

*“Астана медицина университеті” АҚ
Акушерия және гинекология кафедрасы*

Аномалиядағы жатырдан қан кету

Орындаған: Ергеш Г.Н.

Топ: 441 ЖМ

Тексерген: Жумабаева Э.М

Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

- Аномальды жатырдан қан кету себептері
- Аномальды жатырдан қан кету диагностикасы
- Аномальды жатырдан қан кету емі
- Аномальды жатырдан қан кету жіктелуі

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Дисфункциональды жатырдан қан кету (ДЖК)

- Фолликуллардың пісіп жетілуінің бұзылысына әкелетін, гипоталамус – гипофиз – аналық безі жүйесіндегі функционалдық өзгерістерге байланысты жыныстық гормондардың ретті секрециясының өзгеруімен сипатталатын қан кетулер.

Дисфункциональды жатырдан қан кету (ДЖК)

- Бұл қан ағулар *байланысты емес* :

- Жүктіліктің үзілуімен;
- Әйел жыныс ағзаларының органикалық ауруларымен;
- Ағзадағы жүйелі аурулармен;
- Қан ауруларымен;

Дисфункциональды жатырдан қан кету (ДЖК)

Этиологиясы:

- Алиментарлық факторлар;
- Психикалық стресстер;
- Сыртқы ортаның қолайсыз әсері;
- Инфекциялық және созылмалы аурулар;
- Эндокринді бездердің әр түрлі қызметтерінің бұзылысы;
- Зиянды әдеттер.

Дисфункциональды жатырдан қан кету

Жіктелуі

*Әйелдердің жасына
баланысты:*

- Ювенильді кезеңдегі ДЖҚ (12-17 жас)
-25%
- Репродуктивті кезеңдегі ДЖҚ (18-45 жас) – 50%
- Климактерлік кезеңдегі ДЖҚ (46-55 жас)
– 25%

Патогенезіне байланысты



❖ Ановуляторлық



- Фолликулдың персистенциялық түріне байланысты;
- Фолликулдың атрезиялық түріне байланысты;

❖ Овуляторлық



- Фолликулдық фазаның қысқаруы;
- Лютеинді фазаның қысқаруы;
- Лютеинді фазаның ұзаруы;

Овуляторлы ДЖК

- 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.

Ановуляторлы ДЖК

- 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) – эндометрийдің гиперпластикалық процесстер байқалады.

