



ДЖҚ(дисфункциональды жатырлық қан кету)- бұл етеккір уақытында немесе етеккірдің циклының ұзаруы не қысқаруынан кейін 7 күннен артық ациклді жатырлық қан ағу.

‘Дисфункциональды’ термині қан кетудің себебінде анатомиялық ақаулар жоқ дегенді білдіреді. ДЖҚ репродуктивті жүйе қызметінің бұзылуынан туындайды.

ДЖҚ әйел өмірінің әр кезеңінде кездесуі мүмкін:

-пубертатты немесе ювенильді кезең-12-18 жас,

-репродуктивті кезең-18-45 жас,

-климактериялық кезең-45-55 жас.

Осы кезеңдердің барлығында ДЖҚ-дің негізгі себебі болып аналық бездің гормоналды қызметін реттейтін гонадотропты гормондардың өндірілуі мен бөлінуінің бұзылысы саналады.

Пубертатты кезеңде гонадотропты функция әлі дамымаған, ФСГ мен ЛГ бөлінуі хаотикалық сипатта болады.

Климактериялық кезеңде гонадотропты функцияның бұзылысы инволюция процесінің әсерінен дамиды, гипофиз бен аналық без арасындағы қарама-қарсы байланыс бұзылады.

Репродуктивті кезеңде бұзылыс себебі әр түрлі, олар:

-стресс;

-инфекция;

-жүктілікті үзу;

-эндокринді жүйе аурулары, (диабет, гипотиреоз, тиреотоксикоз);

-дәрілік заттар, көбіне фенотиазиндер қатары.

Гипофиздің гонадотропты қызметінің бұзылуы аналық бездің гормональдық қызметінің бұзылуына алып келеді және келесі түрде көрінеді:

Ановуляторлы:

- фолликула персистенциясына байланысты;
- фолликула атрезиясына байланысты;

Овуляторлы:

- лютеиндік фазаның қысқаруымен өтетін;
 - лютеиндік фазаның ұзаруымен өтетін;
 - фолликулярлы фазаның қысқаруымен өтетін.
-

Ановуляторлы жатырлық қан кету.

Әйел өмірінің екі кезеңінде жиі кездеседі: ювенильді кезеңде- 20-25 %, климактериялық кезеңде – 60%.

Ановуляторлы жатырлық қан кету кезінде әйел организмінде келесідей өзгерістер болады:

- овуляцияның болмауы;
- циклдың екінші кезеңі болмайды, прогестерон бөлінбейді;
- фолликулдардың жетілу процесі бұзылады;
- циклдың барлық кезеңінде тек эстроген ғана бөлініп, ол нысана ағзаларға пролиферативті емес гиперпластикалық әсер көрсетеді(эндометрий полипозы мен безді гиперплазиясы).

Егер бұл бұзылыстар емделмесе, 7-14 жыл ішінде эндометрийдің аденокарциномасы дамуы мүмкін.

Фолликула персистенциясы

Циклдың 1-фазасында фолликула пісіп-жетіліп овуляцияға дайын болады, бұл кезде ЛГ деңгейі жоғарылайды.

Фолликула персистенциясы кезінде ЛГ деңгейі жоғарыламайды, фолликула жарылуы болмайды, фолликула сол күйі қалады. Содан организмде айқын гиперэстрогения орын алады.

Фолликула атрезиясы

Фолликулдар дамуының соңғы сатысына дейін жетпей, дамудың төменгі сатыларында қалып қояды. Әдетте олардың саны бір емес бірнешеу болады. Осылай кейінгі фолликулдар да атрезияға ұшырап отырады, овуляция болмайды, прогестерон тапшылығы байқалады, эстроген деңгейі салыстырмалы жоғарылайды.

