

Аменорея

Аскар Сана 724 топ

Аменорея — менструацияның бірнеше цикл бойы болмауы. (3 – 6 ай)

Аменорея — жеке диагноз емес , ол симптом, яғни

- анатомиялық,
- биохимиялық,
- генетикалық,
- физиологиялық немесе
- психикалық бұзылыс.

Кездесу жиілігі— 3 %.

Жіктелісі

1. Физиологиялық

2. Патологиялық

- Біріншілік және екіншілік
- Жалған аменорея

3. Фармакологиялық

- Физиологиялық аменорея- жыныстық жетілу кезеңіне дейінгі, жүктілік кезінде, лактация және постменопаузальды кезеңдердегі етеккірдің болмауы.
- Патологиялық аменорея- гинекологиялық немесе экстрагенитальды аурулар кезіндегі симптом. Бұл аменореяның түрі біріншілік және екіншілік деп бөлінеді.
- Біріншілік аменорея менархенің 16 жасқа дейін болмауы.
- Екіншілік аменорея бұрын етеккірі болған әйелдерде 6 ай бойы етеккірдің болмауы.

Жалған аменорея

- Цервикальды өзектің немесе гениталидің даму ақауларына байланысты жыныс жолдарынан қанды бөліністердің болмауы. Бұл кезде аналық безінің циклдық белсенділігі бұзылмаған.
- Фармокалогиялық аменорея дәрілік заттарды қабылдау әсерінен болады (гонадотропиндердің агонистері, анти эстрогенді препараттар), емдеу кезінде олардың әсерінен етеккірдің тоқтауы болады, және ол қайтымды процесс.

Зақымдалу деңгейіне байланысты
немесе эндокринді жүйеге
байланысты....

- ⦿ Гипоталамикалық
- ⦿ Гипофизарлық
- ⦿ Аналық бездік
- ⦿ Жатырлық

Сонымен қатар бүйрек үсті безінің, қалқанша безінің паталогияларына және экстрогенитальды ауруларына байланысты аменорея кездеседі.

- Екіншілік аменорея кездесу жиілігі 75-%
- Себептері. Функциональды немесе органикалық бұзылыстарға байланысты. Репродуктивті жүйенің зақымдалу деңгейіне байланысты келесі синдромдармен ауруларға бөлеміз.

1-Гипоталамикалық генез

- Арықтау әсерінен
- Психогенді
- 2. Гипофизарлы генез
 - гиперпролактинемия
 - гипогонадотропты
- 3. Аналық бездік генез
 - аналық безінің сему синдромы (истощения)
 - аналық безінің верилизациялаушы ісіктері
- 4. Жатырішілік синехиялар.
 - Ашерман синдромы, Рокитанский-Маер-Кюстнер синдромы.
- 5. Жалған аменорея
- Цервикальды өзектің атрезиясы.

Классификациясы

- I. Аменорея
- II. Менструацияның циклдық өзгерісі
- III. Жатырлық қан кету (метроррагия)
- IV. Альгоменорея

Патологиялық аменорея:

- **Біріншілік:** 14 жасқа дейін менструация және басқа да жыныстық жетілу белгілерінің болмауы немесе 16 жасқа дейін басқа жыныстық жетілу белгілері болып ал менструацияның болмауы.
- **Екіншілік:** қалыпты менструациядан кейін 3 цикл қатарыннан менструацияның болмауы.
- **Этиотропты классификация:** аменорея нормогонадотропты (эугонадотропты), гипергонадотропты, гипогонадотропты.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

Біріншілік аменорея

- Гонадтардың зақымдануы : Тёрнер синдромы , тестикулярлы феминизация синдромы , резистентті аналық без синдромы , жатыр жіне аналық без аномалиялары.
- Гонадалардан тыс патология: гипопитуитаризм, гипогонадотропты гипогонадизм, менархе кідірісі, туа біткен бүйрек үсті безінің гиперплазиясы.
- Қынап кіреберісі, қынап, жатыр мойн және жатыр қуысына өткізгіштіктің бұзылысы.