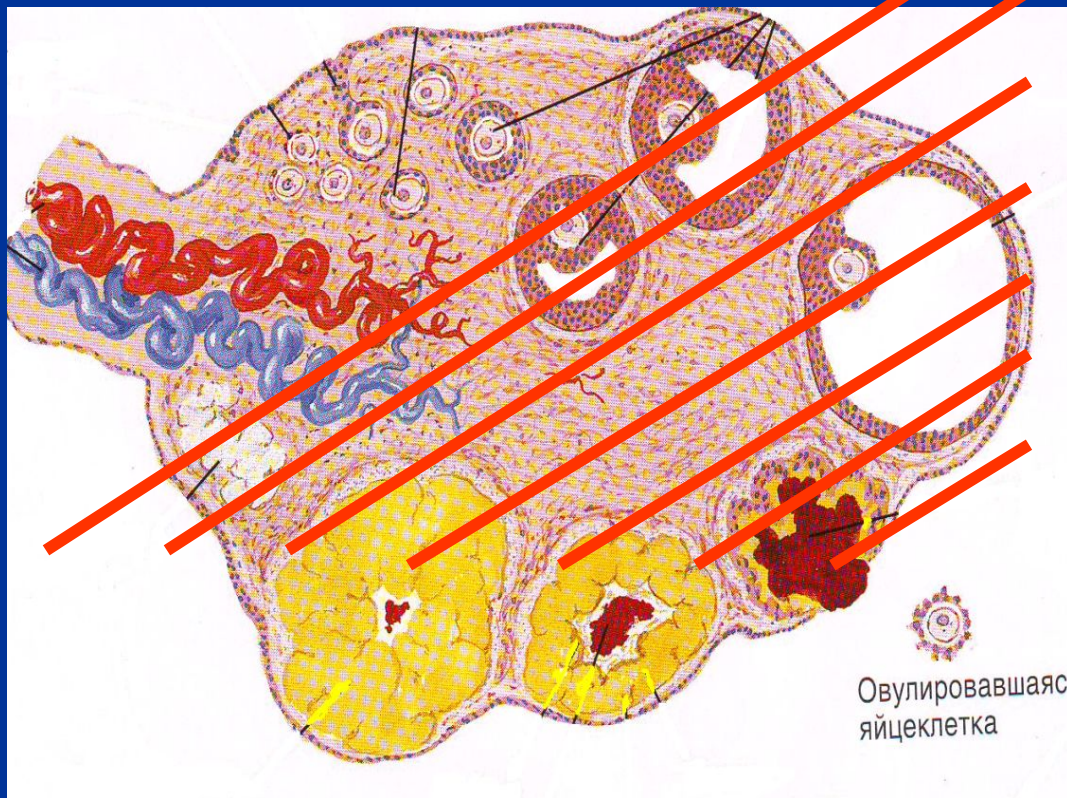
Ановуляторлық ДЖҚ

ДЖҚ патогенезі бойынша жіктелуі	Ановуляторлық ДЖҚ		
	Фолликулалардың қысқа уақытты ритмді персистенциясы	фолликула лардың ұзақ персистенциясы	Фолликулалар атрезиясы
Клиникасы	Бедеулік, гиперполименорея	Етеккірдің 4-8 аптаға іркілуі, көп мөлшерде қан ағу, анемия	Етеккірдің 3-4 аптаға іркілуі, аз мөлшерлі ұзақ уақыт қан ағу
Диагностикасы	Клиникасы, объективті қарап тексеру, қосымша зерттеу әдістері		
Қосымша зерттеу әдістері –функциональды диагностика тесті (ФДТ)			
Ректальды температура	монофазалы	монофазалы	монофазалы
«қарашық» және папоротник симптомы	ЕЦ 7- күнінен қан ағу пайда болғанша оң болуы	ЕЦ барлық ағымында қан ағу пайда болғанша айқын болуы	Әлсіз оң, үнемі
КПИ	70-85% 14 күніне жуық қан ағу пайда болғанша	70-85%	25-30%

