

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ОЛТИНОЙ АБДУГАНИЕВНА ЯКУБОВА, ФЕРУЗА ЖУМАБАЕВНА
НАСИРОВА**

**Билим соҳаси: Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш- 500000
Таълим соҳаси: Соғлиқни сақлаш- 510000**

**АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
Фанидан**

“ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ»

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Педиатрия иши - 5510200
Даволаш иши - 5510100
Касб таълими - 5111000
Олий хамширалик иши - 5510700
таълим йщналишлари учун

Андижон - 2016 йил

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

АДТИ ўқув ишлари бўйича проректор

_____ И.И.Алимджанов

« _____ » _____ 2016 йил

№ _____ баённома

«КЕЛИШИЛДИ»

Болалаик ва оналикни муҳофаза қилиш

бўйича муаммолар хайъати раиси

_____ Д.Б.Асранкулова

« _____ » _____ 2016 йил

№ _____ баённома

**АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
Фанидан**

“ҚИЗЛАРДА ҲАЙЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ»

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Педиатрия иши - 5510200

Даволаш иши - 5510100

Касб таълими - 5111000

Олий хамширалик иши - 5510700

таълим йщналишлари учун

Андижон - 2016 йил

Тузувчилар:

О.А. Якубова

Андижон давлат тиббиёт институти Врачлар малакаси ошириш факультети акушерлик ва гинекология кафедраси мудир т.ф.н., доцент

Ф.Ж.Насирова

Андижон давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси доценти

Такризчилар:

Ф.М.Аюпова

Тошкент тиббиёт академияси даволаш ва медикопрофилактика факультетининг акушерлик ва гинекология кафедраси мудир т.ф.д., профессор

Д.Б.Асранкулова

Андижон давлат тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси мудир т.ф.д., доцент

Ушбу ўқув қўлланма тиббиёт институтларида тахсил олувчи даволаш, касб таълими (даволаш иши), педиатрия ва олий хамширалик ши йўналишлари талабалари ва резидентларга мўлжалланган бўлиб, жадваллар, расмлар, ўргатувчи тест саволлари ва вазиятли масалалар билан мустаҳкамланган.

Ўқув қўлланма АДТИ Марказий услубий хайъатида муҳокама қилинди ва институт Кенгашга тавсия қилинди.

“ _____ ” _____ 2016 йил баённома № _____

Ўқув қўлланма Андижон давлат тиббиёт институт Кенгашида тасдиқланди.

“ _____ ” _____ 2016 йил баённома № _____

Кенгаш котибаси, доцент

Х.А.Хусанова

ҚИСҚАРТМАЛАР

- 17-ОКС** – 17-оксикортекостероид
- АДГ** – антидиуретик гормон
- АКТГ** – адренкортикотроп гормон
- АКТГ-РФ** – адренкортикотроп рилизинг- фактор
- ГТРФ** – гонадотропин-рилизинг-фактор
- ДЭА** – дегидроэпиандростерон
- ҚБ** – қон босими
- ЛГ** – лютеинловчи гормон
- ЛГ-РФ** – лютеинловчи рилизинг-фактор
- М-ИФ** – меланотроп ингибилловчи фактор
- М-РФ** – меланотроп рилизинг-фактор
- НЯҚП** ностероид яллиғланишга қарши препаратлар
- ПИФ** – пролактин ингибилловчи фактор
- ПРЛ** – пролактин
- ПРФ** – пролактин рилизинг-фактор
- С-ИФ** – соматотроп ингибилловчи фактор
- СТГ-РФ** – соматотроп
- ТПКС** - тухумдон поликистоз синдроми
- Т-РФ** – тиреотроп рилизинг-фактор,
- ТТГ** – тиреотроп гормон
- УТТ** – ультратовуш текшируви
- ФСГ** – фолликулостимуловчи гормон
- ФСГ-РФ** – фолликулостимулловчи рилизинг- фактор
- ЦОГ**- Циклооксигеназалар
- ЭЭГ** – электороэнцефалография

МУНДАРИЖА

I - БОБ

1.1	Нормал ҳайз цикли ва уни бошқарилиши.....	1
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар.....	13
1.2	Ўсмир қизларда гинекологик текширув усуллари.....	14
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	28

II - БОБ

2.1	Барвақт жинсий етилиш.....	32
2.2	Жинсий ривожланишни орқада қолиши.....	50
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	59

III - БОБ

3.1	Аменорея.....	64
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	68
3.2	Қизлардаги дисменорея.....	71
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	86
3.3	Ювенил қон кетишлар.....	88
	Мавзу бўйича ўргатувчи тестлар ва вазияли масалалар.....	97
	Фойдаланган адабиётлар.....	101