Екі жағдайда да гиперплазияланған эндометрийді қан тамырлар өсіп-өнуі артады. Эндометрий эстроген әсерінен өзінің қасиетін өзгертеді. Бірақ эстроген деңгейі үнемі тұрақты емес, біресе көбейіп, біресе азайып отырады. Эстроген деңгейі төмендеген кезде эндометрий қан тамырларында тромбтар түзіліп, некроз орын алады.

Осыдан ановуляторлы қан кетуде етеккір кідіруі болады. Қан кетудің 70-80%-ы кідірген етеккірден соң болады, 20%-ы етеккір кезінде басталады, бірақ уақытылы аяқталмайды.

Негізгі шағым- етеккір кідіруінен кейінгі қан кету.

Диагностика

Тесттер, зерттеулер	Атрезия	Персистенция
Базальді температура	Монофазды	Монофазды
Қарашық симптомы	+++	++++
Кольпоцитология	Эстрогенді әсер	Эстрогенді әсер
Кариопикнотикалық индекс	Төмен	Жоғары
Миометрийді гистологиялық зерттеу	Патопродиферация	Патопродиферация

Дифференциальды диагноз

Ювенильді кезеңде- жүйелі қан аурулары, Верльгоф ауруы;
Репродуктивті кезең- басталған түсік, жатырдан тыс жүктілік;
Климактериялық кезең- онкологиялық аурулар.

Овуляторлы ДЖҚ

Овуляторлы ДЖҚ көбіне репродуктивті кезеңдегі әйелдерде кездеседі.

Пісіп жетілген фолликул мен сары дене қызметінің бұзылысы овуляторлы ДЖҚ-дің негізгі себебі болып табылады. Сонымен қатар простогландиногенез бен ФСГ немесе ЛГ өндірілуінің бұзылысы да овуляторлы ДЖҚ-дің дамуына әсер етуі мүмкін.

ЮЖҚК диагностикалық құндылығы

- Екінші жыныстық белгілерінің дамуын бағалау
 - Физикалық дамуын бағалау
 - Зерттеудің аспаптық әдістері:
 - Түрік ершігінің рентгенографиясы
 - Эхоэнцефалография
 - Компьютерлік томография
 - Бүйрекүсті және қалқанша безінің эхографиясы
 - Гинекологиялық зерттеулер:
 - Ректальды абдоминальды зерттеулер
 - Вагиноскопия
 - Кіші жамбас астауының УДЗ
 - Зертханалық:
 - Биохимия, коагулограмма, ФСГ, ЛГ, пролактин, эстраген, прогестерон, кортизол, анықтау
 - Мамандар консультациясы-невропатолог, эндокринолог, окулист-көз түбі
-

Лютеиндік фазаның ұзаруымен жүретін ДЖҚ

Етеккір циклының 2-фазасының ұзаруы сары дененің персистенциясымен байланысты. Бұл кезде етеккір бір неше күн немесе аптаға кешігуі мүмкін және қан мқлшері ұлғаяды. Осы белгілері бұл ДЖҚ-ны жатырдан тыс жүктілікпен шатастырады, кейде қосалқылар тұсынан ісік тәрізді түзіліс те байқауға болады, бұл- сары дененің кистозды түзілісі.

ДЖҚ-ның бұл формасына, сонымен қатар, эндометрийдің толық түлемеуі тән. Фолликула пісіп-жетілуі басталып кетеді, бірақ сары дене өз қызметін әлі аяқтамайды, прогестерон өндіруін жалғастыра береді, осыдан эндометрийдің секреция тоқтамай, эндометрийдің белгілі бөлігі түлемеі қалып қояды. Бұл гистологиялық зерттеу кезінде анықталады.

Лютеиндік фазаның қысқаруымен жүретін ДЖК

Сары дене қызметінің жеткіліксіздігіне байланысты. Сары дененің өмір сүру уақыты қысқаруы немесе прогестерон өндіру қызметі төмендеуі мүмкін. Осыдан етеккір циклының толыққандылығы бұзылады, цикл уақыты қысқарады. Прогестерон жеткіліксіздігіне байланысты секреторлы трансформация кешігеді және толық болмайды. Нәтижесінде эндометрий мезгілінен ерте түлей бастайды. Етеккірден 4-5 күн бұрын жабысқақ қан аралас бөлінділер бөлінеді.