Ановуляторлық ДЖК

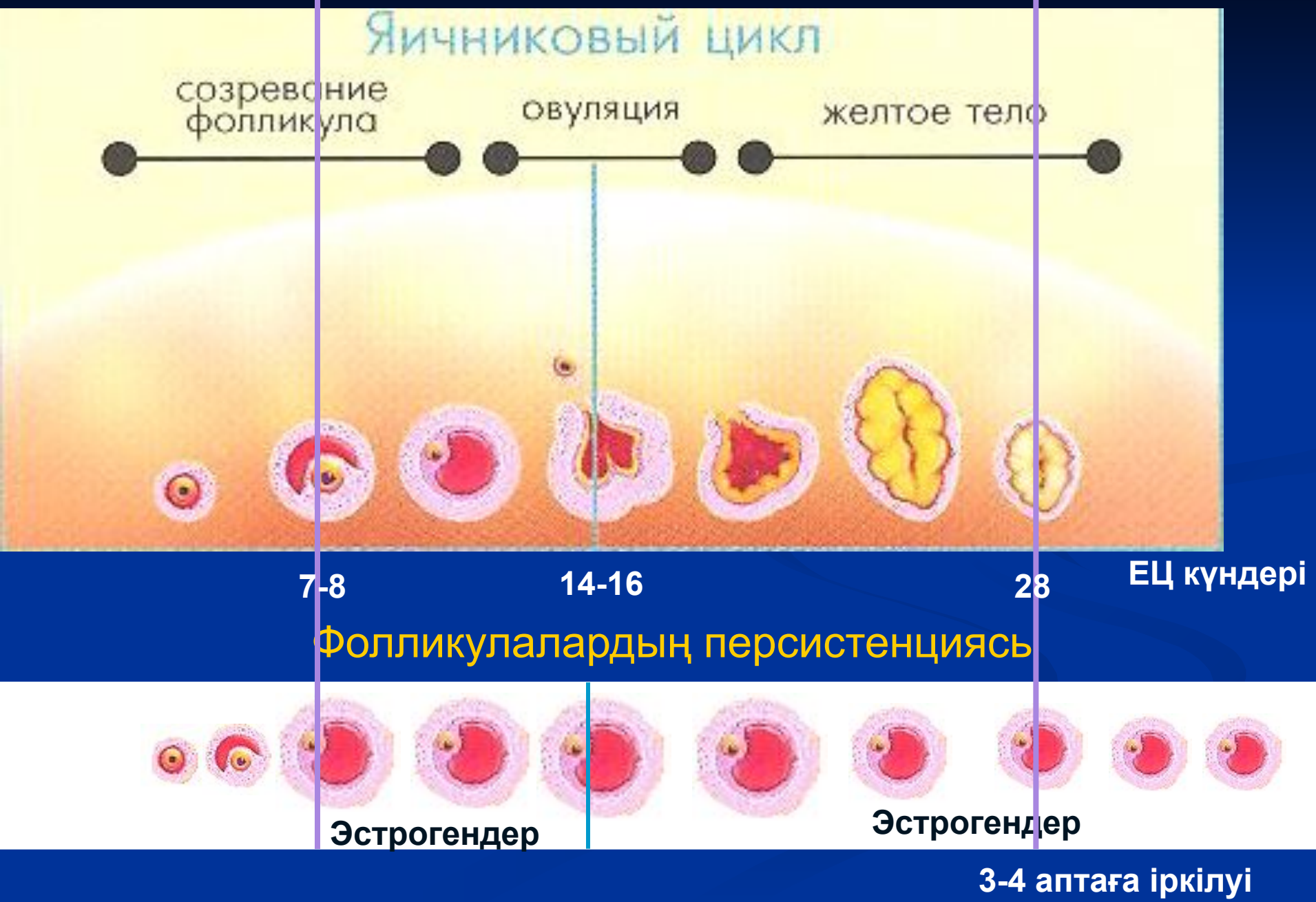
Фолликулалардың персистенциясы

Фолликулалар, жетілудің бір деңгейіне жетеді және бұл кезде овулиция жүрмейді, бірақ эстрогендердің бөлінуі жалғасады

