

«АМЕНОРЕЯ»

РЕЖА

1. Аменорея, тушунча, таъриф, турлари, синфланиши
2. Гипоталамо-гипофизар етишмовчилик ёки дисфункция
3. Тухумдонлар функцияси етишмовчилигидаги бирламчи аменорея.
4. Гонадалар дисгенезиясининг турлари, клиникаси, диагностикаси ва даволаши
 - A) Типик формаси (Шершевский-Тернер синдроми)
 - B) Гонадалар дисгенезиясининг чин шакли.
 - C) Гонадалар дисгенезиясининг аралаш шакли.
5. Гормонлар синтезини тугма етишмовчилиги – Тестикуляр феминизация синдроми (ТФС).
6. Бирламчи аменореянинг анатомик сабаблари.
 - Функция бажарадиган бачадонда кин атрезияси, аплазияси ва агенезияси.
7. Тестикуляр феминизация (моррис синдроми, сохта эркаклик гермофродитизми)
8. Тухумдонлар чарчаши синдроми (синдром истощение яичников).
9. Тухумдонлар резистентлик (чидамлилик) синдроми.
10. Адипозогенитал дистрофиялар (Пиранц-Бабинский-Фрелих синдроми)
11. Гормонал синамалар
12. Функционал диагностик тестлар

АМЕНОРЕЯ

- **Аменорея** – 15 ёшдан сунг менструация келмаслиги ёки 45 ёшдан сунг 6 ва ундан куп вакт мобайнида менструация келмаслигидир. Аменорея физиологик, патологик, бирламчи ва иккиламчи турларга булинади.

Аменореяни синфланиши

Сохта	Чин		
	Физиологик аменорея	Патологик аменорея	
	қизларда	Бирламчи аменорея	Иккиламч и аменорея
	хомиладорларда	Гипоталамо -гипофизар	Гипотала мо- гипофиза р
	климактерик даврда	Бачадон	Бачадон
		тухумдон	тухумдон

- **Чин аменорея** – эндокрин касалликлар натижасида эндометрийнинг циклик трансформацияси бузилиши билан боғлиқ бўлган аменореядир.
- **Сохта аменорея** - жинсий йуллар утказувчанлигини бузилиши билан боғлиқ бўлган аменорея бўлиб, булар кизлик пардасининг атрезияси, кин ёки цервикал канал атрезияси да кузатилади. Сохта аменореяда репродуктив системани нейрогуморал бошқарувида катнашадиран барча звеноларда циклик узгаришлар содир булади, эндометрийда ҳам циклик узгаришлар булади, факатгина менструация кони бачадондан ташқарига чиқа олмайди. У кинда (гематокольпос), бачадонда (гематометра) ва найларда (гематосальпинкс) тупланиши мумкин.

Чин аменорея булинади физиологик ва патологик

- **Физиологик аменорея** – жинсий етилиш давригача (9 - 15 ёшгача) одатда менструация булмайдди. Бундан ташкари менопаузадан сунг (45 ёшдан кейин), хомиладорлик ва лактация даврларида хам менструация келмаслиги табиий холдир.
- **Патологик аменорея** – 16 ёшдан 45 ёшгача булган аёлларнинг 6 ой ва ундан куп вақт мобайнида менструация булмаслигига айтилади. Бу давр оралигида бир йилда 2-3 марта менструация булган булиши ташхисни бекор қилишга асос булолмайди. Булар генетик бузилишлар натижасида, тугма ёки орттирилган тухумдон ва буйрак касалликлари ва нишон аъзолар (кин, бачадон ва бачадош буйни) касалликлари натижасида келиб чиқиши мумкин.

- **Бирламчи аменорея** – 15-18 ёшгача булган кизларда бирор марта хам уз холича менструациянинг келмаслигидир.
- **Иккиламчи аменорея** – 16-18 ёшдан 45 ёшгача булган даврда менструациянинг аввал булиб, кейин келмай қолишидир. Бирламчи ва иккиламчи аменорея эндокрин касалликларнинг турли шакллари ва репродуктив тизим бошқарилишининг турли сохаларини патологияси натижасида келиб чиқиши мумкин.

