

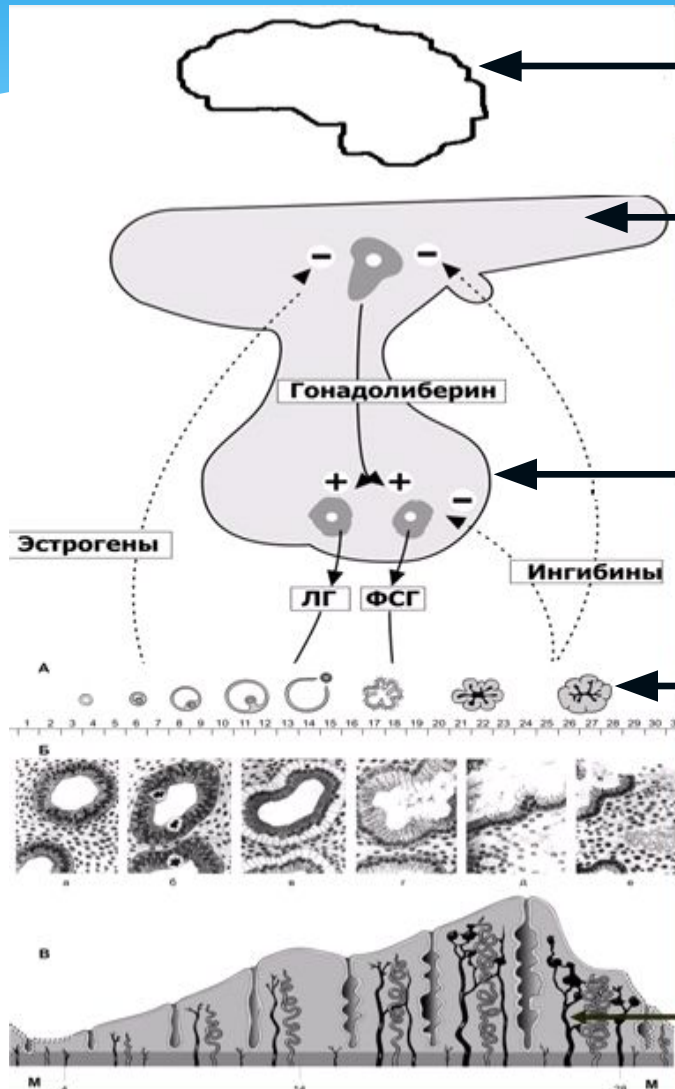
Акушерия және гинекология кафедрасы

**Етеккір функциясының бұзылыстары.
Аменорея. Гипоменструальды синдром.**

Дәріс жоспары

- * 1. Етеккір циклының бұзылыстарының жіктелуі
- * 2. Аменорея. Жіктелуі. Клиникалық көріністері. Диагностикасы. Емі.
- * 3. Гипоменструальный синдром. Клиникалық көріністері. Диагностикасы. Емі.
- * 4. Альгодисменорея. Классификация. Клиникалық көріністері. Диагностикасы. Емі.

Етеккір циклының реттелуі



Бас ми қыртысы

Гипоталамус *Етеккір циклының бұзылыстары патогенезінде*

Гипофиз

гипоталамус-гипофиз-аналық без-жатыр жүйесіндегі бұзылыстар болады.

Аналық без

Эндо метрий

Етеккір циклының бұзылыстарының жіктелуі

- * Аменорея
- * Дисфункционалдық жатырдан қан кетулер (ДЖҚ)
- * Гипоменструальды синдром
- * Альгодисменорея

Етеккір циклының бұзылыстарының жіктелуі

* Аменорея – етеккірдің 6 айдан аса болмауы.

* Циклдық бұзылыстар:

- гиперменорея

- гипоменорея

- етеккір уақытының ұзақтығының бұзылысы (полименорея, олигоменорея)

- етеккір ритмділігінің бұзылысы (пройоменорея, опсоменорея)

* Дисфункционалды жатырдан қан ағулар (ДЖҚ):

* Овуляторлық

* Ановуляторлық

* Альгодисменорея – ауру сезімді етеккір

Аменорея

Шынайы

Жалған

Патологиялық

Физиологиялық

Біріншілік

Екіншілік

Зақымдану деңгейі бойынша:

- Гипоталамустық
- Гипофизарлық
- Аналық бездік
- Жатырлық

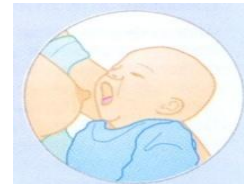
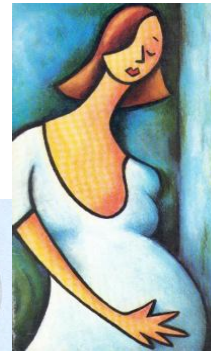
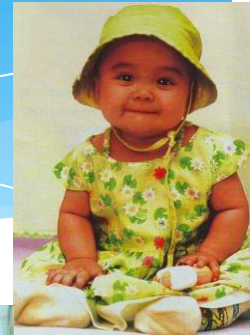
Қалқанша без, бүйрек үсті безі
функцияларының бұзылыстары

Етеккір циклының бұзылу себептері:

- * Шектен тыс психикалық күйзелістер
- * Қолайсыз әлеуметтік-тұрмыстық жағдай (гипо, авитаминоздар, ауыр физикалық жұмыс).
- * Өндірістік зиянды факторлар (рентген, сәулелену).
- * Инфекциялық аурулар (тұмау, туберкулез, септикалық аурулар).
- * Соматикалық аурулар (ревматизм, анемия, гепатиттер).
- * Көрші эндокринді бездердің қызметінің бұзылыстары (қалқанша без ауруы, бүйрек үсті безі)

Физиологиялық аменорея

- * Қыз балалардың жыныстық жетілу кезеңіне дейін
- * Жүктілік кезінде
- * Лактация
- * Менопауза