I-БОБ

1.1. НОРМАЛ ҲАЙЗ ЦИКЛИ

Менструация (menstruus - ойлик) ҳайз кўриш – қисқа муддатли мунтазам равишда бачадондан қон кетиш – уруғланиш ва ҳомиладорликнинг илк муддатларида ривожланишни таъминлаб берадиган мураккаб бирлашган тизимнинг етишмовчилигини ақс этади. Бу тизим ўз ичига бир-бирига функционал жиҳатдан боғлиқ юқори мия марказларини, гипоталамусни, гипофизни, тухумдонни, бачадонни ва нишонли органларни олади. Ҳайзларнинг орасидаги даврда содир бўлаётган мураккаб биологик жараёнларнинг мажмуаси ҳайз цикли деб номланади, унинг давомийлигини аввалги ҳайзнинг биринчи кунидан дастлабки қон кетишнинг биринчи кунигача белгиланади. Ҳайз циклининг давомийлиги нормада 21 кундан 36 кунгача кузатилади, энг кўп учрайдиган 28-кунлик ҳайз цикли, ҳайз қони келишини давомийлиги 3 кундан то 7 кунгача, йўқотилган қон ҳажми 100 мл дан ошмайди.

Репродуктив тизим физиологияси

Бош мия нўстлоғи. Нормал ҳайз циклини бошқарилиши бош миянинг махсус нейронлар даражасида амалга ошади, улар ташқи муҳитдан турли маълумотларни олиб нейрогормонал белгиларга айлантиради. Улар ўз навбатида нейротрансмиттерлар тизими орқали (нерв импульсларни узатучилари) гипоталамуснинг нейросекретор хужайралари томонидан қабул қилинади. Нейротрансмиттерлар фаолиятини биоген аминлар: катехоламин-дофамин ва норадреналин, индол серотонин, ва шунингдек морфиндан келиб чиққан нейропептидлар, опиоидли пептидлар - эндорфинлар ва энкефалинлар бажаради.

Дофамин, норадреналин ва серотонин гипоталамик нейронларни ишлаб чиқарилишини назорат қилади: гонадотропин-рилизинг-фактор (ГТРФ): дофамин аркуат ядроларда ГТРФни ишлаб чиқарилишини ушлаб туради, ва шунингдек аденогипофиз томонидан пролактин ишлаб чиқишини тўхтатиб

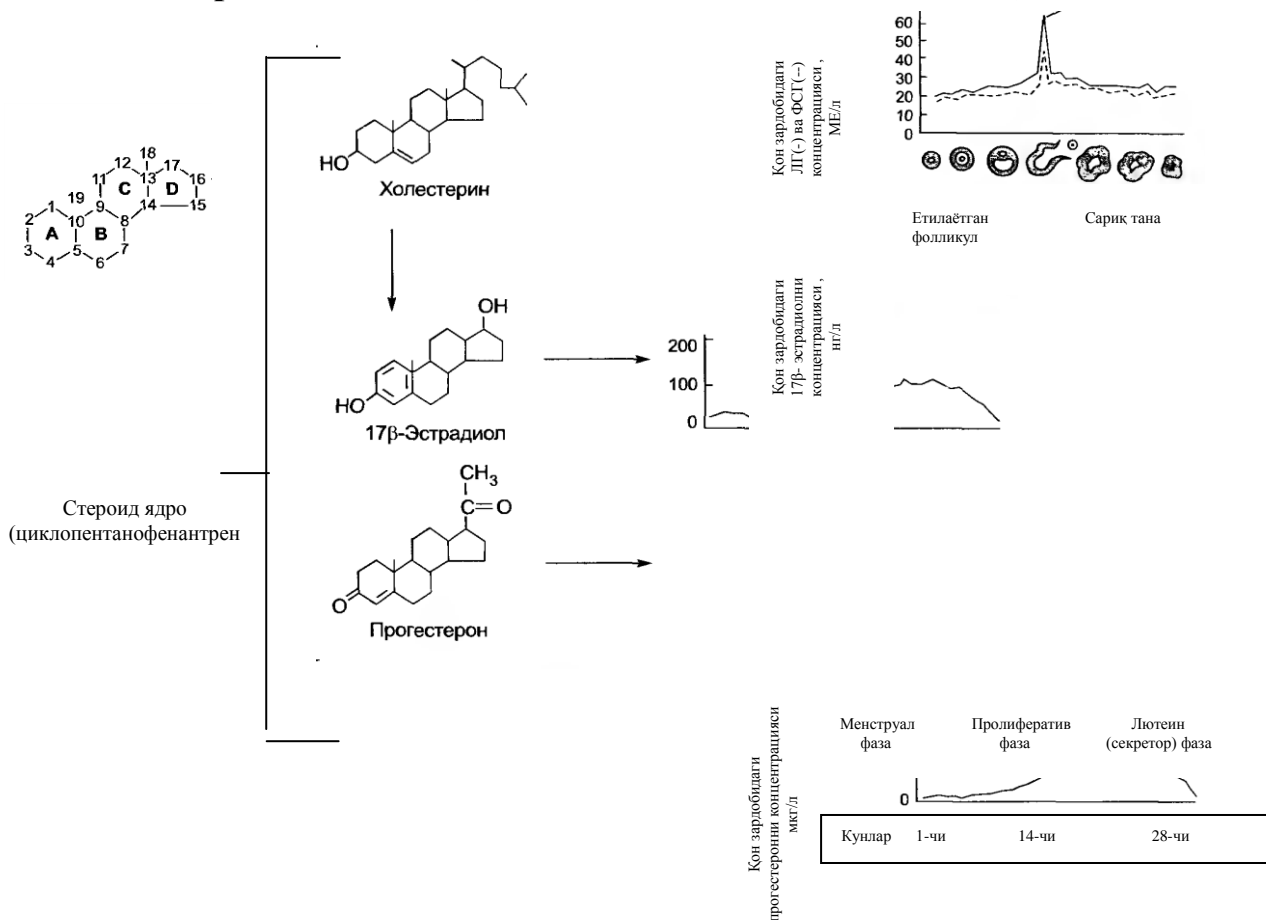
туради; норадреналин импульсларни гипоталамуснинг преоптик ядроларига ўтишини бошқариб ГТРФни овулятор чиқишини фаоллаштиради; серотонин гипоталамуснинг олдинги (кўриш) соҳасидан ГТРФни циклик секрециясини назорат қилади. Опиоидли пептидлар лютеинловчи гормон секрециясини бостириб туради, дофаминнинг фаоллаштирадиган таъсирини тўхтатади ва уларнинг антагонисти, налаксон, ГТРФнинг савиясини кескин ошишини чақирад (1-расм).