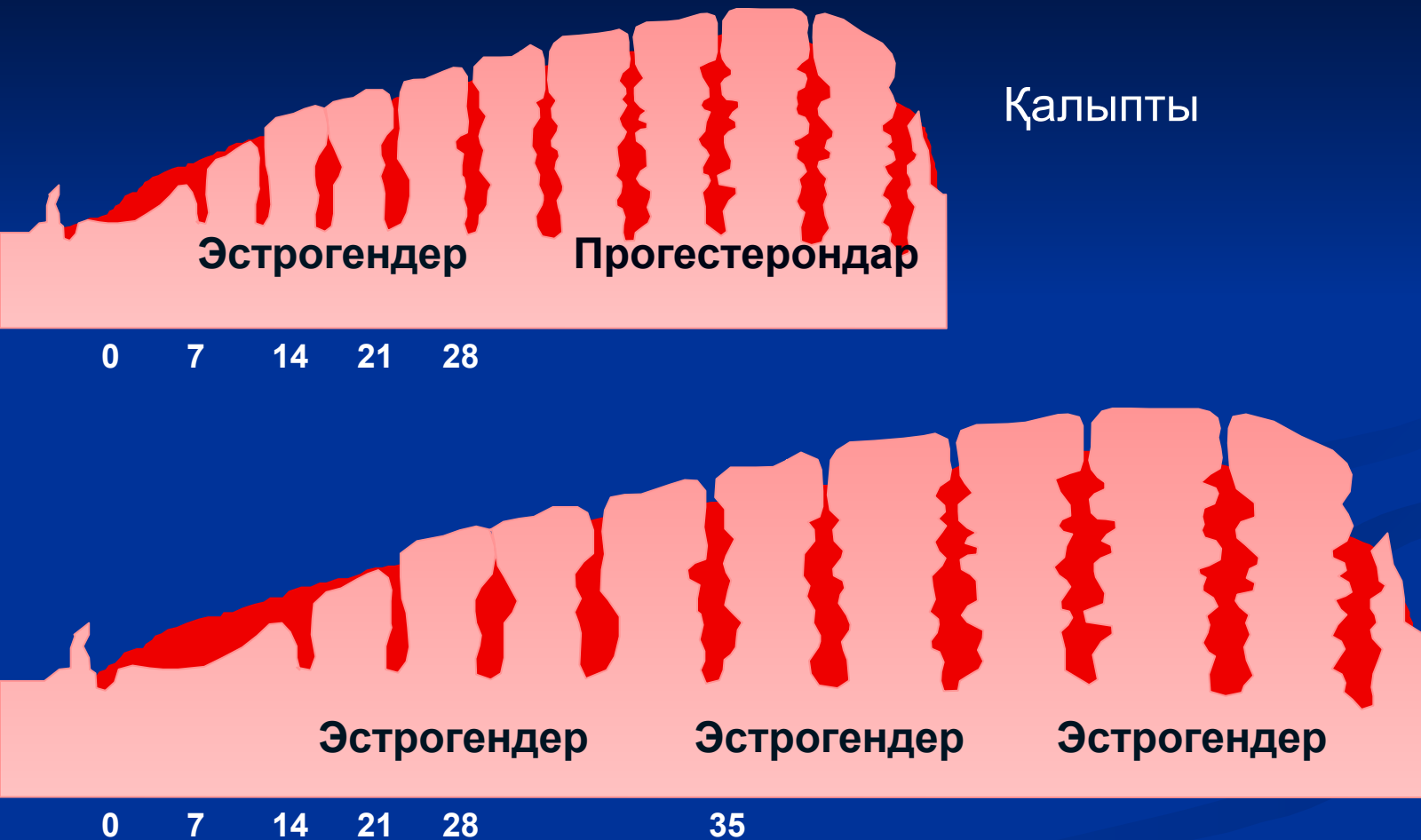


Прогестерон жетіспеушілік жағдай дамиды

Қалыпты аналық безі циклы



Эстрогендер деңгейінің ұзақ уақыт әсер етуі, эндометрийдің қан тамырлары мен пролиферациялық бездердің құрылымының шектен тыс өсуіне әкеледі



Овуляцияның және сары дененің прогестерон секрециясының болмауына байланысты эндометрийдің қалыпты сылынуы жүрмейді