Аменореяларни классификацияси (этиологияси ва шикастланиш соҳасига кўра)

Шикастланиш соҳаси	Эндокрин патология турлари	
	Бирламчи аменорея	Иккиламчи аменорея
МНС ва гипоталамо гипофизар система соҳаси	Адипозогенитал дистрофия – Пехранц- Бабинский-Фрелих синдроми Тугма адреногенитал синдром	Киари=Фромел синдроми Форбс-Олбрайт синдроми Аргонс-дель Кастильо синдроми Иценго-Кушинг синдроми Шихен синдроми Нерв анорексияси Сохта хомиладорлик Уруш вақтидаги аменорея Психоген аменорея Нейро алмашинув ва эндокрин синдром

Тухумдонлар	Гонадалар дисгенезияси Тестикуляр феминизация Тухумдонлар бирламчи гипофункцияси	Тухумдонлар склерополикистоз синдроми Тухумдонлар иккиламчи Гипофункцияси Аренобластома ва бошка усмалар Сунъий менопауза (хирургик ва нур кастрацияси)
Буйрак усти безлари	Буйрак усти безлари гиперплазияси (тугма АГС)	Жинсий етилиш давридаги АГС, буйрак усти беzi пустлоги гиперплазияси, буйрак усти беzi усмаси, Иценго-Кушинг синдроми
Калконсимон без	Тугма гипотиреоз	Калконсимон без гипофункцияси
Бачадон	Эндометрий дистрофияси ёки мавжуд эмаслиги	Яллигланиш ёки травматик этиологияли эндометрий патологияси

Бирламчи аменорея сабабларига кура 4 та асосий гуруҳга ажратилади:

- Гипоталамо-гипофизар етишмовчилик ёки дисфункция
- Тухумдонлар функциясини етишмовчилиги
- Гормонлар синтезини тугма дефекти
- Анатомик сабаблар

Гипоталамо-гипофизар етишмовчилик ёки дисфункция

- Аменореяни бу шаклида патологик жараён гипоталамо-гипофизар сохада ривожланади, метаболизм ва стероид гормонлар секрециясини бузилишлари эса иккиламчи хисобланади.
- Гипоталамо-гипофизар етишмовчиликни асосий сабаблари антенатал даврда марказий тузилмаларга патоген таъсир булиши деб хисобланади. Буларга асосий инфекцион касалликлар. Стрессли ҳолатлар, интоксикациялар, травма, ута озиб кетиш ва бошқа сабабларни киритиш мумкин. Бу ва бошқа факторлар сезувчан нерв туқималарини у ёки бу даражада шикастланишига олиб келади.

- Гипогонадотроп аменореяли беморларда прогестерон, кломифен ва люлиберин (РГЛГ) билан функционал синамалар натижасига кура гипоталамо-гипофизар етишмовчиликнинг 3 та даражасини ажратилган:
- **Енгил даража** – гонадотропин –ЛГ миқдори – 5,8 МЕ/л, эстрадиол – 50 нмоль/л, ФСГ – 21,6 МЕ/л, прогестерон ва люлиберинлар билан синама мусбат, кlostильбегид билан синама манфий.
- **Урта даража** – гонадотропин –ЛГ миқдори –2 МЕ/л, эстрадиол – 30 нмоль/л, ФСГ –1,3 МЕ/л, люлиберинлар билан синама мусбат, прогестерон ва кlostильбегид билан синама манфий.
- **Огир даража** – гонадотропин –ЛГ миқдори –1.8 МЕ/л, эстрадиол –20 нмоль/л, ФСГ –1,0 МЕ/л, барча синамалар манфий.

Даволаш

- Гипогонадотропинли аменореяни даволаш индивидуал булиши керак. Урин босувчи гормонал терапиядан мақсад – иккиламчи жинсий белгиларни ривожланиши, нормал сексуал функцияни ушлаб туриш, остеопорозни олдини олиш гипофиз функциясини ГнРГ билан стимуляция қилиш асосан бепуштликни даволашга қаратилган. Гипогонадотропинли бирламчи аменореяда тезда ута озиб кетиши мумкин, бунга сабаб гипоталамик дисфункциядир. Агар аёл менархе ёшигача булган даврда оч қолса, озиб кетса бирламчи аменореяга чалиниши мумкин.

КИАРЕ ФРОМЕЛ СИНДРОМИ

Гипофиздаги потологик узгаришлар натижасида келиб чикади.

Этиологияси

- Рухий травма очлик нейроинфекция локтотроп гормони ортиб кетади. **Клиника.**
- Аменорея лактация А.Б ассиметрияси, томирлар кризлари, хушдан кетиш, юрак аритмияси, холсизлик. кузатилади.

Даволаш

пролактин препаратлар кулланилади.

Иценго Кушенго синдроми

- Гипофизни зарарланиши натижасида келиб чикади. 20-40 ешда кузатилиши мумкин.

Клиника

Тана массасини ортиши, тургун аменорея семизлик ва бепушлик кузатилади. Кейинчалик юрак кон-томир ва тери-суяк системасида ҳам узгаришлар кузатилади. Кукрак юз корин сохасида туклар пайдо булади.

ШИХАН синдроми.