Гипоталамус. Гипоталамуснинг гипофизотроп соҳаларини ядролари (супраоптик, паравентрикуляр, аркуат ва вентромедиал) специфик нейросекретлар ишлаб чиқаради ва уларнинг таъсири диаметрал қарма-қарши фармакологик таъсирга эга: либеринлар, ёки рилизинг-омиллар (realizing factors), таалуқли троп гормонларни гипофизнинг олдинги бўлагидан озод қиладиганлар ва статинлар, уларнинг чиқишини тўхтатадиганлар. Ҳозирги вақтда етита либеринлар мавжудлиги аниқ - кортиколиберин (адренкортикотроп рилизинг-омил, (АКТГ-РФ), соматолиберин (соматотроп СТГ-РФ), тиреолиберин (тиреотроп рилизинг-омил, Т-РФ), меланолиберин (меланотроп рилизинг-омил, (М-РФ), фоллиберин (фолликулостимуловчи рилизинг-омил, ФСГ-РФ), люлиберин (лютеинловчи рилизинг-омил, ЛГ-РФ), пролактолиберин (пролактин рилизинг-омил, ПРФ) и ва учта статинлар - меланостатин (меланотроп ингибиловчи омил, М-ИФ), соматостатин (соматотроп ингибиловчи омил, С-ИФ), пролактостатин (пролактин ингибиловчи омил, ПИФ). Лютеинловчи рилизинг-омил ажратилган, синтезланган ва у тўғрисида тўлиқ маълумот келтирилган. Шу билан бирга фоллиберин ва унинг аалогларининг кимёвий келиб чиқиши ҳозирги кунгача ўрганилмаган. Лекин, люлиберин аденогипофизнинг иккала гормонларини фаоллаштириш хусусиятига эга – фолликулостимуловчи билан биргаликда лютеинловчи гормонлар. Шунинг учун либеринларга умумий ном сифатида термин - *гонадолиберин*, ёки гонадотропин-рилизинг-фактор (ГТРФ) ҳисобланади.