Қалыпты аналық безі циклы



0

7-8

14-16

28

ЕЦ күні

Фолликулалар атрезиясы



Эстрогендер

Эстрогендер

Эстрогендер

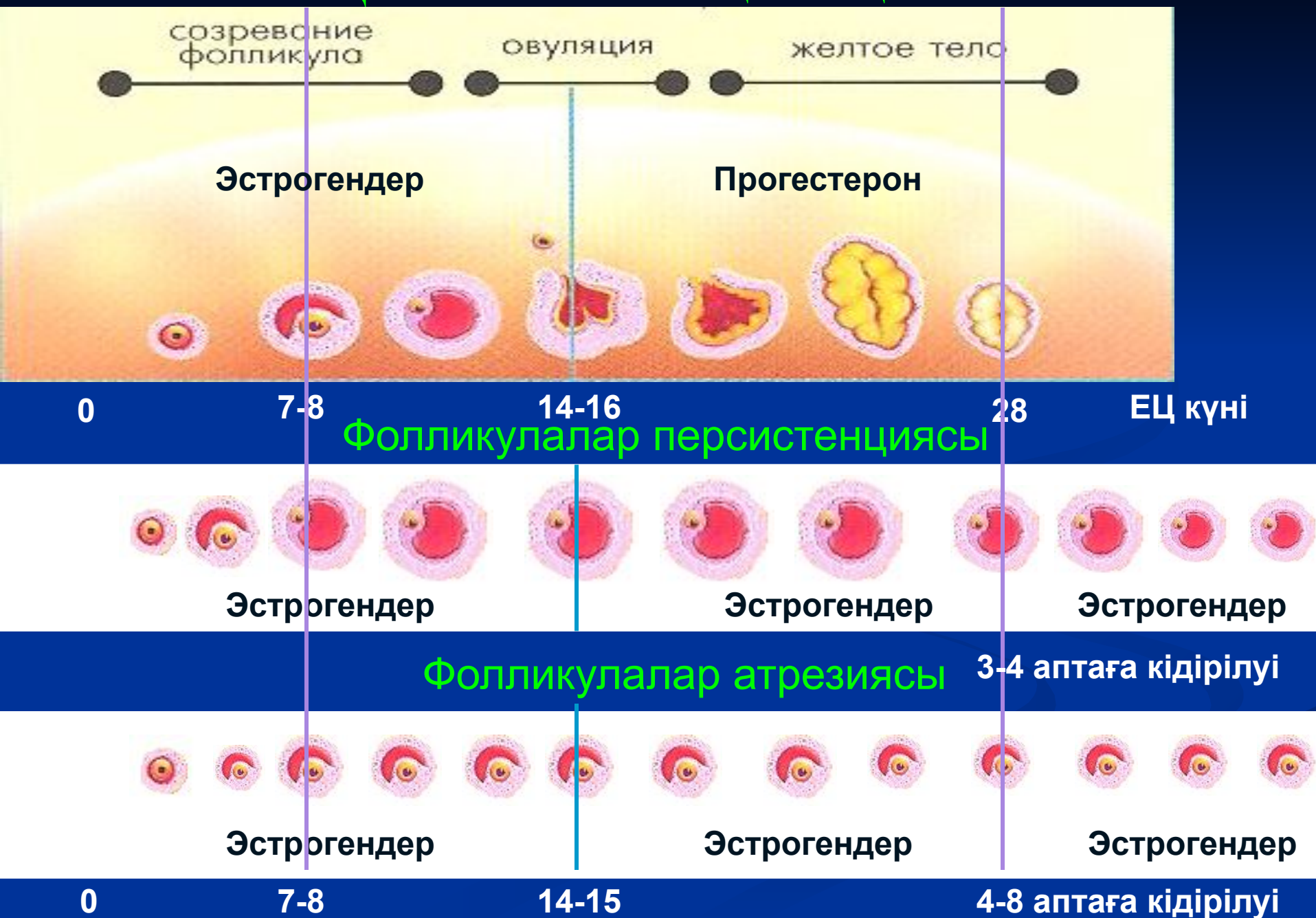
0

7-8

14-15

4-8 аптаға кідірілуі

Қалыпты аналық безі циклы



Ановуляторлық ДЖҚ емі

Фолликулалардың қысқа уақытты персистенциясы

Организмнің эстрогендерге қанықтылығының сәл төмендеуінде – 3-4 ай аралығында эстрогендермен және гестагендермен циклды терапия жүргізеді (I фазада – эстрогендер, II фазада – гестагендер).

