференційна діагностика.	Проведіть диференційну діагностику з іншими порушеннями менструального циклу.
Принципи лікування геморагічної метропатії ювенільного, дітородного, клімактеричного періоду.	Перерахуйте основні принципи лікування порушень менструального циклу.

Профілактика.	Перерахуйте основні методи поперед- ження захворювання.
---------------	---

А. Питання для самоконтролю:

Поняття нормального менструального циклу.

Зміни в яєчнику і матці під час менструального циклу.

Взаємозв'язок між функцією яєчників, гіпофізом та гіпоталамусом.

Класифікація порушень менструального циклу(ДМК).

Етіологія та патогенез геморагічної метропатії.

Тести функціональної діагностики, які використовуються для виявлення функції яєчників.

Принципи лікування різних форм дисфункціональних маткових кровотеч.

Б. Тести для самоконтролю:

(І рівня)

Альгодисменорея може бути зумовлена всім перерахованим нижче, крім:

- А. генітального інфантилізму;
- В. аномалій розвитку статевих органів;
- С. дисплазії шийки матки;
- Д. генітального ендометріозу;
- Е. ретродевіації матки.

Найбільш частим механізмом розвитку дисфункціональних маткових кровотеч в ювенільному періоді є:

- А. гіполютеїнізм;
- В. персистенція фолікулів;
- С. атрезія фолікулів;
- Д. гіперпролактинемія;
- Е. порушення у згортувальній системі крові.

Олігодисменорея - це:

- А. рідкі і скудні менструації;
- В. рідкі і хворобливі менструації;
- С. зменшення крововтрати під час менструації;
- Д. міжменструальні скудні кров'янистий виділення;
- Е. нічого з перерахованого вище.

Ановуляторні циклічні маткові кровотечі є варіантом норми в:

- А. пубертатному періоді;
- В. перименопаузальному періоді;
- С. в період лактації;
- Д. у всіх перерахованих випадках;
- Е. такі кровотечі не можуть бути віднесені до норми.

Метрорагія - це:

- А. зміна ритму менструації;
- В. збільшення крововтрати під час менструації;
- С. збільшення тривалості менструації;
- Д. ациклічні маткові кровотечі;
- Е. рідкі менструації.

Менорагія - це:

- А. ациклічні маткові кровотечі;
- В. циклічні маткові кровотечі;
- С. хворобливі і рясні менструації;
- Д. пре- і постменструальні кров'янисті виділення;
- Е. зменшення тривалості менструального циклу.

Основним методом зупинки дисфункціональної маткової кровотечі у пременопаузальному періоді є:

- А. застосування синтетичних естроген-гестагенних препаратів;
- В. введення кровоспинних засобів і, що скорочують матку;
- С. використання андрогенів;
- Д. застосування 17-оксипрогестерона капронату (17-ОПК) в безперервному режимі;
- Е. роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки порожнини матки і шийкового каналу

Тести II рівня

З метою регуляції менструального циклу у дівчинок пубертатного періоду використовують:

- циклічну вітамінотерапію;
- нормовані фізичні чинники і голкорексотерапію;
- циклічну гормональну терапію;
- комбіновані естроген-гестагенні препарати.

Гормональний гемостаз неефективний при маткових кровотечах, які зумовлені:

- тривалою персистенцією фолікула;
- затримкою залишків плідного яйця в порожнині матки;
- атрезією фолікулів;
- міомою матки з підслизовим розташуванням вузла

Основними методами зупинки дисфункціональних маткових кровотеч в пубертатном періоді є:

- призначення комбінованих естроген-гестагенних препаратів за гемостатичною схемою;
- застосування антигонадотропінів;
- використання великих доз естрогенів;
- вишкрібання слизової оболонки тіла матки.

Укажіть механізм дії естрогенів при проведенні гормонального гемостазу:

активна проліферація ендометрія;  
підвищення тонуусу міометрія;  
блокада фолітропіну і нормалізація співвідношення лютеотропін/фоллітропін;  
відторгнення (десквамація) ендометрія.

