

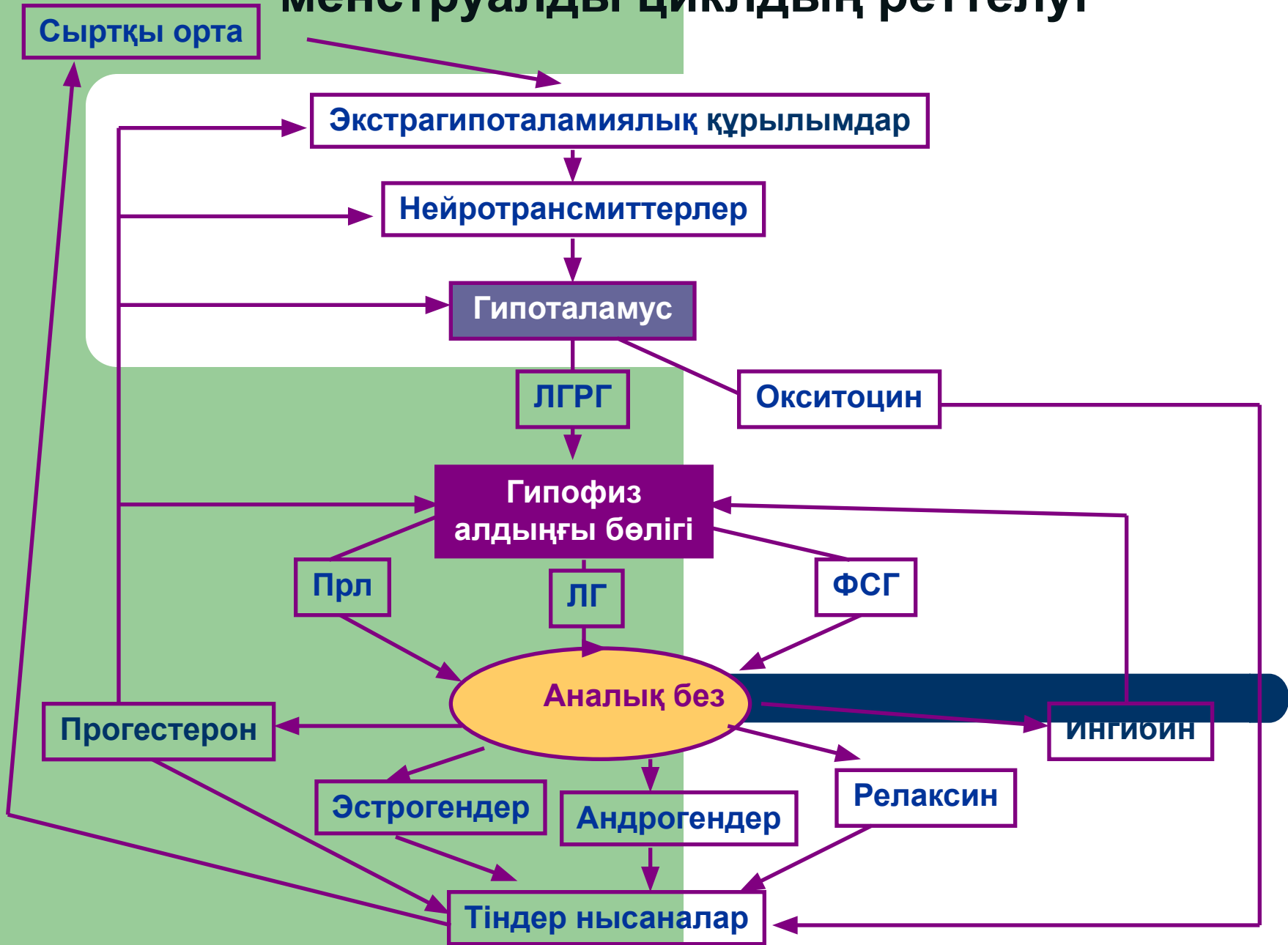
Менструалды циклдың бұзылуы. Дисфункционалды жатырдан қан ағу

С.Асфендияров
атындағы қазақ ұлттық
медицина университеті

Акушерлік іс және
гинекология кафедрасы
Доцент Бищекова Б.Н.



Репродуктивті жүйе және менструалды циклдың реттелуі



Регуляторлық жүйе: гипоталамус – гипофиз – аналық бездер

НЕВРАЛДЫҚ бақылау

ХИМИЯЛЫҚ бақылау

ДОПАМИН

НОРАДРЕНАЛИН

ЭНДОРФИНдер

ГИПОТАЛАМИЯЛЫҚ НЕЙРОНДАР

Гипофиздің алдыңғы бөлігі

ФСГ

Аналық бездер

ЛГ

ИНГИБИН

ЭСТРАДИОЛ

ПРОГЕСТЕРОН

Тіндер нысаналар

← СТИМУЛЯЦИЯ

—| ИНГИБИРОВАНИЕ

Дисфункционалды жатырдан қан ағу

Мазмұны

1. **Этиология және патогенезі**
2. **Жіктелуі**
3. **Клиникасы**
4. **Диагностикасы**
5. **Емдеу принциптері**

Дисфункционалды жатырдан қан ағу - бұл

- Органикалық патологиямен байланыссыз;
- Қан жүйесінің ауруларымен байланыссыз;
- Гипоталамо – гипофизарлық - аналық без жүйесінің функциясының бұзылуына байланысты қан ағу.