Фолликулалардың ұзақ уақытты персистенциясы

Эстрогендерге қанықтылығы жоғарылағанда ХГ 1000-1500 ЕД - дан, 12 күнінен 16 күніне дейін жүргізеді. Сонан соң прегнин 0,01 x 2 рет/күніне – 7 күн (3-4 ай көлемінде). Эстрогендерге қанықтылығы қалыпты болғанда – овуляцияны стимуляциялайды.

Овуляторлық ДЖҚ

ДЖҚ патогенезі бойынша жіктелуі	Овуляторлық ДЖҚ		
	Фолликулинді фазаның қысқаруы	Лютеинді фазаның қысқаруы (гиполютеинизм)	Лютеинді фазаның ұзаруы (гиперлютеинизм)
Клиникасы	ЕЦ 14-21 күнге дейін қысқаруы, гиперполименорея, бедеулік, жүктілікті көтере алмаушылық		ЕЦ ұзаруы, қан ағу
Диагностикасы	Клиникасы, объективті қарап тексеру, қосымша зерттеу әдістері		
Қосымша зерттеу әдістері –функциональды диагностика тесттері (ФДТ)			
Ректалды температура	I-і фазаның қысқаруы екі фазалы	II-і фазаның қысқаруы екі фазалы	II-і фазаның ұзаруы екі фазалы
«қарашық» және папоротник симптомы	Тез пайда болуы, максимум 8-10 күні	ЕЦ қалыпты кезеңіндегі тәрізді	
КПИ	ЕЦ қалыпты кезеңіндегі тәрізді		

Овуляторлы ДЖҚ емі

Фолликулинді фазаның қысқаруы	қажет етпейді (көп мөлшерлі етеккірде – синтетикалық прогестиндермен гормональды емдеу)
Лютеинді фазаның қысқаруы	гестагендерді циклдың ІІ фазасында – оргаметрил, норколют 10 мг – нан 6 ай ішінде етеккір циклының 15 күнінен 24 күндер арасында тағайындалады.
Лютеинді фазаның ұзаруы	Жатыр қуысын диагностикалық қыру, көп мөлшерлі қан кеткенде эстрогендерді циклдың 1 күнінен 25 күніне дейін, ал прогестиндерді циклдың 5 күнінен 25 күніне дейін тағайындайды.

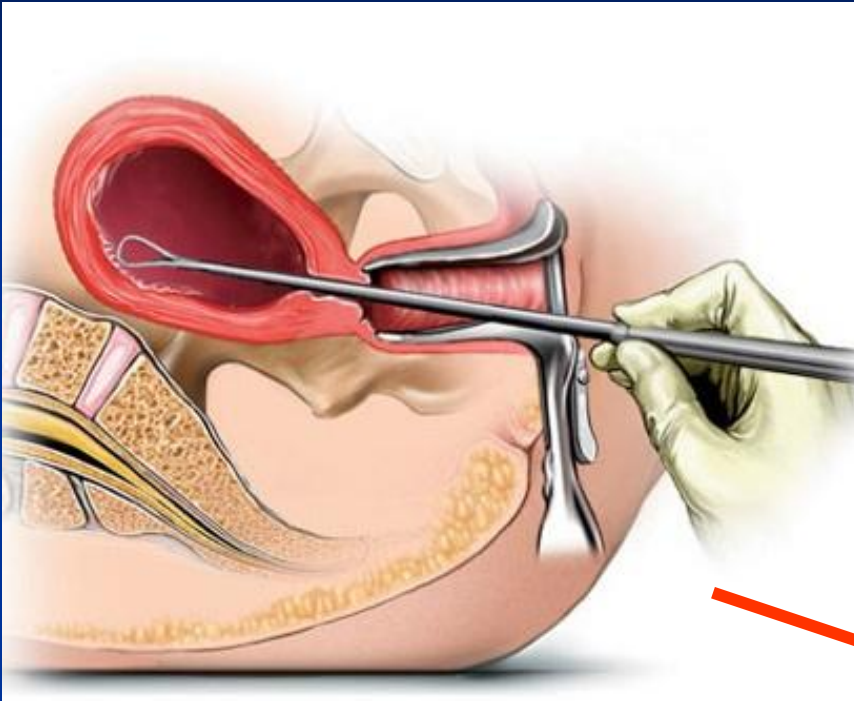
ДЖҚ жүргізу тактикасы

1. Қан кетуді тоқтату;
2. Қан кетудің рецидивінің алдын
- алу;