- Тугрук пайтида массив кон кетиш натижасида гипофиз тукумасини некрозга учраши натижасида келиб чикади.

Клиникаси

- Кохексия, соч тукилиши, хайз тухташи, суюклар муртлиги, иштахани йуколиши, асабийлашиш кузатилади. А.Б тушиб кетиши бош айланиш кузатилади.

ДАВОЛАШ

Урин босувчи гормон терапия.

Тухумдонлар функцияси етишмовчилигидаги бирламчи аменорея.

- ***Тухумдонлар функцияси етишмовчилигидаги бирламчи аменорея.***
- Тухумдонлар етишмовчилигига олиб келадиган этиологик омиллар охиригача урганилмаган, лекин шубхасиз улар куп ва уларнинг гонадаларга шикастловчи таъсири (аутоиммун бузилишлар, радиация, хомиладорлик асоратлари, турли инфекцион касалликлар ва бошқалар) анте- ва пренатал даврларда таъсир килади.
- Тухумдонлар етишмовчилиги туфайли келиб чикадиган аменорея гонадалар дисгенезияси, тухумдонлар резистентлик синдроми курилишида пайдо булади.

Гонадалар дисгенезиясининг типик формаси (Шершевский-Тернер синдроми)

- Бу синдром энг куп учрайдиган холат хисобланади. Тухумдонлар етишмовчилигига олиб келадиган хромасома аномалиялари хромасомаларнинг тула йук булиши хисобланади. Текширувларда беморларнинг кариотипи 45X0 булиб, жинсий хроматин булмайди..
- Шершевский – Тернер синдроми билан зарарланган беморларнинг хусусиятлари: буйи паср, жинсий инфантилизм, сут безларининг мавжуд эмаслиги ёки уларнинг сезиларли гипоплазияси. Купинча соматик аномалиялар ҳам учрайди: тирсакларнинг деформацияси, кукрак кафасининг кенглиги, аорта коарктацияси ва бошқалар. Бу касаллик билан тугилган чакалоklar вазни кичик, шишган булади, кейинчалик ҳам уларнинг буйлари 150-155 см дан ошмайди. Уларнинг буйинлари калта, бурмали, баъзан кулок супрасининг дефекти, юрак кон томир системаси, сийдик ажратиш системасидефекти ва бошқалар кузатилади. Купгина беморларда калконсимон безнинг патологияси, глюкозага толерантликни бузилиши учрайди.

- **Текшириш ва даволаш:** Шершевский – Тернер синдромига шубха килинган беморларни текширишда акушер-гинекологлар турли мутахассисларнинг (уролог, эндокринолог, терапевт, хирург) хулосаларига ҳам эътибор беришлари керак (соматик ривожланиш нуксонларини коррекциялаш ва бошқаларнинг имкони борлиги сабабли).
- **Жинсий система ривожланиш аномалияларининг** деярла барчасида экскретор урография утказиш зарур. Бундан ташқари УЗИ, ФСГ, эстрадиол миқдорини аниклаш шарт. Ноаник ҳолатларда бачадон ва найларини рудиментларини аниклаш, гонадаларнинг бириктирувчи туқимали тортки қуринишида булиши мумкинлигини аниклаш учун лапароскопия утказилади. Гонадаларнинг рудименти дисгенезиянинг типик шаклида уларнинг ёмон сифатлига айланиш эҳтимоли камлиги сабабли олиб ташлаш шарт эмас. Беморга ташхис қуйилиши билан иккиламчи жинсий белгиларни ривожланишини стимуляциялаш учун, остеопорозни ва метаболик бузилишларни олдини олиш учун эстрогенли урин босувчи гормонал терапия утказилади.
- **Даволаш схемаси:** эстроген препаратлаи 20 кун давомида, гестогенлар 6 - 7 кун давомида берилади.
- **Даволаш муддати:** узок вақт қупинча бутун умри давомини ташкил этади.

Гонадалар дисгенезиясининг чин шакли.

- Бу шакли клиник жихатдан типик шаклидан фарк килади, уларда соматик аномалиялар мавжуд булмайди. Асосий шикояти – аменорея. Бундай беморларнинг буйлари оддий, нормал ёки интерсексуал евнухоид тана тузилишига эга булади. Уларнинг кукрак кафаслари улчами ката, чанок улчамлари эса кичик булади.

Гонадалар дисгенезиясининг аралаш шакли.

- Гонадалар дисгенезиясининг аралаш шакли уругдон дисгенезияси деб ҳам айтилади, чунки ундаги кариотип 46ХУ булиб, баъзан мозаицизм билан. Хромасоманинг структур узгаришлари билан учрайди. Жинсий хроматин хар доим манфий чикади.