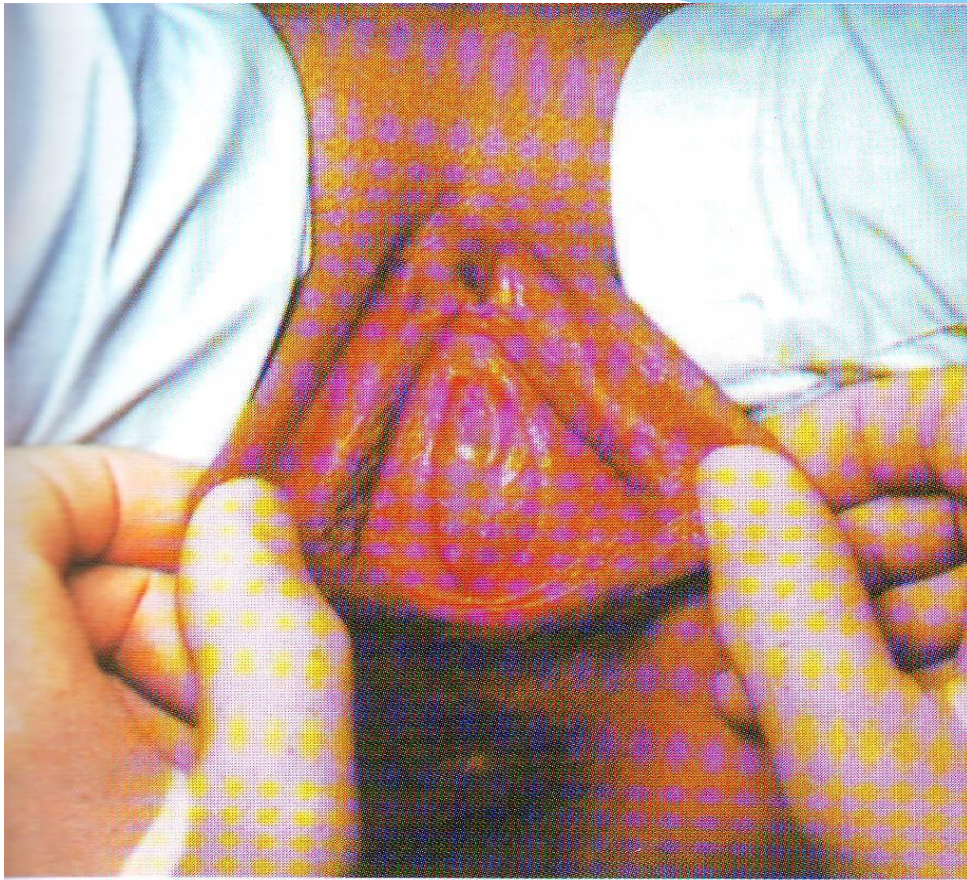
Жалған аменорея

Циклдық өзгерістер гипоталамус-гипофиз-аналық без-жатыр жүйесінде өткенімен, етеккірдің болмауымен сипатталады. Бұндай жағдайда етеккірдің болмауы механикалық кедергілерге байланысты болады:

- * Қыздық перденің жабық болуы,
- * Жатыр мойны өзегінің бітеліп қалуы,
- * Қынаптың атрезиясы
- * Жатырдың болмауы және жыныс мүшелерінің ақаулық дамуынан.

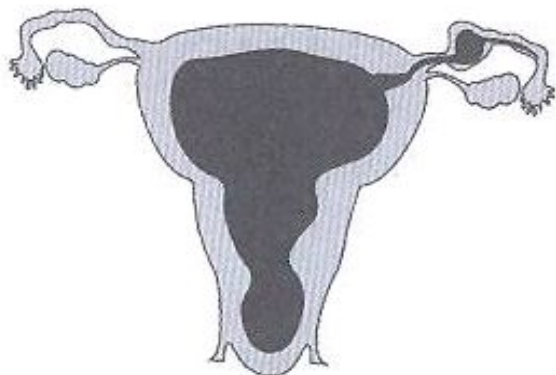
Сондықтан, етеккір кезінде бөлінген қан қынапта, жатырда, жатыр түтіктерінде жиналып қалып гематокольпос, гематометра және гематосальпинкс пайда болады.

Қыздық перденің бүтін болуы



Етеккір кезінде бөлінген кезде қан қынапта, жатырда, жатыр түтіктерінде жиналып қалып, гематокольпос, гематометра және гематосальпинкс пайда болады

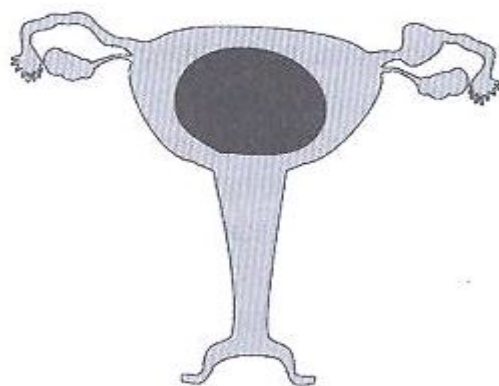
Жалған аменорея



Гимен атрезиясы



Қынап атрезиясы



Жатыр мойны мен қынап аплазиясы

Майер -Рокитанский - Кюстнер синдромы (Жалған аменорея)

- * Туа біткен жатыр мен қынаптың болмауы
- * Аналық безбен жатыр түтіктерінің фимбриалды бөлімдері бар.
- * Кариотип 46 XX
- * Гипоталамус гипофиз аналық без жүйесінің жұмысы бұзылмаған, екіншілік жыныстық белгілері дұрыс дамыған.
- * Емі – операция кольпопоз, жатыр трансплантациясы.