Екіншілік аменорея

- Психогенді аменорея (стресс)
- Гипоталамикалық формасы— арықтау салдарынан аменорея
- Гипоталамо-гипофизарлы форма
- Гиперпролактинемия — функционалды және органикалық формалар.
- Гипогонадотропты
- Босанудан кейінгі гипопитуитаризм (синдром Шиена)
- Пероралды контрацептивтерді қабылдауды тоқтату.

- ДЗ: пероралды глюкокортикоидттар даназол, гонадотропинрилизинг гормонының аналогтары, химиотерапевтикалық препараттар.
- Декомпенсирленген эндокринопатиялар: қант диабеті, гипо- және гипертиреоз
- Бүйрек үсті формасы
- Постпубертатты адреногениталды синдром
- Вирилизирлейтін бүйрек үсті без ісіктері
- Аналық без формасы
- Аналық без синдромы истощения
- Рефрактерлі аналық без синдромы.
- Вирилизирлейтін аналық без ісігі
- Ашерман синдромы (жатыр ішілік синехиялар)
- Арнамалы эндометрит.

Қауіп қатер факторлары

- Физикалық жүктемелер
- Тамақтанудың бұзылысы
(аш қалу)
- Психоэмоционалды стресс.

Клиникалық көрінісі

- Менструацияның болмауы. Менархенің кідіруінде екіншілік жыныстық белгілерді және қыздық перде жағдайын бағалау маңызды.
- Фертилдікті жою
- Вегетативті дисфункция
- Семіздік— 40 % науқастарда
- Дефеминизация белгілері , маскулинизация, қалқанша без дисфункциясы немесе бүйрек үсті безі және соматикалық бұзылыстар.
- Андрогендер белгілерінің артық болуы (терінің жоғарғы майлануы, акне, гирсутизм).

Лабораторлық зерттеулер

- Жүктілікке тест (қан сары суындағы ХГЧ деңгейін анықтау)
- Қан плазмасындағы Пролактин
 - > Қалыпты пролактин концентрациясы (20 нг/мл төмен)
 - > Гиперпролактинемияда гипофизді зерттеу керек
- ФСГ және ЛГ
 - > Егер аменорея себебі — дисгенезия гонад болса, ФСГ мөлшері жоғары болады (40 мМЕ/мл есе). Кариотипті анықтау кепек Y-хромосоманы жоққа шығару үшін.
 - > Төмен ФСГ концентрациясы (5 мМЕ/мл төмен) гипофиз гипофункциясынан, гипоталамус дисфункциясы болуы мүмкін.
 - > ЛГ/ФСГ қатнасының жоғарылауы (2 ден аз емес) — ең басты диагностикалық көрініс аналық без поликистозы. Әдетте ЛГ жоғары, ал ФСГ концентрациясы — қалыптыдан төмен.

- T4, ТТГ
- Қандағы глюкоза, глюкоза толеранттылығына тест
- Прогестеронды сынама (10 мг/күн, медроксипрогестер 5 күн аралығында)
 - > Жағымсыз : эндометридің патологиялық өзгерістерінде немесе эстрогенге әсер еткенде менструация секілді қан кету болмайды.
 - > Жағымды: ановуляцияда сақталған эстроген секрециясымен қан кету болады

Арнамалы зерттеулер

- Лапароскопия — мюллерлік жолдар дисгенезиясында және аналық без , аналық без поликистозына күмән болғанда.
- УЗИ кисталар анықтау үшін
- Рентгенологическое түрік ер тоқымын
- Эндометри жағдайын бағалау
- Эстроген және прогестерон реттікпен қабылдау (тәулігіне 2,5 мг/ эстрогендерді 21 күн аралығында, соңғы 5 күнде — тәулігіне 20 мг медроксипрогестерон)
- Жалғасқан қан кету — гипо- немесе гипергонадотропты аменорея көрінісі.
- Қан кетудің болмауы жыныс жлдарының аномалиялары немесе функционалды емес эндометридің болуы.
- Функционалды емес эндометриді гистеросальпингография немесе гистероскопия кезінде анықталуы мүмкін.
- Көктамыр ішілік пиелография барлық әйелдерге дисгенезияда , бүйрек аномалияларымен бірге жүреді.
- Компьютерлік томография, МРТ.