Даволаш:

- Синчиклаб текширишдан кейин ва диагноз тасдиқлангандан сунг икки тарафлама рудиментар ортикларни операция йули билан олиб ташлаш тавсия этилади. Операциядан кейин морфологик текшириш натижасидан келиб чиккан холда урин босувчи терапия хакидаги савол хал килинади. Бу даво кизлардаги фемининизация белгиларини ривожлантиришга. Иккиламчи жинсий белгиларни кушилишига йуналтирилган булади. Даволаш юкорида келтирилган классик схема буйича эстроген ва гестогенларни куллаш билан олиб борилади. Агар ёмон сифатли жараён гистологик тасдиқланган булса. Гормонотерапия утказиш мумкин эмас. Уларга фитоэстрогенларни тавсия килиш мумкин, чунки улар пролифератив активликка олиб келмайди. Горадалар дисгенезиясининг даволашдаги асосий йуналишлар куйидагича булади:
 - – соматик ривожланиш аномалияларини хирургик йул билан коррекциялаш
 - – буйи пастлиги ва иккиламчи жинсий белгиларни шакллантиришга каратилган чора-тадбирлар (урин босувчи горманал терапия ва психотерапевтик таъсирлар)

Гормонлар синтезини тугма етишмовчилиги – Тестикуляр феминизация синдроми (ТФС).

- Тестикуляр феминизация синдроми тугма ривожланиш нуксонларидан бири булиб, андроген рецепторларининг тугма дефекти 5 β -редуктаза ферментининг ва нишон аъзолардаги андроген рецепторларинингмавжуд булмаслиги фонида шаклланади.

ТФС нинг икки формаси фаркланади: тулик ва нотулик.

- ТФСнинг тулик шаклида ков ва култик ости сохасида тукланиш булмайдди, ташки жинсий аъзолари аёлларга хос, сут безлари ривожланган, кариотипи 46ХУ, бачадон ва киннинг юкоридаги 1/3 кисми йук булади.
- ТФСнинг нотулик шаклида жинсий тукланиш купинча эркакларга хос, ташки жинсий аъзолари хам эркакларникига ухшаш, уrogenитал синус сакланган. Клитор гипертрофияланган, сут безлари жуда суст ривожланган, бачадон ва киннинг юкори 1/3 кисми йуклиги кузатилади.

- ТФС нинг тулик шакли билан беморларнинг якинлари уларни болалик вақтида чов чурраси сабабли врачга укрсатишади. (1/3 беморларда тестикула чов каналида жойлашган булади, препубертат ва пубертат вақтда жинсий тукланиш кузатилмайди, катта булганда бирламчи аменорея сабабли врачга муурожаат килиши мумкин.)
- ТФСнинг нотулик шаклида эса болалигида чов чурраси ва вирилизация туфайли, препубертат ва пубертат вақтида вирилизация ва бирламчи аменорея сабабли врачга муурожаат килишади.

Даволаш: боскичма-боскич булиши керак.

- **1 – боскич:** жаррохлик усули. Беморда тестикуланинг аникланиши уни олиб ташлашга абсалют курсатма хисобланади, чунки у купинча малигнизацияга учраши мумкин. Керак булса ташки жинсий аъзолари кооррекцияси хамда кин пластикаси утказилади.
- Хозирги вақтда ТФСнинг тулик шаклида гонадаэктомия хамда кин ривожланмаган холатларда кольпопоез тавсия килинади. ТФСнинг нотулик формасида гонадоэктомия, ташки гениталийни феминизацияловчи пластика, уrogenитал синусни кесиш. Клиторни ампутацияси амалга оширилади.
- Беморларни кузатиш ва даволаш максатида юкори ихтисослаштирилган эндокринология муассасаларига юборилади.
- **2 -боскич:** узок вақт урин босувчи гормонал терапия утказилади. Мақсад: иккиламчи жинсий белгиларни ривожлантириш, гипоэстрогения билан боглик булган куплаб узгаришларни олдини олишдир (посткастрцион синдром. Остеопороз. Юрак кон томир касалликлари ва бошқалар). Хозирда УБГТ учун имкониятлар жуда кенг булиб турли хил препаратлар мавжуд.

- УБГТни эстрогенлар беришдан бошланади (этинилэстрадиол, дивигель, премарин ва бошкалар), кейин эса гестогенлар бериш мақсадга мувофиқдир. Кейинчалик паст ёки микродозадаги эстроген-гестоген препаратлар (марвилон, регулон, фемоден, силест, логест, мерсилон, новинет) берилади.
- Даволаш узок муддат давом этади. бунда кон босимини даврий равишда назорат килиб борилади. Гемостазиограмма, коннинг липид спектри, сут беги ва эндометрийнинг ҳолатини текшириб туриш зарур.