Гинекологиялық аурулардың ішінде жиілігі 16-18% құрайды.

- **50-60%-климактериялық кезеңде**
- **35-40% - репродуктивті кезеңде**
- **10-15% - ювенильді кезеңде**

ДЖҚ - ЭТИОЛОГИЯСЫ

- нерв жүйесінің аурулары
- қатты психикалық стресстер
- тамақтанудың бұзылыстары (сандық және сапалық), авитаминоз
 - жұмыстағы зияндықтар (химиялық заттар, радиацияның әсері)
 - инфекция мен септикалық аурулар, соз, туберкулез, паразитарлық аурулар
- бас-ми жарақаттары.

ДЖҚ - ЭТИОЛОГИЯСЫ

- климактериялық кезеңдегі гипоталамус орталықтарындағы инволюциялық өзгерістер
- жыныстық жетілу кезіндегі гипоталамо – гипофизарлық аймақтың инволюциясының жасқа байланысты толық қалыптаспауы

- **ДЖҚ -патогенезі**

*Гипофизарлы гормондардың (ФСГ, ЛГ)
- ретті бөлінуінің бұзылуы*

- **ДЖҚ :овуляторлы және ановуляторлы**

Овуляторлы ДЖҚ

- Фолликулин фазаның қысқаруы –көп мөлшерлі және ұзақ қан ағу, аралығы-20 күннен аз;
- Лютеин фазаның қысқаруы – қан ағу ұзақ, көп мөлшерлі.
- Анамнезінде – бедеулік, жүктілікті көтереалмаушылық.

Овуляторлы ДЖҚ

- Лютеин фазаның ұзаруы – қан ағу сирек, ұзақ, «жүктіліктің » белгілері болуы мүмкін (сүт бездерінің қатаюі, лоқсу).

Сондықтан ерте түсікпен және жатырдан тыс жүктілікпен салыстырмалы диагностика жүргізу қажет.

Ановуляторлы ДЖҚ

- Фолликулдың персистенциясы – менструация 4-6 аптаға тоқтағаннан кейін, ұзақ, көп мөлшерлі қанды бөлінділер пайда болады .
- Фолликулдың персистенциясына байланысты – эстрогендердің деңгейі жоғары, прогестеронның деңгейі өте төмен (сары дене фазасы жоқ) – эндометрийді гиперпластикалық процесстер байқалады.

Ановуляторлы ДЖҚ

- Фолликулдың атрезиясы – фолликул преантральды деңгейге жетіп, атрезияға айналады, оның орнына басқа фолликул пісіп жетіліп, преантральды деңгейге жетіп, қайтадан атрезияға айналады.
- Эстрогендердің деңгейі персистенцияға қарағанда төмендеу.
- Менструацияның тоқталуы ұзақ уақыт, 6-8-12 аптадан кейін көп мөлшерлі ұзақ қан ағу басталады.

Диагностикасы:

- анамнез
- гинекологиялық зерттеу (жатыр, қосалқылары ерекшеліксіз).
- ЖҚА - анемия
- коагулограмма – ерекшеліксіз
- УДЗ (кіші жамбас қуысы) –жатыр, аналық бездер – патологиясыз.

Емдеуі:

- I этап – гемостаз – қан ағуды тоқтату: хирургиялық немесе гормоналды гемостаз
- II этап – гормоналды бұзылыстардың коррекциясы.
- III этап – репродуктивті функциясының реабилитациясы. Репродуктивті жаста – овуляторлы циклды қалыптастыру, пременопауза кезеңде – гормоналды бұзылыстардың коррекциясы.

Ювенильды жатырдан қан ағу (ЮЖҚ)

- Пубертатты жастағы ациклды қан ағу.
- Жиілігі – қыз балаларда кездесетін гинекологиялық аурулардың ішінде 30 % құрайды.

Қауіп қатер факторлары:

- жиі кездесетін инфекциялық аурулар (ЖВРІ, тонзиллит).
- өте көп физикалық күштеме
- өте көп психикалық күштеме
- экологиялық жағдай
- менструалды циклды реттейтін жүйенің тұрақсыздылығы

ЮЖҚ - патогенезі

- ГнРГ бөлінуінің цирхоральды ритмінің бұзылуы
- ФСГ, ЛГ циклды бөлінуінің бұзылуы
- ановуляция (фолликулдың атрезиясы, персистенциясы)
- гиперэстрогенемия
- эндометрийдің гиперплазиясы

Диагностикасы

- анамнез
- гинекологиялық тексеру
- УДЗ
- ЖҚА, коагулограмма.

Дифференциалды диагноз

- жүктілік
- қан аурулары (Верльгоф, Виллибрант аурулары)
- аналық безінің гормонөндіруші ісіктері
- қалқанша безінің аурулары.