Дифференциалды диагностика

- Бірінші этап — аменореяның біріншілік немесе екіншілік екендігін анықтау.
- Екіншілік этап — әр бір жағдайда аменореяға алып келетін себептерді дифференциациялау .

Жасөспірімдерде аменорея

- Қалыпты менархе 11-13 жаста келеді. МЦ реттілігі бірден 6-12 аралығында қалыптасады.
- әр түрлі себептерге байланысты болуы мүмкін. Ол біріншілік (16 жасқа дейін болмаса) немесе екіншілік (менархе болып, кейін болмаса жарыт жыл) аменорея болуы мүмкін.
- Осы жағдайларға өзінің себептері бар, сондықтан оларды ерте анықтау керек, өйткені ең эффективті аменорея емі жасөспірім кезінен басталады.

Жасөспірімдерде аменорея себептері

- Генетикалық – хромосомалардың өзгерістері нейрогормоналды жүйеге әсер етеді.
- Туа біткен – құрсақ ішілік даму кезінде репродуктивті жүйенің өзгерістері сыртқы факторлар әсерінен (басынан кешірген инфекциялар, интоксикациялар, алкоголь қолдануы, әр түрлі дәрілер т.б.) болады.
- ІА – аналық бездің дамуына токсикалық ә.е. аблалық кезіндегі аурулары.

- ПА – стресстер, дұрыс тамақтанбау (диеталар), ауыр нервті-психикалық жүктемелер, бас ми жарақаттары, бас ми аурулары.
- Осы себептердің салдарынан ми қыртысының бұзылыстары болады – гипоталамус – гипофиз – аналық без – жатыр.
- Яғни, себебі ерте анықталса және емі ерте жүргізілсе репродуктивті жүйені қалпына келтіруге және ана болуына мүмкіндік береді.

Жасөспірімдерде I - аменорея себептері

- гипоталамо- гипофизарлы бұзылыстар
- аналық без дамымауы
- Екіншілік жыныстық белгілерінің болмауы
- 15-16 ж. Қыздарда сут бездерінің дамымауы, түктенудің бұзылыстары т.б.
- жатырдың дұрыс дамымауы
- Гормоналды бұзылыстар
- қыздық перде кеңістігінің болмауы
- жатырда жабысқақтардың болуы
- жатыр иілуі

Жасөспірімдерде II - аменорея себептері

◎ психикалық бұзылыстар:

- стрестер
- Эмоционалды

◎ Нервті- психикалық бұзылыстар:

- тітіркендірілгіш
- көңіл-күйінің
- депрессия
- уайымшылдық
- белгісіз қорқыныш т.б.

◎ Тамақтану бұзылыстары –экстрималды диеталар.

Қыздардың ата-аналарының ең басты мақсаты болып уақытында балалар гинекологиясына қаралу. Жасөспірім кезінде п.б. паталогиялар ерте анықталса осы жаста репродуктивті жүйе тиімді коррекцияланады.

Ситуациялар:

1. Қыз бала 1996 ж.
 - Қабылдауға – 06.01.2014ж. Келді
 - Шағымы: менструацияның 1 жыл 11 ай болмауы, қазір 17 ж. қыз.
 - Анамнезінен: ерекшеліксіз.
 - Менархе 15 жастан, 7 күн, ауырсыну болмаған, жыныстық қатынасты терістейді.
 - Ма 3, Ас 2, Р 3, Мс 1.
 - Диагноз – Екіншілік аменорея.
 - Зерттеу жоспары: ЖҚА, гениталий УДЗ (ген.инфантилизм белгілері жоқ, ЖЭ-11см) , ФСТ, ЛГ, ПРЛ, окулист-невропатолог – эндокринолог консультациясы, бас сүйек және түрік ер тоқымы R- графиясы.
 - Жүргізілетін терапия: циклдық витаминотерапия 3 МЦ аралығында, эффективтілігі болмаса –ЗГТ схема бойынша.
 - 1 жылға дейін кварталына 1 рет қаралуға келу.
 - Д есепке алынды.