Біріншілік аменорея

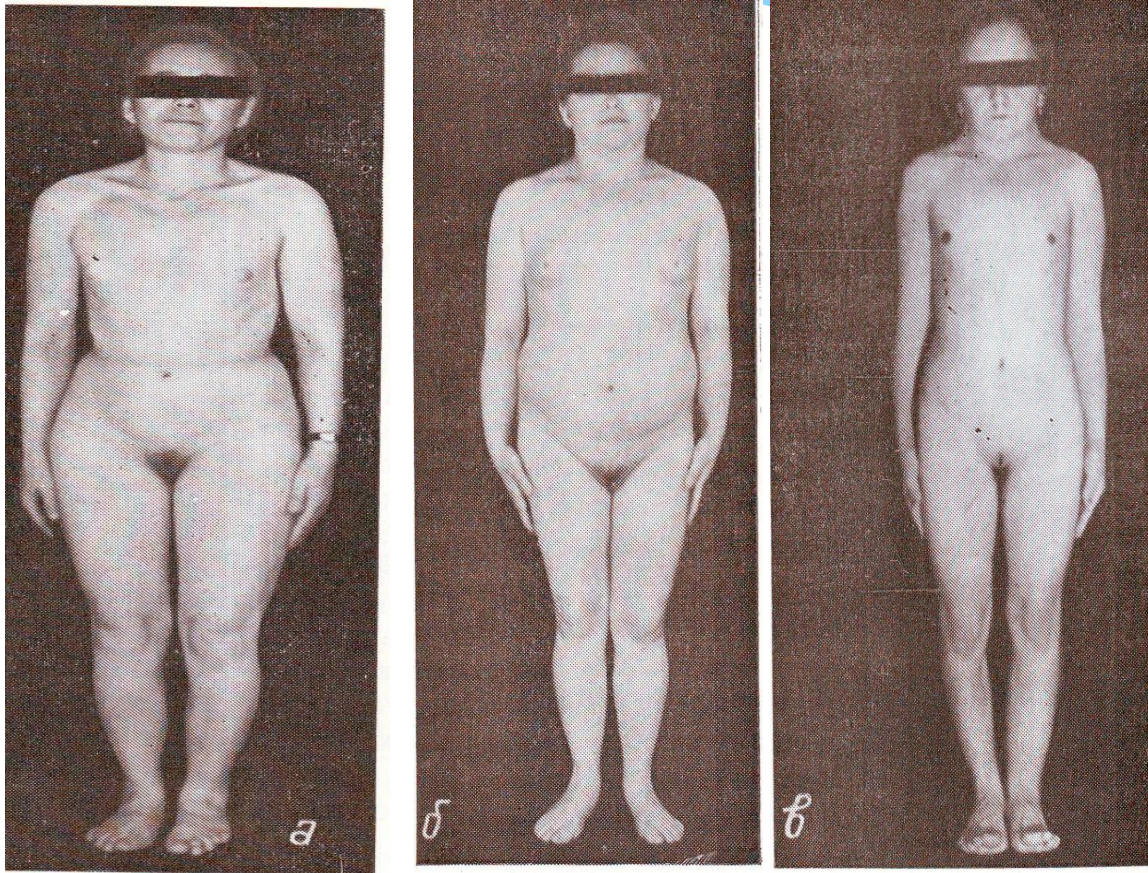
1. Гонадалардың дисгенезиясы (Шерешевский-Тернер синдромы)
2. Тестикулярлы феминизация (Морис синдромы)

Шерешевский-Тернер синдромы

гонадалар дисгенезиясының таза түрі

- * Біріншілік шынайы аналық бездік аменорея
- * Гонадалар (аналық бездер) дұрыс дамымағын
- * Кариотип 45 XO
- * Фенотип әйелдік тип
- * Аласа бойлы
- * Қысқа мойынды, мойнында қанат тәрізді қатпарлар бар
- * Жыныстық дамудың болмауы (телархе, пубархе, менархе, аксиллярхе)
- * Жүрек қан тамыр және де басқа жүйелердің даму ақаулары
- * Гонадотропиндер деңгейі жоғары болады
- * **Емі** - эстроген-гестагендерді препараттармен гормоналды терапия

Шерешевский-Тернер синдромы (гонадалар дисгенезиясының таза түрі)

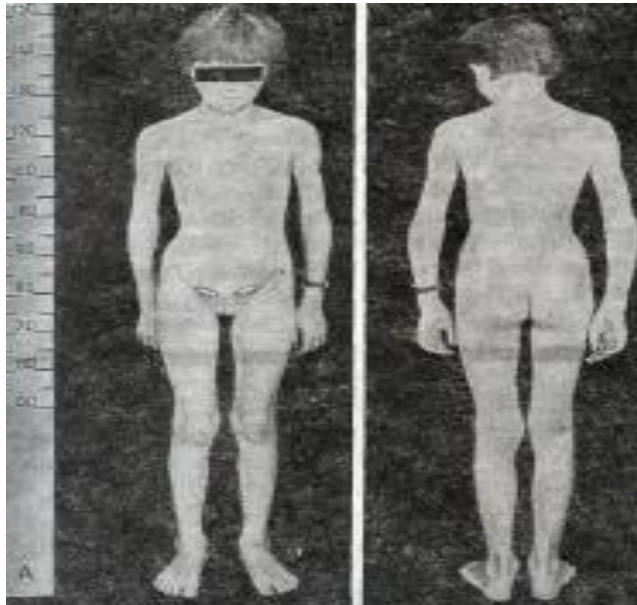


Ол үштік
симптоммен
сипатталады:
бойдың
гипотрофиясы,
жыныстық
инфантилизммен,
және туа пайда
болған даму
ақауларымен
сипатталады.

Тестикулярлық феминизация синдромы (Моррис синдромы, андрогендерге толық сезімталсыздық)

- * Біріншілік шынайы аналық бездік аменорея
- * Кариотип 46 ХУ, генетикалық жынысы еркек
- * Фенотип әйел типтік
- * Ауру белгілері жыныстық жетілу кезінде көрініс береді
- * Сыртқы жыныс мүшелері әйел типтес дамыған, клитор пенист тәрізді ұлғайған болуы мүмкін
- * Жатыр және жатыр түтіктері болмайды, қынап бар 3-4 см
- * Гонадалар (аталық бездер) кіші жамбас қуысында немесе шап аймағында орналасады
- * Гонадотропиндер мен андрогендер деңгейі жоғары болады
- * Гонадаларды (аталық бездер) хирургиялық жолмен алып тастау керек, себебі олардан қатерлі ісіктер түзілуі мүмкін
- * **Емі** – гормоналды терапия

Тестикулярлық феминизация синдромы (Моррис синдромы, андрогендерге толық сезімталсыздық)



Патологиялық аменорея:

- * Қыртысты-гипоталамикалық
- * Гипоталамды-гипофизарлық
- * Гипофизарлық
- * Аналық бездік
- * Жатырлық
- * Қалқанша безінің, бүйрек үсті безінің дисфункциясы кезінде

Гипоталамустық-гипофизарлық (органикалық):

- * Адипозо-гениталды аменорея (Бабинский-Фрелих синдромы)
- * Лоуренс-Мун-Бидль синдромы
- * Киари-Фроммель синдромы

Лоуренс — Мун — Барде — Бидль синдромы

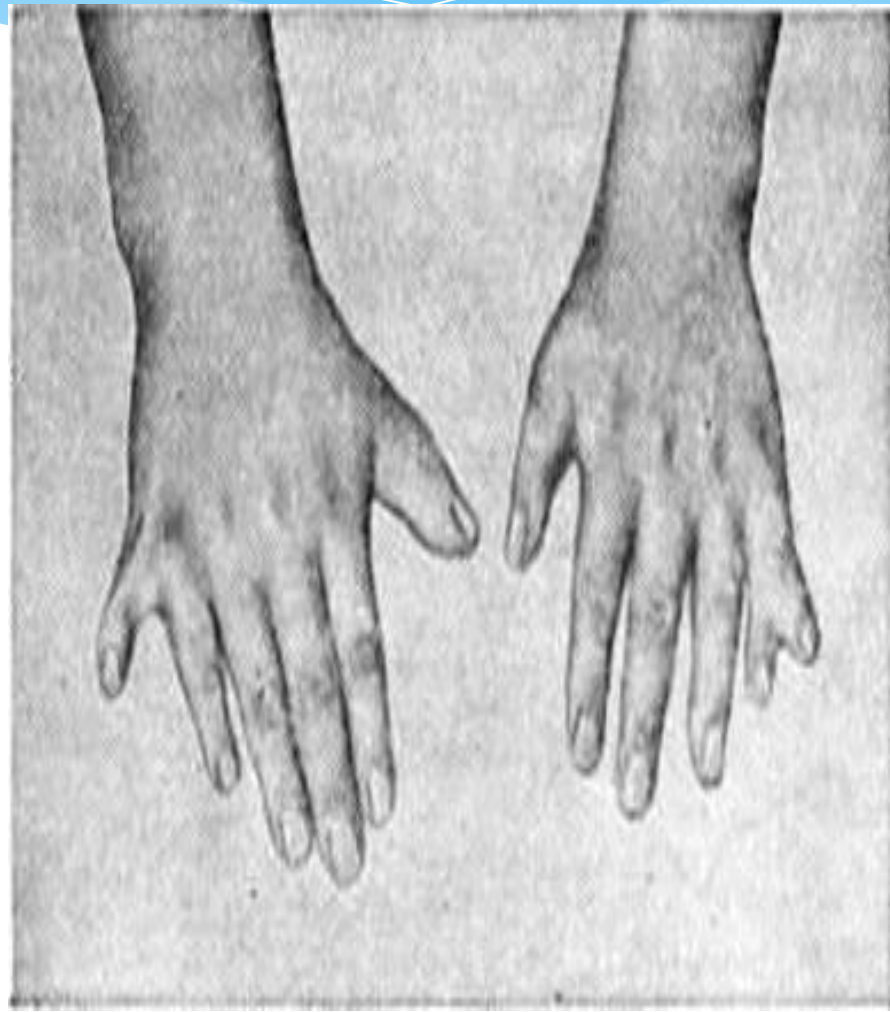
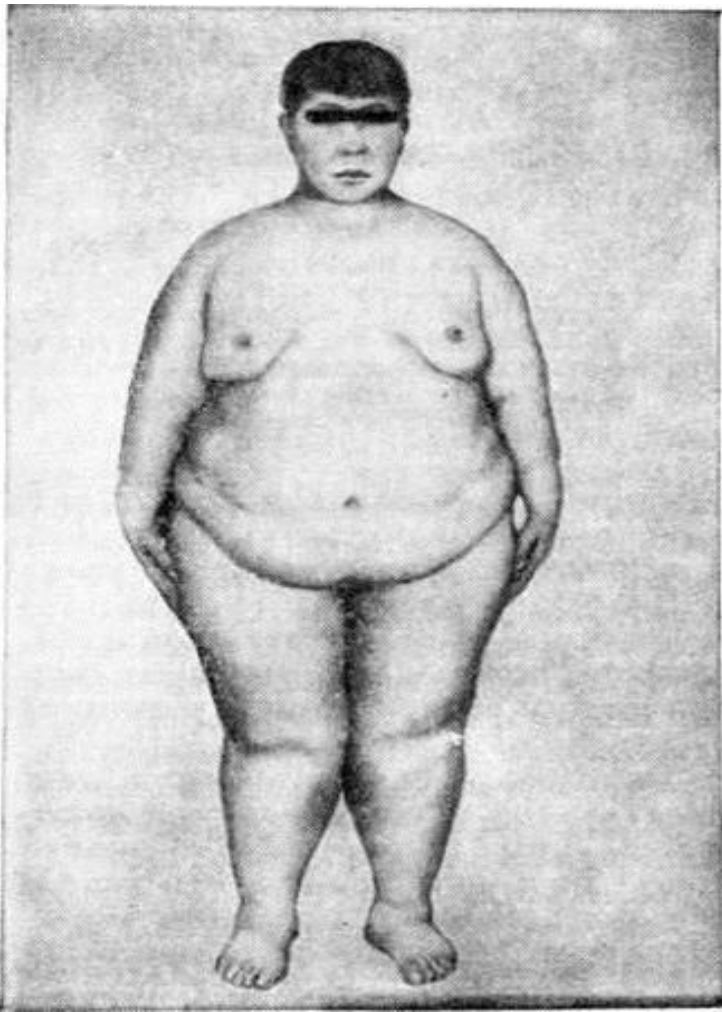
Этиология

- ❖ Мезенцефалонның туа пайда болған генетикалық кемшілігі.