Бирламчи аменореянинг анатомик сабаблари.

- Бирламчи аменореяни анатомик сабаблари – кин, бачадонни ривожланиш нуксонлари булиши мумкин.
- **Гимена атрезияси** – кизлик пардасининг атрезияси булиб, ундаги тешикнинг умуман булмаслигидир. Касаллик менархедан кейин тезда ёки уша захоти намоён булади. Бу гематокольпос хосил булиши билан характерланади: корин пастида хар ойда огрик пайдо булади, кичик чанок сохасида тулаликни хис килади, сийдик ажратиши огрикли булади.
- Диагностикаси асосан гинекологик текширишлар, УЗИ хулосасига караб куйилади.
- Даволаш: хирургик – менструация конини яхши чикиб кетишини таъминлаш учун кизлик пардаси марказидан крестсимон килиб кесилади ва унинг орасидаги кисмлар олиб ташланади.

Функция бажарадиган бачадонда кин атрезияси, аплазияси ва агенезияси.

- **Кин агенезияси** – киннинг умуман булмаслигидир, кин урнида баъзан унча катта булмаган чукурлик аникланади.
- **Кин атрезияси** – нормал кин кисмларини мавжуд булмаслигидир. Киннинг юкориги, урта ва пастки 1/3 кисмини йук булиши кузатилиши мумкин. Бундай беморларнинг шикоятлари бирламчи аменореяга булади. Бу сохта аменорея хисобланиб, гематокольпос ривожланиши муносабати билан хар ойда турли интенсивликдаги огрик синдроми кузатилади.
- **Даволаш:** хирургик усул билан кинни кесиш ва кейинчалик пластика килишдан иборат.

Бачадон аплазияси

- Бачадоннинг умуман мавжуд булмаслиги. Бу ривожланиш нуксони узи алохида холда ёки кин аплазияси билан биргаликда учраши мумкин. Бачадон ва кин аплазиясида уларнинг урнида кичкина бушлик ёки бушликсиз торткилар аникланади. Беморларнинг асосий шикоятлари менструация булмасликка, жинсий алоқа килиш имкониятининг йуклигига, баъзан эса викарли менструация (бурун конаши. Конъюктива остига кон куйилиши) келишига. Корин пастида циклик тортувчи огриклар булишига, сут безларининг дагаллашувига булади.
- **Даволаш:** жаррохлик йули билан ичакдан, сигмасимон ичакдан ёки корин пардадан кольпопоезнинг модификацияларини ва бошка турли мураккаб усулларни куллаш мумкин. Чегараланган кин нуксонлари билан беморларни даволаш, айникса бачадон аплазияси билан, юкори ихтисослаштирилган муассасаларда амалга оширилади.

Тестикуляр феминизация (моррис синдроми, сохта эркаклик гермофродитизми)

- Ушбу касаллик биринчи булиб 1953 йили Моррис томонидан ёзилган. Бу касаллик ген патологиясига боғлиқ булиб, (бита гендаги узгаришлар) тугма ферментатив бузилиш туфайли (5 β -редуктазани мавжуд булмаслиги) тестостерон активроқ булган дигидро тестостеронга айлана олмайди.
- Бу касалликда нейтрал гонадалардан тестикула хосил булади. Беморлар кариотипи 46XY булади. Лекин ферментатив бузилиш туфайли эркаклик гонадалари тула қимматли булаолмайди. Натижада тестостерон миқдори етишмовчилиги ва дигидротестостерон мавжуд булмайди ва сперматогенез жараёнлари келиб чикмайди. Шунга боғлиқ равишда ташки жинсий аъзолар дифференцировкалашмаганлиги учун беморларнинг ташки жинсиуӣ аъзолари аёлларникига хос шаклланган булади.

Даволаш:

- Тестикуляр феминизацияда хирургик йул билан дисгенетик мойкларни олиб ташлаш ва кейинчалик хаёти давомида гормонал терапия тавсия килишдан иборат булади. Мойкларни кайси вақтда олиб ташлаш кераклиги тугрисида бир канча назариялар мавжуд: бир канча муаллифлар уни потенциал ёмон сифатли усмага айланиш хавфи борлиги сабабли эрта муддатларда олиб ташлаш кераклигини айтишади. Жинсий шаклланиш индукциясида ҳам, посткастрацион синдромни олдини олишда ҳам УБГТ дан фойдаланидади.

Тухумдонлар гипофункцияси

- Йигма тушунча булиб. Турли сабабларга кура келиб чикадиган тухумдонлар етишмовчилиги билан намоён буладиган турли патологик холатларни уз ичига олади. Жинсий стероид гормонларни етарли миқдорда эмаслиги натижасида жинсий шаклланишини кечикиши, аменорея, гипоменструал синдром билан ёки бола тугиш давридаги касалликлар билан – иккиламчи аменорея, эрта климакс билан учраши мумкин.