Для профілактики рецидивів дисфункційних маткових кровотеч в репродуктивному періоді застосовують:  
препарати, стимулюючі овуляцію;  
комбіновані естроген-гестагенні препарати;  
«чисті» гестагени;  
циклічну гормональну терапію.

Під впливом 17-оксипрогестерона капронату відбувається:  
зниження мітотичної активності залозистого епітелію;  
секреторна трансформація ендометрія;  
підвищення диференціювання атипового ендометрія;  
стимуляція утворення і виділення гонадотропних гормонів.

Найбільш вірогідні причини порушення менструальної функції у хворих хронічним запаленням додатків матки:  
гіполютеїзм;  
злуковий процес в черевній порожнині;  
ановуляція;

4. порушення цирхорального ритму секреції гонадотропін-релізінг-гормону.

У патогенезі дисфункціональних маткових кровотеч основне значення мають:

1. порушення цирхорального ритму виділення релізінг- чинника гонадотропних гормонів;
2. порушення циклічного утворення і виділення гонадотропінів;
3. порушення процесів зростання і дозрівання фолікулів в яєчниках;
4. відсутність овуляція.

Які зміни в організмі дівчинки передують першій менструації:

«стрибок» росту;  
збільшення молочних залоз;  
початок росту волосся на лобку і в пахвових западинах;  
збільшення маси наднирників.

Для дисфункціональних маткових кровотеч за типом атрезії фолікулів характерно:  
каріопікнотичний індекс нижче за 30 %;  
монофазна базальна температура;  
слабо виражений симптом «зіниці»;  
гіперплазія ендометрію.

19. Які патологічні зміни ендометрію можливі у хворих з рецидивуючими ановуляторними матковими кровотечами:

залозисто-кістозна гіперплазія;  
атипова гіперплазія;  
ендометріальний поліп;  
аденокарцинома.

Для дисфункціональних маткових кровотеч по типу персистенції фолікула характерно:  
каріопікнотичний індекс нижче за 30 %;  
монофазна базальна температура;  
затримка менструації до 3 міс і більш;  
гіперплазія ендометрію.

В. Задачі для самоконтролю

Жінка 47 років скаржиться на помірні кров'янисті виділення із статевих шляхів, які з'явилися після затримки менструації на 2 місяці і продовжуються вже 3-й тиждень. Піхвове дослідження: шийка чиста, матка не збільшена, рухома, безболісна, додатки не пальпуються, склепіння глибокі, безболісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Аборт, що розпочався
- B. Аденоміоз
- C. Рак тіла матки
- D. Дисфункціональна маткова кровотеча
- E. Субмукозна фіброміома

Дівчинка 14 років доставлена в гінекологічне відділення із скаргами на значні кров'янисті виділення протягом 3 днів. З анамнезу: менструації з 12 років, нерегулярні, з періодичними затримками до 10-15 днів. Статевим життям не живе. Екстрагенітальної патології не виявлено. При УЗД матка нормальних розмірів, яєчники без патологічних змін. Який діагноз?

- A. Ендометріоз внутрішній.
- B. ДМК дітородного віку.

- С. ДМК ювенільного віку.
- Д. Фіброміома матки.
- Е. Полікістоз яєчників.

#### IV. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ АУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

4.1 Перелік навчальних практичних завдань.

Оволобіти технікою діагностичного вишкрібання порожнини матки.

Провести загальне та гінекологічне обстеження.

Провести забор мазків на гормональну насиченість організму.

Проаналізувати дані гістологічного обстеження.

Проаналізувати результати аналізів крові та сечі на 17 КС, 17ОКС.

Встановити діагноз після проведення диференціальної діагностики геморагічної метрорпатії з іншими порушеннями менструального циклу.

Скласти план лікування хворої з урахуванням її віку.