ДЖК-ның бұл түрі жылына 2-4 рет көлемді қан кетумен ерекшеленеді.

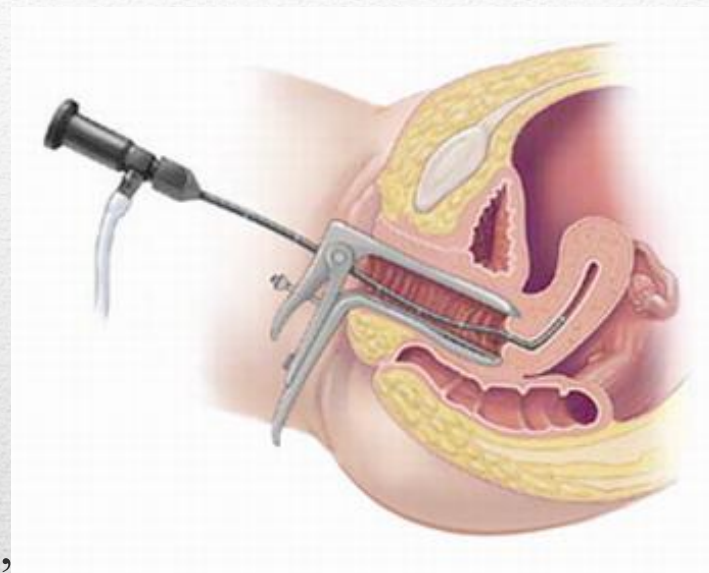
Фолликулярлы фазаның қысқаруымен жүретін ДЖҚ

ДЖҚ-ның бұл формасы эстроген деңгейінің цикл ортасында төмендеуімен байланысты. Қан ағу әр түрлі болуы мүмкін-жабысқақ сипаттан көлемді қан кетулерге дейін.

Фолликулдардың толыққандылығының төмендеуінен де туындауы мүмкін, бірақ бұл кезде овуляция болады, эстроген деңгейі циклдың бірінші күнінен-ақ төмен болады. Етеккір сипаты әр түрлі болады: 2-3 күндері көлемді, 6-7 күндері жабысқақ. Эндометрийдің регенерация және пролиферация баяулайды.

Диагностика

- гинекологиялық тексеру;
- цитологиялық зерттеу;
- УДЗ;
- гормондар деңгейін анықтау(ЛГ, ФСГ, Прл, прогестерон мен эстроген, ТТГ, Т4, Т3);
- гистероскопия;
- жатыр қырындысын гистологиялық зерттеу;
- гипофизді зерттеу: бастың РГ, КТ, МРТ-сы.



Емі

Емдеу ДЖҚ-дің этиологиясына, патогенезіне және әйелдің жалпы жағдайы мен аурудың ағымына байланысты.

Ем түрлері:

- Жалпы қалпына келтіру;
- Симптоматикалық ем;
- Гормональді ем;
- Хирургиялық ем.

Емнің негізін гормональді ем құрайды.

Емнің мақсаты:

- Қан кетуді тоқтату;
 - Қан кетудің алдын алу(етеккір циклын қалпына келтіру);
 - Реабилитация.
-

ДЖҚ асқынулары

- Репродуктивті кезеңде бедеулік: анамнезінде ДЖҚ бар жүкті әйелдерде ерте түсік тастау жиілігі жоғары;
 - Созылмалы анемия: жедел қан кетулер кезінде тез арада дәрігерге қаралмау летальді жағдайға алып келеді;
 - Ұзаққа созылған ановуляторлы ДЖҚ кезінде жатыр гиперплазиясы мен қатерлі ісігі болуы мүмкін.
-