- Белгиларни кучлилик даражасига караб клиник жихатдан тухумдонлар гипофункциясининг 3 та даражаси фаркланади.
- **Енгил даража:** кизларда иккиламчи жинсий белгилар биров ривожланмаган, сут безлари гипоплазияси кузатилади. Бачадон эндометрийси нисбатан пролиферацияланган булади, лекин бу уни тулик трансформацияси учун етарли булмайди. Беморларнинг менструация функцияси бузилган булиб, уларда аменорея, гипоменструал синдром, бачадондан ювенил кон кетишлар кузатилади.
- **Урта даража:** кизлардаги бирламчи ва иккиламчи жинсий белгилар сезиларли даражада яхши ривожланмаган булади – ташки жинсий аъзолари, кин ва бачадон тулик шаклланмаган булиб, тукланиши кучсиз, сут безлари инфантил, хайз куришмайди.
- **Огир даража:** кизларнинг жинсий шаклланиш даврида жинсий органлари гипопластик булади. Бачадон размери кичик, эндометрийси каттик, функция бажармайдиган булади. Бачадон гипер-, анте- ёки ретрофлексия холатида булади. Ташки жинсий аъзолари ва кин шиллик каватлари атрофияланган, ялтирок ва оч-пушти рангда булади. Тукланиш ва сут безлари деярли мавжуд булмайди.

Даволаш

- Жинсий шаклланиш даврида келиб чикадиган тухумдон гипофункциясини боскичма-боскич даволаш олиб борилади:
- **1 – боскич** – кизларнинг жинсий органларини шакллантиришни стимуляция қилишга йуналтирилган булади.
- **2 – боскич** – эндометрийни циклик трансформацияси билан циклик вазифа бажарадиган репродуктив системани шакллантиришга қаратилган.
- **3 – боскич** – генератив функция бажариш зарурияти булгандагина амалга оширилади.
- **4 – боскич** --- касаллик рецидивланишини олдини олиш ва реабилитацияга қаратилган булади.

Тухумдонлар чарчаши синдроми (синдром истощение яичников).

- Бу тухумдонлар гипофункциясининг бир курилиши булиб, 30-40 йиллардан буён турли номлар билан юритиб келиняпти: муддатидан олдинги менопауза, тухумдонлар етишмовчилиги ва бошқалар. Касаллик аменорея, вегетокон томир, психоневрологик ва эндокрин-алмашинув бузилишлари комплекси билан намоён булади.

Даволаш:

- Тухумдонлар чарчаши синдромига учраган беморларда симптоматик, умумий кувватловчи. Остеопорозни олдини олувчи ва бошка гипоэстрогенияга боғлиқ булган бузилишларни олдини олишга қаратилган булади. Шунинг учун беморларга табиий менопауза вақтигача худди климактерик синдромдаги каби УБГТ ёки синтетик эстроген – гестоген бирикмалари тавсия қилинади.

Тухумдонлар резистентлик (чидамлилик) синдроми.

- Бу синдром тухумдонлар патологияларининг анчагина урганилган шакли ҳисобланади. Бу уни гипофункцияси билан боғлиқ ҳолатдир. Касаллик гипофизар – тухумдонларнинг узаро муносабатини икки йуналиш бўйича бузилиши билан боғланади.
- **1 – йуналиш:** тухумдонларнинг гипофизар гонадотроп гормонларга, қайсики, етарли бўлмаган миқдордаги гормонларга реакциясининг мавжуд эмаслиги ёки рецептор аппарат патологияси тўғрисида тухумдонларнинг гонадотроп гормонларга сезувчанлигини ва реакциясининг мавжуд эмаслиги оқибатида келиб чиқадиган тухумдонларнинг эмас, балки гипофизнинг патологияси бўлиши мумкин.

Даволаш:

- Касаллик етарли даражада урганилмаганлиги сабабли ката кийинчилмик тугдиради. Беморларга бачадондаги метаболитик жараёнларни яхшиловчи, физиотерапия ва циклик гормонал терапия, кломифен билан даволашни тавсия килинганда эффeктив натижаларга эришилади. Охирги вақтларда рилизинг гонадотроп гормонлар (декапептид, золадекс) билан гонадотропинларни куллашдан сунг мусбат натижалар аникланяпти

Адипозогенитал дистрофиялар (Пиранц-Бабинский-Фрелих синдроми)

- Моддалар алмашинувини бузилиши, семизлик, суяк ривожланиш аномалиялари, жинсий аъзолар гипоплазияси билан намоён булади. Бу касалликнинг сабаби гипоталамуснинг органик ва яллигланишли узгаришлари билан биргаликда унинг паравентрикуляр ва венстромедиал ядроларининг шикастланишлари билан тушунтирилади.

