

# ЮВЕНИЛЬДІ ЖАТЫРДАН ҚАН КЕТУ

- Орындаған: Кенжигалиева А.С.
- Тексерген: Есеркепова А.С

ЮВЕНИЛЬДІ ЖАТЫРДАН ҚАН КЕТУЛЕРГЕ  
ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУ КЕЗІНДЕ ДАМИТЫН  
АЦИКЛДІ ҚАН КЕТУЛЕР ЖАТАДЫ, КЕЙДЕ  
ПУБЕРТАТТЫ НЕМЕСЕ  
ДИСФУНКЦИОНАЛЬДЫ ЖАТЫРЛЫҚ ҚАН  
КЕТУ ДЕП ТЕ АТАЙДЫ. ПУБЕРТАТТЫ  
ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДАРДА КЕЗДЕСЕТІН ҚАН  
КЕТУ АВТОРЛАРДЫҢ АЙТУЫ БОЙЫНША 10  
- 15% ЖАҒДАЙДА КЕЗДЕСЕДІ.

- **Этиопатогенезі.** ЮЖҚК тудыратын себепші факторлар әртүрлі. Көптеген авторлар психикалық жарақат пен физиологиялық жүктеме маңызын көрсетеді. Стресстік әсерлер гипоталамус - аденогипофиз (стресстік әсерлер) бүйрек үсті безі жүйесін белсендіріп өндірілуі бұзылады. Осыдан фолликулалар персистенциясы дамып, ол өз кезегінде жыныс гармондары өндірісін өзгертеді. Витамин «С» дефицитінде тамыр қабырғаларының беріктігімен ЮЖҚК кездесетін гемостаздық микроциркуляторлы звеносы бұзылады. Витамин С жетіспесе гипоталамус простогландиндер биосинтезі қызметтері бұзылады. Витамин К жетіспесе гипатоциттер қызметі бұзылады

- ЮЖҚК факторларының ішінде басты орынды жұқпалы аурулар көп авторлар қан кетулер, ангина, грипп, созылмалы тонзиллит, ЖРВИ, жел шешек, ревматизм және паротитпен ауырған қыздарда кездесу жиілігі жоғарылығын айтады. Сондықтан инфекциялық аурулар гипоталамус, аналық без, кейде нысана мүше жатырға да әсер етуі мүмкін. ЮЖҚК де гонадотропин секрециясы қалыптан ауытқуы әр түрде болуы мүмкін: ациклді монотонды төмен немесе ЛГ жоғары деңгейі. ЮЖҚК гипоэстрогенді түрінде ЛГ мен ФСГ деңгейі төмендеген болса, гиперэстрогенді түрінде ЛГ бөлінуі төмендеп, ФСГ бөлінуі жоғарылайды

## ДИАГНОСТИКАСЫ.

- Диагноз қою үшін ата тегін зерттеу, клиникалық көріністері, клиникалық антропометрия, вагиноскопия, УДЗ, рентгендік зерттулер, ЭЭГ, гормондар контрацепциясы мен гемостаз жүйесі жағдайын және міндетті түрде емдеу диагностика жүргізу керек.

- Жалпы тексеру кезінде ЮЖҚК бар қыздардың көбінде симпатикалық дамуында ауытқулар анықталады. Антропометриялық тексеруде жиі (37%) интерсексуальды морфотип, 19% жағдайда инфантильді, 16% жағдайда қалыптан асқан морфотип, 15% нормоскемия анықталған. Антропометрия мәліметтері екіншілік жыныс белгілері дамуымен менархия жасына сәйкес болған. ЮЖҚК бар қыздарда менархия ерте болуы тән болып келеді және көбісінде фиброзды - кистозды мастопатия анықталады. Сонымен ЮЖҚК мен ауыратын қыздар жыныстық жетілген кезінде сау қыздардан физикалық және жыныстық жетілуінде өзгеше болып келеді. Сыртқы жыныс мүшелері жағдайы мен вагиноскопия мәліметтері бойынша қан кету типі туралы ойлауға болады. Ректоабдоминальды зерттеуде ұлғайған жатыр (кейде 5 апталық жүктілікке сай). Жатыр денесі мен мойын арасындағы анық бұрыш, көп жағдайда көлемі аздап ұлғайған аналық без пальпацияланады.