Емдеуі

- гемостаз
 - медикаментозды
 - гормоналды
 - хирургиялық

Емдеуі

- Қайта қан ағудың профилактикасы
 - уақытылы дем алу
 - қосарлама ауруларды емдеу
 - циклды витаминотерапия
 - ҚАК (контрацептивті схема бойынша 3 ай)
 - ТПК менструалды циклдың II жартысында (дюфастон, утрожестан, нарколут 3 ай).

Медикаментозды гемостаз

- орташа мөлшерлі қан ағуда, Hb = 100 г/л жатырды жиырылтатын және и қанды тоқтататын заттар: метилэргометрин, окситоцин, дицинон, викасол.

Гормоналды гемостаз

- Нь <100 г/л-80 г/л, медикаментозды емі нәтижесіз болса - монофазды эстроген – гестагенді препараттар қолданады: марвелон, регулон және т.б. - 1 таблетканы әр 3-4 сағат сайын қан ағу тоқтағанға дейін (жалпы 4 таблетка, сирек 6 таблетка).
- Қан тоқтағаннан кейін күнделікті 1 таблеткаға азйтып, күніне 1 таблеткаға жеткізеді.
- Жалпы қабылдау курсы 21 күн.

Гормоналды гемостаз

- Өте сирек гемостазды эстрогендермен жүргізеді (прогинова, эстрофем) - схемасы ҚАК бірдей.
- Эстрогендерді 14 күн қабылдайды, кейін гестагендерді тағайындайды (дюфастон 1 таб. x 2 рет күніне – 10-14 күн).

Хирургиялық гемостаз - жатыр қуысын қыру.

- өміріне қауіп көп мөлшерлі қан ағу;
- Hb < 70 г/л;
- гормоналды гемостаз нәтижесіз;
- эндометрийдің рагыне күмәндәну (М-эхо > 20 мм);

Репродуктивті және климактериялық жастағы ДЖҚ

Гемостаз – хирургиялық:

- Цервикалды каналды және жатыр қуысын гистероскопия бақылауымен диагностикалық қыру;
- Қырындының гистологиялық зерттеуін жүргізу;
- Гистологиялық зерттеудің қорытындысы жие эндометрийдің әр түрлі гиперпластикалық процестерін көрсетеді.

Репродуктивті және климактериялық жастағы ДЖҚ

- Репродуктивті жаста гормоналды коррекцияның негізгі мақсаты – овуляцияны қалыптастыру және гиперпластикалық процестердің қайталамауын алдын алу.

Пременопаузалды кезеңдегі ДЖҚ.

- Гемостаз – *тек қана хирургиялық*: цервикалды каналды және жатыр қуысын гистероскопия бақылауымен бөлек диагностикалық қыру;
- Қырындының гистологиялық зерттеуін жүргізу.

Пременопаузалды кезеңдегі ДЖҚ.

- Гормонотерапия қайта қан ағудың және эндометрийдің гиперпластикалық процестерін алдын алу үшін жүргізіледі.
- Кейінгі емі комплексті болу керек – теріс факторларды жоққа шығару, физикалық және жүйке жүйенің күштемесін төмендету, анемияны емдеу, витаминотерапия.

Репродуктивті кезеңде гиперпластикалық процестерді гормоналды емдеу

Патологияның түрі	Препарат	Тәулік доза	Қабылдау режимы	Емінің ұзақтығы	Нәтижестілігін бақылау	Диспансерлік бақылау
Эндометрияның гиперплазиясы атипиясыз, эндометрияның полиптері	Норколут, примолут-нор, дюфастон	5-10 мг	м.ц. 16- 25 күндері	6 ай	УДЗ 3; 6; 12 айдан кейін; аспирациялық биопсия 6 айдан кейін	1 жыл тұрақты менструалды цикл болғанға дейін
	Провера	10 мг	м.ц. 16- 25 күндері	3-6 ай		
	ҚАК	1 таблетка	м.ц. 5- 25 күндері	3-6 ай		
	Депо-провера	200 мг	м.ц. 14- 21 күндері	3-6 ай		
	17-ОПК	250 мг в/м	м.ц. 14- 21 күндері	3-6 ай		

Репродуктивті кезеңде гиперпластикалық процестерді гормоналды емдеу (жалғасы).

Эндометридің гиперплазиясы атипиямен, аденоматозды полиптер	Золадекс, диферелин	3,6 мг т/а	28 күнде 1 рет №3	6-9 ай	УДЗ 3; 6; 12 айдан кейін; бөлек диагностикалық қыру; гистероскопия 3 айдан кейін;	1 жыл тұрақты менструалды цикл болғанға дейін.
	Бусерелин	эндоналды спрей	күніне 3 рет (0,9 мг/сут)			
	Депо-провера	200-400 мг б/е	аптасына 1 рет	6-9 ай		
	Гестринон, неместран	2,5 мг	аптасына 2-3 рет	6-9 ай		
	Даназол	600 мг	күнделікті	6-9 ай		
	17-ОПК	500 мг б/е	аптасына 2 рет	6-9 ай		