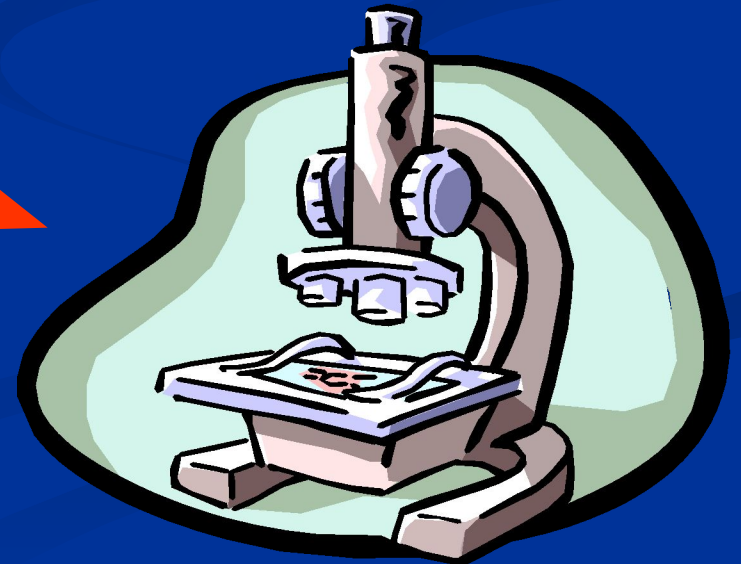
ДЖҚ жүргізу тактикасы



Хирургиялық гемостаз (жатыр қуысын қыру)



Жатыр денесі мен
цервикальды каналдың
шырышты қабатын емдік
және диагностикалық
мақсатта қыру, одан ары
алынған қырындыны
гистологиялық зерттеу



Ювенильді жатырдан қан кету

- Пубертатты кезеңде ДЖҚ (ювенильді) ювенильді жатырлық қан ағу деп атайды (ЮЖҚ)
- Менархеден кейін алғашқы 2 жылда байқалады.
- Жиілігі, балалық кезеңдегі гинекологиялық аурулардың 20% құрайды

Ювенильді жатырдан қан кету

- ЮЖҚ люлибериннің цирхоральды ритмінің тұрақталмауына және гипоталамо-гипофизарлық жүйенің жетілмеуіне байланысты болады.

Себептері:

- Психикалық және физикалық стресстер;
- Шаршау;
- Тұрмыс жағдайының қолайсыз факторлары;
- Гиповитаминоз;
- Қалқанша безінің және бүйрек үсті безінің дисфункциясы;
- Жедел және созылмалы инфекциялық аурулар;

Ювенильді жатырдан қан кету

Патогенезі:

- Көбіне фолликуланың атрезиясы фонында дамиды.

Клиникасы:

- Алғашқы етеккір уақытында келеді, ал кейіннен 1,5-2-3,5 айға дейін кідірулер болады.

ЮЖҚ диагностикасы

- Анамнез
- ЖҚА, коагулограмма
- ФДТ
- Қан сарысуындағы гормондарды анықтау
- Ректоабдоминальды зерттеу
- Кіші жамбас ағзаларын УДЗ
- Невропатологтың, эндокринологтың, офтальмологтың кеңесі
- Бас сүйегінің рентгенографиясы
- Электроэнцефалография

Дифференциальды диагностикасы

- Басталған және толық емес түсік
- Верльгоф ауруы (идиопатиялық аутоиммунды тромбоцитопениялық пурпура)
- Эндометрий туберкулезі
- Жатыр денесі мен мойнының рагы

ЮЖЖ емі

- I саты – қан кетуді тоқтату (гемостаз)
- II саты – қан кетудің алдын алуға және етеккір циклын реттеуге бағытталған терапия.