Даволаш.

- Эндокринолог билан биргаликда олиб борилади. Бунда куйидаги чора-тадбирлар амалга оширилади: пархез ва овкатланиш режими, ДБН, эрта ёшларда калконсимон без препаратлари берилади. Бу 1-3 йил давомида 2-3 ойлик курслар билан утказилади. Беморларда касалликнинг яллигланиш сабабли келиб чикканлиги аникланса. Яллигланишга карши терапия; агар усма жараёни аникланса – хирургик даво тавсия килинади.

Гормонал синамалар

- Гормонал синамалар хайз циклнинг 8-13 еки 15-20 кунларида утказилади. Хозирда куйидаги гормонал синамалар кулланилади:
- **гестаген Билан синама** – мақсад аменорея турини билиш.
Тартиби: Дюфастон 2тх1м №10 кун
- Прогестерон 1%-1,0 6-8 кун в/м
- Прогестерон 2,5 %-1,0 3 кун кун аро в/м
- 17-ОПК 12,5%-2,0 бирданига в.м
- Дорилардан сунг агар хайз келса, натижа мусбат ҳисобланади ва куйидагиларни билдиради: -
- бачадон аменореяси йук
- иккинчи фаза етишмовчилиги бор
- эстраген оз микдорда
- Дорилардан сунг агар хайз келмаса, натижа манфий ҳисобланади ва куйидагиларни билдиради: -
- бачадон аменореяси
- эстрагенлар кам, еки йук

Дексаметазонли синама

- Маскулинизация генезини аниқлаш учун (тухумдон еки буйрак устибези генези). Уни қуйидаги турлари бор:
- А) *Кичик дексаметазонли тест* – 0.5 мг 1 т*хар 6 соатда №3 кун жами 6 мг Синамадан олдин сийдикдаги 17 КС миқдори аниқланиши керак. Дори тухтатилгандан сунг эртасига Яна аниқланади. Агар у 50% ва ундан ортик камайса, натижа мусбат булиб, касалликни буйрак усти бези генезли эканлигини билдиради. Агар 30-25% камайса ёки умуман камаймаса тухумдон генезли хисобланади. Бунда ката дексаметазонли синама утказилиши керак
- А) *Катта дексаметазонли тест*- 2 мг 4 таб хар 6 соатда 3 кун, жами 24 мг. Агар натижа манфий чикса тухумдон усмаси хисобланади.

Функционал диагностик тестлар

- **1.«Зрачка феномени»** - циклнинг фолликулин фазасида бачадон буйни канали безларидан тиник, шиллик секрет ажралади. Унинг миқдори купайиб боради ва овуляция даврида энг куп булади. Шунга караб бачадон буйин канали ташки тешиги катталашиб боради. Диаметри 2-3 см етади. Кузгуда курганда бачадон буйин канали худди куз корачигига ухшаб куринади. Бу феномен эстроген ишлаб чиқарадиган биринчи фазада кузатилади. Иккинчи фазасида феномен йуколади.
- **Диагностик ахамияти.**
- 1.Хомиладорликнинг 1 ойларида прогестерон куп ишлаб чиқарилади, феномен булмайди.
- 2.Фоликул персистенциясида феномен аник билинади ва кон кетгунча сакланади.
- 3.Аменореяга феномен булмайди ва кучсиз булади.
- **2.Кристаллизация еки папоротник симптоми** – бачадон буйин канали ажралмасини арборизацияси хисобланади. Циклни 5-6 кунидан бошлаб куринади ва овуляция пайтида аник папоротник баргига ухшаган булади. Иккинчи фазада йукалиб кетади.

Диагностика ахамияти:

- 1. эстроген активлиги ва овуляция бор еки йуклигини аниклайди.
- 2. Хайз циклини бузилишини аниклаш ва даволаш ахамиятга эга
- 3. **Бачадон буйни шиллигини чузилиши.** Овуляцияда 12 см гача етади.
- 4. **Базал температуранини улчаш**-прогестеронни терморегуляция марказига гипертермик таъсирига асосланган. Нормада биринчи фазада температура 37° дан паст булади. Овуляциядан аввал пасайиб кутарилади. Иккинчи фазада эса – $0,4-0,8^{\circ}$ га ортади. Хайздан олдин Яна пасаяди. Циклинг иккинчи ярмида температура кутарилмаса ановуляцияни билдиради ва меноциклограмма тугри чизикдан иборат булади.