- Толықтау мәліметтерді кіші жамбас УДЗ береді. УДЗ арқылы аналық без қызмет бұзылысы сипатын анықтауға болады. ЮЖҚК-де аналық без 2 - 2,5 есе үлкейеді. Эндометрий қалыңдығы мен аналық бездегі кистозды өзгерістер қан кету типіне байланысты түрлі болып келеді. Фолликулдер атрезиясында (қан кету гипоэстрогенді типі) эндометрий қалыңдығы 0,8 - 1,0 см, аналық бездегі кистозды өзгерістер диаметрі 0,3 - 0,6 см. Гиперэстрогенді қан кетуде эндометрий қалыңдығы 1,2 - 1,5 см, аналық бездерде диаметрі 1,0 - ден 2,2 - 3,5 см кистозды түзілістер анықталады.

- Гиперэстрогенді ЮЖҚК - де гистероскопияда біртекті емес қалыңдықтағы кілегей, гиперплазия, полиптер; физикальды тексеруде монофазалы базальді температура, КПИ 50 - 80 % жатыр мойыны кілегейі созылуы 7-8см болуы анықталады. Гипоэстрогенді түрде гистероскопия мен рентгенологиялық әдістер мәліметтері ұқсас, монофазалы базальды температура, КПИ 20-40 % кілегей созылу ұзындығы 3-4 см болғанын анықтайды.



- Гемостаз жүйесі аурулары қосарланып кездесуі мүмкіндігін ескере отырып, науқастарды этапты тексеруден өткізу керек.
- **Бірінші этапта** - қан кету уақыты мен типін анықтайды. Бұл зерттеулер гемостаз дәрежі ақауларын жоққа шығарамыз (идиопатиялық тромбоцитопениялық пурпура). Белсендірілген жартылай тромбоцитарлық уақыт (АЧТВ), белсендірілген рекоальцификация уақыты (АВР), протромбин индексі (ПТИ) анықтап, қан плазмасындағы ұю факторларын сипаттайды. Бұл көрсеткіштер өсуі гемостаздың прокоагулянттық звено факторларының төмендеуінде байқалады, фибронеген концентрациясын анықтап, гипофибриногенемияның жоққа шығарады.

- **Екінші этапта** -гемостаздың, плазмалық және микроциркуляторлық қан-тамырлық звеносына сапалық баға жүргізіледі. АЧТВ, АВР ұзарғанда тромбинді уақыты анықтау керек, бұл туа пайда болған коагулопатия түрлерін (жедел ДВС- синдромымен, ятрогенді коагулопатия) ажырату үшін қажет. Тромбин уақыты жоғарласа фибрин мен фибриноген деградациясы концентрациясын себепші болады; концентрациясы жоғарласа тромбогеморарагиялық синдром белгісі болып табылады.

- **Үшінші этапта** -гемостаз ақауын бағалаудың соңы болады. басында тромбоцит агрегациясын белсендіретін күшті стимулятормен сынама жасалады, бұл арқылы тромбоциттің максималы агрегациялық қасиетін бағалауға және эндогенді белсендіргіштер бөлінуін сипаттауға мүмкіндік береді. Сосын әлсіз белсендіргіштермен сынама жасалып, тромбоциттердің екіншілік агрегациясының бағалануына, ұю факторлары бөліну реакция динамикасын, сонымен қатар біріншілік тромбоцитарлы агрегация, агрегаттар, дезагрегация сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

- Егер қан-тамыр қабырғасы қан ұю жүйесі бұзылмай зақымдалса, қан кету уақыты ұзарады, қан ұйығыштығы қалыпты болады. ЮЖҚК бар қыз балаларды жүргізуге бауыр, қалқанша безі патологиясын жоққа шығару керек. Экстрагенетальды аурулар жоққа шығарылса, генетальды аурулар арасында емдеу диагностика жүргізіледі. Осы мақсатта полипоз, қынап ісіктері, бөгде денелерді өлшеу үшін вагиноскопия жасалады. Жыныстық жетілу кезінде ЮЖҚК генетальды туберкулезде емдейді, бұл жаста туберкулез ациклді жатырлық қан кетумен көрінеді. Бұл жаста түсік, жүктілік, аналық без гранулезі ісіктері, эндометриоз болуы мүмкін екені ұмытпау керек.