I саты – қан кетуді тоқтату

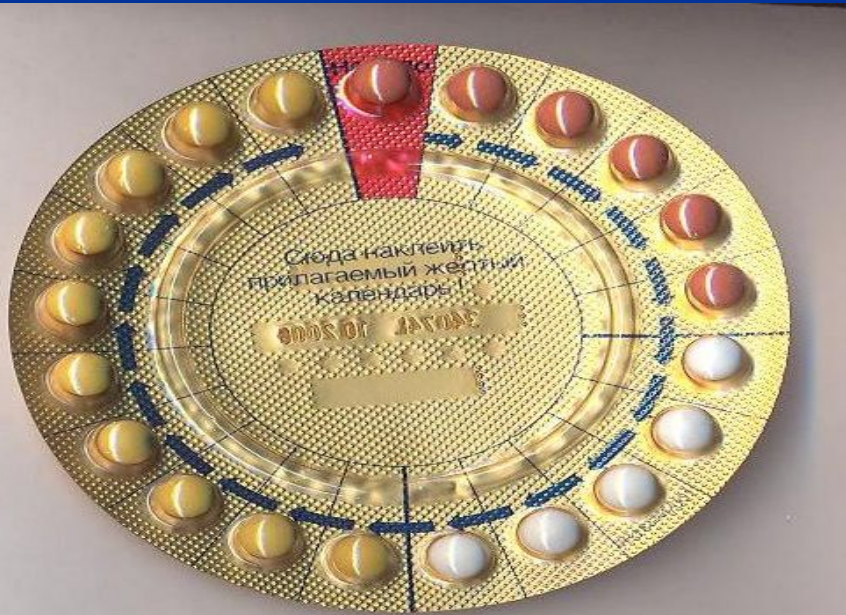
- Гемостаз әдісін таңдар алдында науқастың жалпы жағдайын және қан кету көлемін ескеру қажет.
- Анемия белгілері айқын емес болса (Hb 100 г/л ден ↑ , Ht 30% дан ↑), ал УДЗ мәліметтері бойынша эндометрийдің гиперплазиясы байқалса, онда симптоматикалық гемостаз жүргізіледі.

Симптоматикалық гемостаз

- Жиырылтатын заттар –
утеротониктер: окситоцин;
- Гемостатикалық препараттар:
викасол, дицинон, кальций
глюканаты;
- Антианемиялық терапия: темір
препараттарын пероральды немесе
парентеральды тағайындау;

Гормональды гемостаз

- Симптоматикалық гемостаздан нәтиже болмаған жағдайда жүргізіледі.
- эстрогендерді, гестагендерді, синтетикалық прогестиндерді тағайындайды.



Хирургиялық гемостаз

емізiктi гистологиялық зерттеумен

- Симптоматикалық және гормональды гемостаздан нәтиже болмаған жағдайда тағайындалады (Hb деңгейі 70 г/л төмен, Ht 20% дан төмен)
- Қыздық перденің жыртылуын болдырмас үшін 0,25% новокаин ерітіндісін 64 Бірлік лидазамен енгізеді.
- *Қарсы көрсетулер:* қанның ұю жүйесінің бұзылысы бар науқастар.

Қосымша:

- Психотерапия,
- Физиоєм: мойын аймағын электрофорездеу (Щербак бойынша жаға сынамасы), инелік рефлексотерапия
- Анемияны емдеу
- Құнарлы тамақтану
- Сумен емдеу
- Инфекция ошақтарын санациялау

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

- Оқулық « Гинекология» ,Г.М. Савильева В.Г. Бреусенко
- Оқулық « Гинекология» , Б.И. Байсова
- Интернет желісі



Назар аударып
тыңдағандарыңызға
рахмет!