Клиникасы:

- ❖ Кіші жасынан бастап семіздік
- ❖ Екіншілік жыныстық белгілердің жеткілікті дамымауы (гипогонадизм, жыныстық инфантилизм)
- ❖ Аменорея
- ❖ Пигментті ретинит, бас ми дамуының кідіруі,
- ❖ Полидактилия, синдактилия және т.б. ақаулар

Лоуренс — Мун — Барде — Бидль синдромы



Бабинский-Фрелих синдромы (адипозды-генитальды дистрофия)

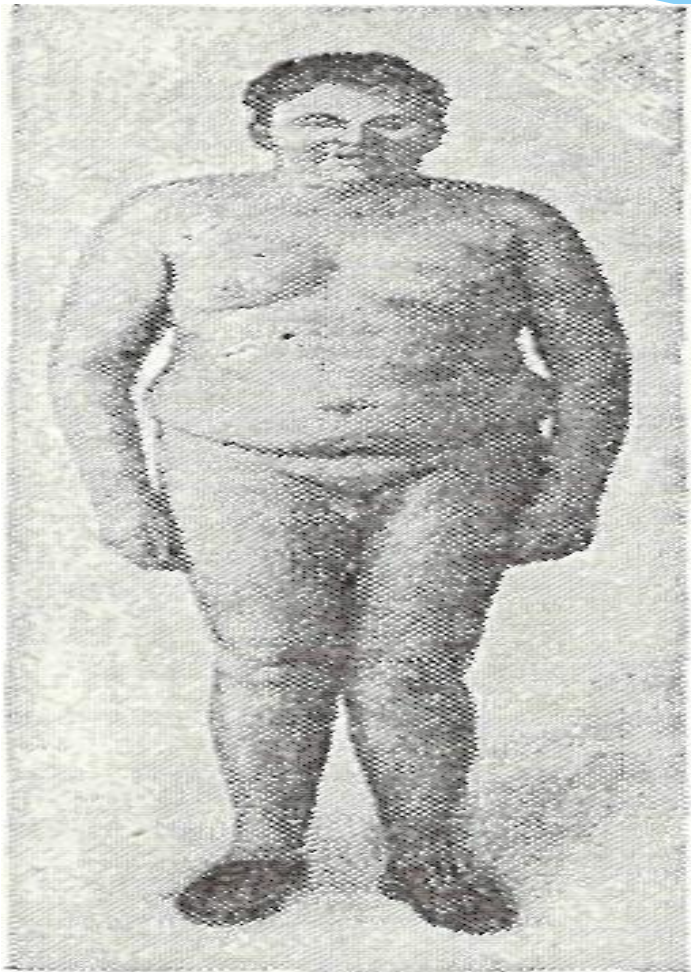
Этиология

Аралық-гипофизарлы аймақтың хромофобты аденомамен зақымдануы немесе гипоталамды-гипофизарлы аймақтың белгісіз генезінің дисфункциясымен сипатталады.

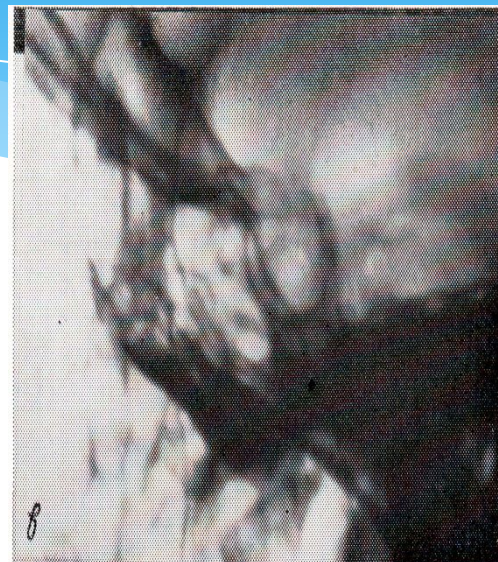
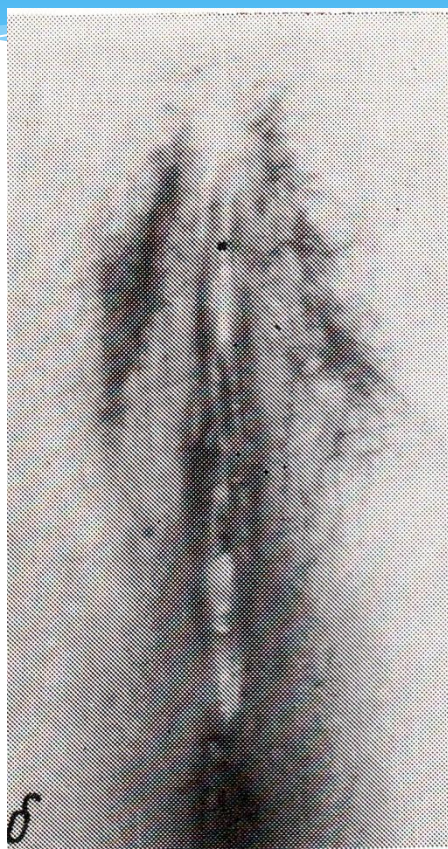
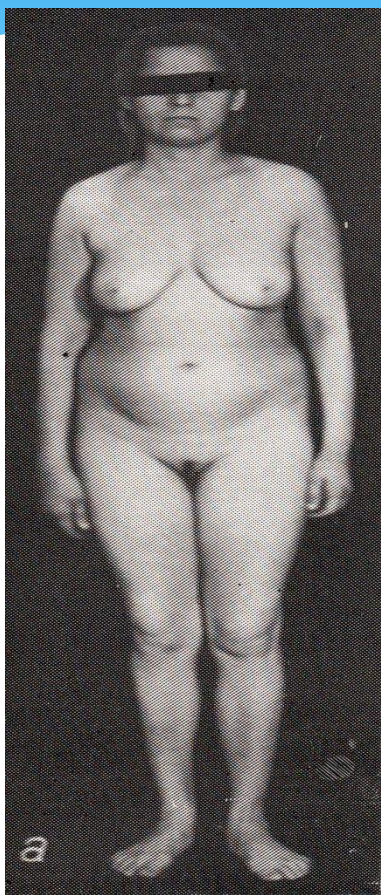
Клиникасы:

- ❖ Кіші жасынан бастап семіздік
- ❖ Екіншілік жыныстық белгілердің жеткілікті дамымауы (гипогонадизм, жыныстық инфантилизм)
- ❖ Аменорея
- ❖ Бас ми дамуының кідіруі, жиі бас ауруы, эпилепсия тәрізді ұстамалар
- ❖ Кіші бойлы
- ❖ Қантсыз диабет симптомдары болуы мүмкін
- ❖ Гонадотропиндер деңгейі төмен – ФСГ және ЛГ (гипогонадотропты гипогонадизм), ТТГ және АДГ төмен болады.