Классификация ДМК

По возрасту	По характеру нарушений менструального цикла и функционально – морфологическим изменениям
<ol style="list-style-type: none">1. ДМК в подростковом возрасте (ювенильные маточные кровотечения)2. ДМК репродуктивного возраста3. ДМК климактерического периода	А. Ановуляторные ДМК Кратковременная персистенция фолликула Длительная персистенция фолликула Атрезия множества фолликула
	Б. Овуляторные ДМК Гипофункция желтого тела Гипофункция желтого тела Гипофункция зреющего фолликула Гиперфункция зреющего фолликула

Лечение ДМК репродуктивного возраста

I. Лечебно – диагностическое выскабливание

II. Нормализация функции яичников

Стимуляция овуляции по типу ребаунд – феномена (стимуляции функции гипофиза)

■ **Эстроген – гестагенные препараты**
(оральные контрацептивы)

С 5-го по 25-й день цикла в течение 3-х месяцев или

■ **Кломифен по 50-75 мг (1 или 1,5 таб) в теч 3-х циклов с 5-го по 9-й день цикла**

**С заместительной целью
(недостаточное количества гормона
желтого тела) назначают гестагены:**

- **Норколут** по 5 мг в день с 16-го по 25-й день цикла или
- **17-ОПК** по 125 мг на 14-й и 21-й день цикла в течение 3-х менструальных ЦИКЛОВ

III. А. При наличии проявлений анемизации

- Препараты железа перорально или парентерально
- Витаинотерапия – витаминны группы В, вит С, вит в/м в течении 20 дней окончания 1-го месяца гормонотерапии.

Б. При наличии гиповолемии

- Растворы солей (дисоль, ацесоль)
- Плазмозаменители (полиглюкин)
- Желатинолф
- Плазма и эр маса – если $Hb \geq 6$ г/л

ДАВОЛАШ

1. Умумий даво, асосий касалликни даволаш
2. Кискартирувчи ва кон тухтатувчи дориларни куллаш
3. Ногормонал даволаш усули:
 - А. патогенетик
 - Б. симптоматик
4. Гормонал даволаш усули
 - А. гормонал гемостаз
 - Б. хайз циклини бошқариш
5. Хирургик даво

ДИСМЕНОРЕЯ

Лечение первичной дисменореи

- Ингибиторы синтеза простагландинов
- Гормонотерапия
- Фитопрепараты
- Гомеопатические средства
- Седативные средства
- Рефлексотерапия
- Спазмолитики, анальгетики
- ЛФК

Преимущества использования дюфастона у девочек - подростков

- Полностью лишен андрогенных эффектов(гирсутизм, акне, изменение голоса и др)
- Не влияет на тромбоцитарную агрегацию, активность факторов коагуляции и систему фибринолиза
- Не оказывает отрицательного влияния на функцию печени

ДИСМЕНОРЕЯ

Дисменорея характеризуется резкими болями внизу живота за 1-2 дня до и в первые 2 дня менструации, нередко сопровождающимся симптомами общей слабости, тошноты, головной боли, потери сознания, диареи

Характерна приступообразность болей с периодами 2-3 минуты и их высокая интенсивность. Боль локализуется в гипогастрии, возможна иррадиация боли (чаще в поясничную область).

ДИСМЕНОРЕЯ

дисменорея

первичная

**Без патологических
изменений**

- Возникает, как правило, в юности, в период становления овуляторных циклов (13-17 лет)
- Отсутствуют органические причины

вторичная

**С патологическими
изменениями:**

- Возраст: обычно старше 30 лет;
- Эндометриоз – основная причина

ДИСМЕНОРЕЯ

Первичная

- **Несовершенный стероидогенез**
- **Недостаточность лютеиновой фазы**
- Недостаточный уровень опиоидов овариального происхождения
- **Функциональная неполноценность тканевых протеолитических ферментов**
- **Гипертонус перешейка**
- **Гиперпростагландинемия**
- **Гиперантефлексия матки**

ДИСМЕНОРЕЯ

Вторичная

Циклические повторяющийся болевой синдром, обусловленный нейровегетативными, обменными, эндокринными и поведенческими нарушениями процесса менструального отторжения эндометрия:

ДИС (dis-) + МЕНО (meno-) + РЕЯ (rhoue-)
порочное месячное кровотечение

N 94,4 – первичная дисменорея:

N 94,5 – вторичная дисменорея:

N 94,6 – дисменорея неуточненная (МКБ - 10)

ДИСМЕНОРЕЯ

Вторичная

- Пороки развития матки
- Генитальный инфантилизм
- Эндометриоз
- Воспалительные заболевания органов малого таза
- Спаечные изменения после оперативных вмешательств
- Опухоли половых органов
- Внутриматочные контрацептивы