# ЮЖҚК ЕМІ.

- - жалпы ем
- - жиырылғыш және қан тоқтататын препараттар қолдану
- - гармонотерапия
- - оперативті ем

# ЖАЛПЫ ЕМІ.

- Науқаста теріс эмоцияны жою, физикалық және психикалық тыныштықты қалыптастыруға қалыптастыруға бағытталған, рациональды тамақтану, дұрыс еңбекпен демалыс режимі, витаминдер қолданудан тұрады. Қыздардағы ДЖҚК орталық генезі болуына байланысты психотерапиялық комплекс шаралары жүргізіледі: гальваникалық жаға түрінде вром және кальцимен электрофорез, транквилизаторлардың аз дозасы тағайындалады.
- Сирек жағдайда гипоэстрогения фонында болған қан кетуде төмен жиелікті импульсті токпен эндопальды электростимуляция жасалады. Жие қайталайтын қан кетуде паравертебральды аймақтың вибрациялық массажы нәтижесі болады.

- Жалпы ем ішіне анемиямен күрес жүреді. Темір препараттарынан сүт қышқылы және тотыққан темір, гемостимулин, форликс ұсынылады. Витаминдерден К және В<sub>6</sub> көп қолданылады. Витаминдерді фольй қышқылымен қосып беру көрсетілген. ( В<sub>12</sub> -100 - 200мг б/е күнара 2-4 апта бойы, фольй қышқылы 0,01-0,03г. 2-3 рет бір күнде, викасол 3-5 мл -1% ерітінді б/е-ке 3-7күн бойы).
- Кейде инсулин (тері астына 4-5 (8дейін)) ЕД күніне 1рет 20-30 күн тағайындалады .Иснулин алдында қанты бар шәй ішу керек.
- ЮЖҚК -де рефлексотерапеия кең қолданылады. Екі түрі қолданылады: электростимуляция мен электропунктура. Бұл әдістер мойын-гипофизарлы рефлексстерді қоздырып, гипоталамус -гипофиз-аналық без- жатыр жүйесіндегі процестерді қалыптастыруға негізделген.

- **Жатыр жиырылуын белсендіретін және қан тоқтататын препараттар.**
- Қан кетуді азайтуға қолданылады. 10% кальций хлориді ерітіндісін көктамырға, питуитрин немесе мамофизин 0,3 мл б/е 2-3рет қан кету кезінде қолданылады. Жатыр жиырылуын жақсарту арқылы қан тоқтатуға АТФ, кокарбоксилаза қолданылады. Шөптерден -крапивница, калина, қолданылады.
- Геморрагиялық синдром формалары анық болғанда оң нәтижені гемостатикалық препараттар береді: дицинон, глюканат кальция, витаминдер, утеротониктер.



- **Гормонотерапия**ановуляторлы жатырлық қан кетуде емдік мақсатта жүргізіледі: 1) қан кетуді тоқтату (гормональді гемостаз) және 2) етеккір қызметін қалыптастыру.
- Қыздарда гармональді гемостаз әдісінде эстроген немесе комбинирленген эстроген-гестоген препараттары қолданылады. Эстрогенді гемостазда 0,1%-1мл эстрадиол дипропионат бұлшықетке әр 3-4 сағ сайын немесе 10000-20000 ЕД фоликулмен немесе этинилэстрадиол 0,1-0,2 мг/тәу. қолданылады. Қан кету баяулауы алғашқы 24 сағатта басталып біртіндеп қанды тоқтатады. Жауап реакция сипатына қарай эстроген мөлшерін жалпы әлдендіруші анемияға қарсы ем фонында төмендетеді де 6-8 күн гестогенді препараттар қолданылады.
- Қан тоқтату үшін комбинирленген монофазалы эстроген - гестогенді препараттар: бисекурин, новолон, овулен қолданылады. Күніне 2-3 таблеткадан 3 күн қолданғанда (жиі 1 күнде) гемостазға қан жеткіземіз, бұдан соң дозасын тәулігіне 1тб дейін төмендетеді. Бұл дозада препаратты 15-20 күн жалғастырады, препаратты тоқтатқан соң 2-4 күннен кейін етеккір тәрізді реакция болады

- *Хирургиялық ем.* Гемостаз және бір мезгілде эндометрийдің функциональды жағдайын анықтау үшін жатыр кілегейіне қыру жасалады.
- Соңғы жылдар зерттеулері бойынша қыруды тек өмірлік көрсеткішпен емес, 2 жылға созылған қайталамалы ауруларда диагностика мақсатында жасаған дұрыс. Қыруға салыстырмалы қарсы көрсеткіш қабыну аурулары, лейкоцитоз бен СОЭ жоғары болуы жатады.