Бабинский-Фрелих синдромы (адипозды-генитальды дистрофия)



Гипоталамды-гипофизарлық ісіктер - хромофобты аденома



38 жастағы әйел. Жыныстық жетілуі 12 жастан бастап, ретті етеккір. 26 жастан бастап етеккірі 2-3-6 айда 1 рет. 31 жастан бастап аменорея. Вульваның гипотрофиясы. Түрік ерінің қосарланған контуры.

Киари-Фроммель синдромы (Аменорея-галакторея)

- ❖ Гипоталамустың орталықтарының гормонды белсенсіз ісікпен немесе басқа патологиялық процеспен жарақаттануымен байланысты.
- ❖ **Клиникасы**
- ❖ Аменорея
- ❖ Галакторея – жүкті емес кезде сүт бездерінен сүт тәрізді бөлінулердің болуы
- ❖ Көздің көруінің нашарлауы (битемпоралды гемианопсия)
- ❖ Бастың жиі ауруы
- ❖ Қан сары суында пролактин деңгейі жоғары болады, микроаденома немесе макроаденома түзілген жағдайда деңгейі 2-3 есе жоғарлайды

Гиперпролактинемия



- ❖ Сүт безін басқан кезде сүт тәрізді бөлінулердің болуы

Қыртыстық-гипоталамикалық аменорея Психогенді аменорея

Психикалық зардап шегу салдарынан пайда болады:

- * Ұзақ жүйкенің тозуы
- * «Соғыс уақытындағы» аменорея
- * Жалған жүктілік
- * Жүйкелік анорексия
- * Аменорея-галакторея
- * Ауыр инфекциялық аурулар

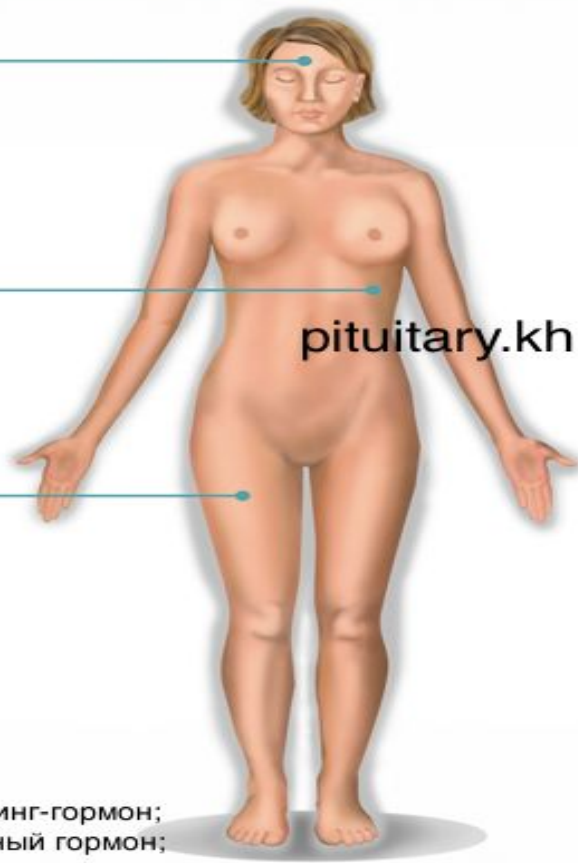
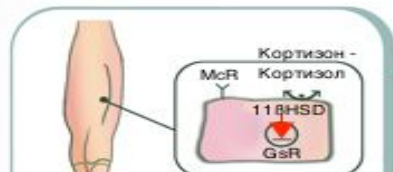
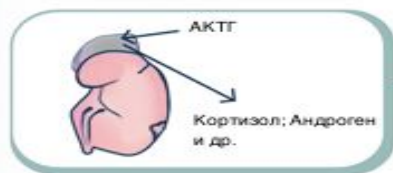
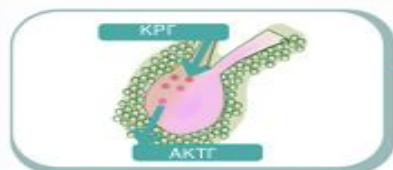
Гипофизарлық аменорея:

- * Шихан синдромы
- * Симмондс синдромы
- * Иценко-Кушинг ауруы

Иценко-Кушинг ауруы

- ❖ **Иценко-Кушинг ауруы** – ауыр нейроэндокринды синдром, гипофиздың АКТГ гормонының гиперсекрециясымен байланысты, бүйрек үсті безінің гиперфункциясына әкеледі.
- ❖ Клиникасы
- ❖ Семіздік
- ❖ Стрийлардың пайда болуы – тез семіру салдарынан терінің жыртылуы, АКТГ шамадан тыс бөлінуінен қызыл түсті болуы
- ❖ Артериалды гипертензия
- ❖ Остеопороз
- ❖ Гипогонадизм
- ❖ Энцефалопатия
- ❖ Көмір су және тұзды зат алмасуының бұзылыстары

Иценко-Кушинг ауруы



КРГ - Кортикотропин-релизинг-гормон;
АКТГ - Адrenокортикотропный гормон;

Шихан синдромы (босанудан кейінгі гипопитуитаризм), Симмондс синдромы

Патологиялық босану

Геморрагиялық,
септикалық шок,
Гипофиз ісіктері
және травмалары

Преэклампсия

ТШҚҰ синдромы,

Гипофиздың некротдық өзгерістері
спазма, тромбоз және алдыңғы бөлігінің
гипофункциясымен сипатталады (гонадотропиндердің, ТТГ,
АКТГ деңгейлерінің төмендеуімен сипатталады)

Шеткі генезді аменорея

- * Аналық бездік
- * Жатырлық
- * Бүйрек үсті бездік
- * Тиреоидтық

Резистентті аналық без синдромы

(Сэвидж синдромы)

- * **Этиология**

- * Аутоиммунды теория: Аналық без тініне антиденелердің түзілуі, басқа аутоиммундық аурулар мен қосарланады – аутоиммунды тиреоидит, ревматоидты артрит

- * **Клиника**

- * Аменорея, бедеулік

- * 35 жасқа толмаған әйелдерде гонадотропиндердің деңгейі жоғары болуы

- * Эстрогендердің жетіспеушілігімен байланысты бет аймағындағы «ысыну» сезімі (климактериялық жастағы әйелдерде кездеседі қалыпты жағдайда)

- * Емі - орынбасушы гормоналды терапия

Аналық без семуі синдромы

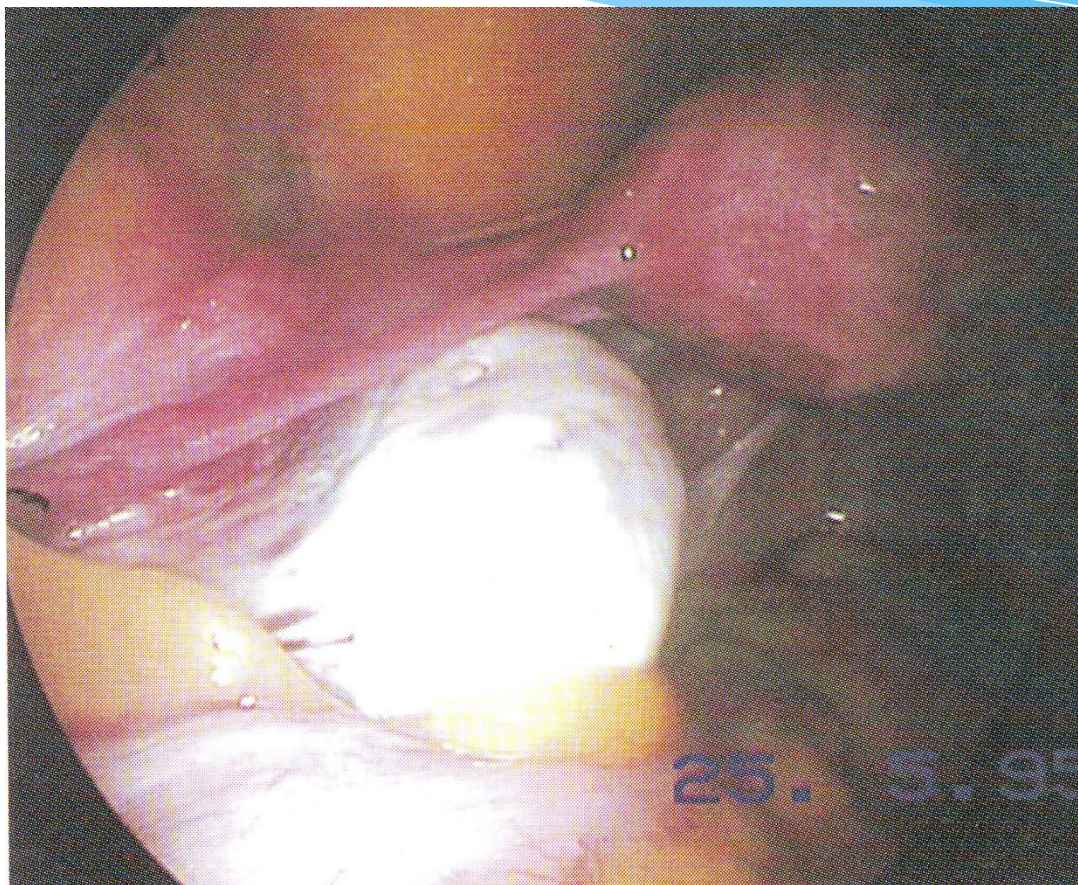
- * **Этиология**
- * Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары, көбінде аналық бездің рецепторларының жойылуымен немесе азаюмен сиппаталады.
- * **Клиникасы**
- * Аменорея, бедеулік
- * Гонадотропиндердің деңгейі жоғары болуы
- * Менархе уақытылы келеді
- * Эстрогендердің жетіспеушілігімен байланысты бет аймағындағы «ысыну» сезімі (климактериялық жастағы әйелдерде кездеседі қалыпты жағдайда)
- * Емі - орынбасушы гормоналды терапия

Аналық без поликистозы



Аменорея фонында май алмасуының бұзылуы, акне, гирсутизм және бедеулік байқалады. УДЗ суретте “алқа” нәтижесі көрінеді.

Аналық без поликистозы



**Лапароскопия
кезінде үлкен
ақ түсті
поликистозды
аналық бездің
суреті**

Жатырлық аменорея

- * Туа жатырдың болмауы
- * Жатырдың рецепторларының жыныс гормондарының әсеріне сезімталдығының бұзылысынан (қабыну аурулары – эндометрит, эндомиометрит, метроэндометрит, пельвиоперитонит, сальпигоофорит және т.б.)
- * Эндометрийдың базалды қабатының зақымдануы себебінен (туберкулез, синехиялар және т.б.)

Бүйрек үсті безі және қалқанша безінің дисфункциясымен байланысты аменорея

Бүйрек үсті безінің дисфункциясымен байланысты аменорея

Адреногениталды синдроммен (жиі туғаннан пайда болған) және АКТГ немесе кортизол мөлшерінің артуымен байланысты болады.

Қалқанша безінің дисфункциясымен байланысты аменорея

Гипотиреозбен және гипофиздің гонадотропты, тиреотропты функцияларының бұзылысымен байланысты болады.

Иценко-Кушинг синдромы

- ❖ **Иценко-Кушинг синдромы** – ауыр нейроэндокринды синдром, бүйрек үсті безінің гиперфункциясымен немесе ісіктерімен, гиперплазиясымен байланысты.
- ❖ Клиникасы
- ❖ Семіздік
- ❖ Стрийлардың пайда болуы – тез семіру салдарынан терінің жыртылуы, АКТГ шамадан тыс бөлінуінен қызыл түсті болуы
- ❖ Артериалды гипертензия
- ❖ Остеопороз
- ❖ Гипогонадизм
- ❖ Энцефалопатия
- ❖ Көмір су және тұзды зат алмасуының бұзылыстары

Аменореяның диагностикасы

Аурудың шағымдары мен анамнезі, жалпы қарау, арнайы әдістермен қарау – айнамен қарау және қынаптық тексеру:

- * тұрмыс, жұмыс жағдайларын,
- * акушерлік анамнездің ерекшеліктерін,
- * дене бітімінің типі,
- * стрийлердің, акне, гирсутизмнің болуы,
- * жыныс белгілерінің екіншілік дамуының ерекшеліктері
- * гинекологиялық зерттеу

Қосымша зерттеу әдістері

- * Жатыр мойнын зондылау,
- * жатыр қуысын диагностикалық қыру,
- * қырындыны гистологиялық зерттеу,
- * функционалдық диагностиканың тестілері,
- * кіші жамбастың УДЗ-і,
- * Метросальпингография (МСГ),
- * пневмоперитонеум,
- * бас сауытының, түрік ерінің рентгенографиясы,
- * ЭЭГ,
- * компьютерлі томография,
- * көз түбін және көру аймағын тексеру,
- * қант қисық сызығын тексеру

Краниография



**16 жастан бастап
аменореямен және
жыныс
инфантилизмімен
26 жастағы әйелдің
бас сауыты**

Гормоналдық зерттеулер

Гормондардың базалдық деңгейін зерттеу:

- * эстрогендерді,
- * прогестеронды,
- * гонадотропиндерді,
- * 17-КС-ті, тестостеронды, пролактинді, ТТГ
- * функционалдық гормоналдық– прогестеронмен, эстроген-прогестеронмен, ХГ-мен, кломифенмен, ЛГ-РГ-мен дексаметазонмен сынамаларды жүргізу
- * кариотипті тексеру (көрсетулер бойынша)

Аменореяның жатырлық түрін жоққа шығару үшін

2 ФДТ, эстрогендермен қанығу жеткілікті болған кезде прогестерон сынамасы жүргізіледі; прогестерондық сынама оң болса – жатырлық генезді аурудың жоқтығын айтады.

Прогестерон сынамасы теріс болған кезде эстроген-прогестерондық сынаманы қосымша жүргізу керек.

Эстроген-прогестерондық сынама теріс болған кезде – аменореяның жатырлық түрінің диагнозын анықтау үшін МСГ (жатыр ішінің жабысуы, шырышты қабатының құрт ауруы), диагностикалық қыру, туберкулиндік сынамалар жүргізу қажет.

Аменореяның аналық бездік түрін

Жоққа шығару үшін (көбінесе туғаннан пайда болған үлгісі немесе ісіктер және аналық бездерінің гормоналдық функциясының сипаттамасын анықтау):

- * Жыныстық хроматинді, кариотипті, ФДТ зерттеу, УДЗ, МСГ, пневмопельвиография (ППГ), гормоналдық зерттеулерін (қанның плазмасындағы және зәрдегі гормондардың деңгейін және ХГ-мен сынама (жүргізу қажет. Сынама теріс болған кезде аналық бездік түрінің диагнозы дұрыс.

Аменореяның орталық түрлерін жоққа шығару үшін

- * аурудың шағымдары,
- * анамнезі,
- * объективті зерттеулердің мәліметтері,
- * морфограммасы,
- * стрийдің, галактореяның,
- * екіншілік жыныс белгілерінің ерекшелігінің болуы,
- * бас сауытының, түрік ерінің рентгенографиясы, ЭЭГ,
- * компьютерлі томография,
- * көз түбін және көру аймағын,
- * қан қисық сызығын тексеру, гонадотропиндерді, пролактинді, ТТГ, АКТГ-ні анықтау, ЛГ-РГ-мен сынама).

Аменореяның емі зақымдану деңгейін табуына байланысты, гормоналды және арнайы зерттеу әдістерінің мәліметтері бойынша жүргізіледі.

- * Прогестерон сынамасы оң болса – прогестеронмен ем 8-10 күндей 6 айға дейін жүргізіледі.
- * Эстроген-прогестерон сынамасы оң болса – циклдік гормонотерапияны (ЦТГ) 3-4 айға тағайындайды.

Гипоменстралды синдром термині

Етеккір циклінің сирек болуымен (опсоменорея 35 күннен сирек), қысқаруымен (олигоменорея 3 күннен аз келуі), қан мөлшерінің азаюымен (гипоменорея) сипатталатын синдром аталады.

Бұл синдром фолликуланың бәсеңдеп немесе жай пісіп жетілуімен, овуляцияның кеш басталуымен немесе ановуляциямен, лютеинды фазаның жетіспеушілігімен байланысты.

- * Бұл синдром
- * нейроэндокриндік бұзылыстарға,
- * созылмалы инфекцияларда,
- * организмнің улануында,
- * экстрагениталды ауруларда,
- * климактериялық кезеңде,
- * жыныстық пісіп-жетілу кезеңінде жиі байқалады.

Альгодисменорея

Бұл термин ауру сезімді етеккідді сиппатайды.

Біріншілік және екіншілік болып жіктеледі.

Біріншілік функционалды аменорея – жыныс мүшелерінде тек функционалды өзгерістер бар кезде кездеседі, менархеден кейін 1-1,5 жылда дамиды.

Емі – Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар

Екіншілік аменорея жыныс мүшелерінде патологиялық өзгерістер бар кезде кездеседі (жатыр миомасы, эндометриоз, жатырдың даму ақаулары және т.б.).

Емі – Негізгі себебін емдеу (хирургиялық және консервативті жолмен)

Қолданылған әдебиет

- * 1. Гинекология: учебник / под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., 2008. – 432 с.
- * 2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология,- 3-е изд., стереотип.- М., Медицинское информационное агентство, 2002.
- * 3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2002.

Назар аударып тыңдағандарыңызға рахмет!