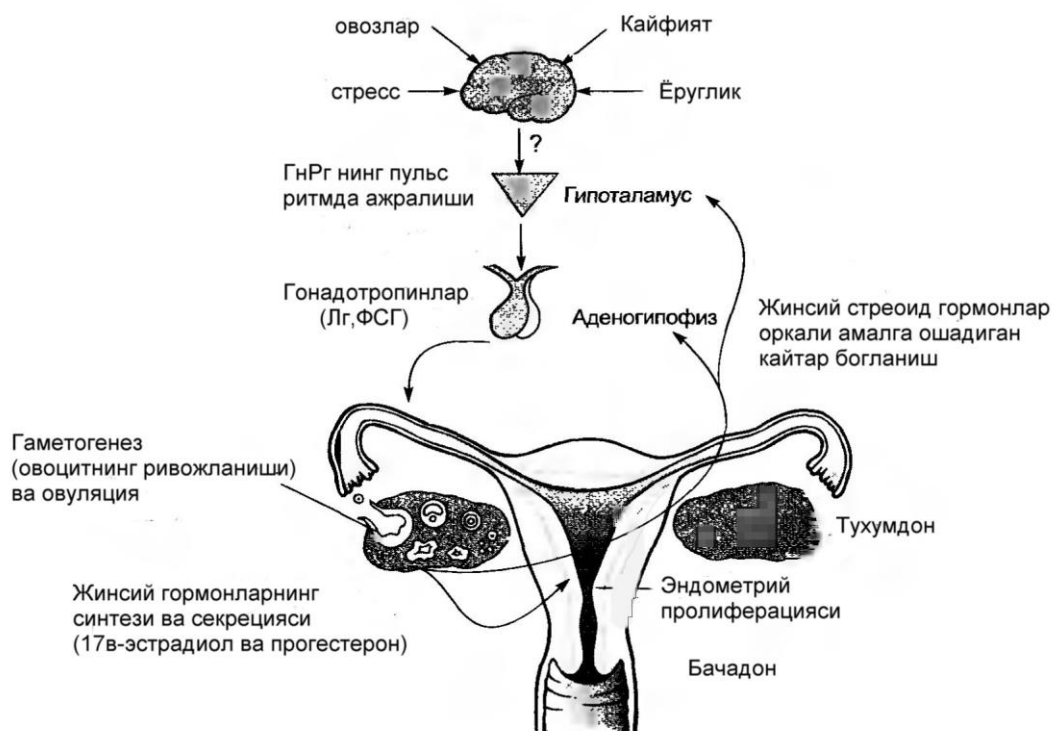
Гипофизотроп гормонлардан ташқари, гипоталамуснинг супраоптик ва

паравентрикуляр ядролари иккита гормон ажратади - вазопрессин (антидиуретик гормон, АДГ) ва окситоцин, улар нейрогипофизда тўпланади.

1- расм. ОВУЛЯЦИЯНИ ГОРМОНАЛ РЕГУЛЯЦИЯСИ



2-расм. ОВУЛЯЦИЯНИНГ БИОЛОГИК АСОСЛАРИ



Гипофиз. Аденогипофизнинг базофил хужайралари - гонадотропоцитлар – гормонлар ажратади - гонадотропинлар, улар ҳайз циклини тўғридан-тўғри бошқарувида иштирок этишади. Гонадотроп гормонларга фоллитропин, ёки фолликулостимуловчи гормон (ФСГ) ва лютропин, ёки лютеинловчи гормон (ЛГ) киради. Лютропин ва фоллитропин гликопротеинларга таалуқли, иккита пептид занжирдан иборат- α - ва β -субъединицалар; гонадотропинни α -занжирлари гонадотропинларга ўхшаш, ва шу вақтни ўзида β -занжир уларнинг биологик хусусиятига аниқлик киритади. ФСГ фолликулларнинг ўсиши ва етилишини таъминлайди, донатор хужайралар пролиферациясини фаоллаштиради, ва шунингдек шу хужайралар юзасида ЛГ рецепторларини шаклланишини йўлга қўяди. ФСГ таъсири остида етилятган фолликулда ароматазалар миқдори ошиши бошлайди. Лютропин тека-хужайралардаги андрогенлар синтезига таъсир қилади (эстрогенларнинг дастлабки моддаларига), ФСГ билан биргаликда овуляцияни таъминлайди ва прогестерон синтезини овуляцияга учраган фолликул гранулезасидаги лютеинлашган хужайраларда фаоллаштиради. Ҳозирги пайтда гонадотропинлар секрециясини икки тури аниқланган – тоник ва циклик. Гонадотропинлар чиқишининг тоник

тури фолликулалар ривожланишига ва улар томонидан эстрогенлар ишлаб чиқарилишига ёрдам беради; циклик тури - гормонлар секрециясини паст ва баланд чиқиши фазаларини бир-бири билан алмашишини ва айниқса, овуляциядан олдинги кўтарилиш чўққисини таъминлаб беради (2-расм).

Гипофизнинг олдинги бўлагининг ацидофил хужайраларнинг гуруҳи - лактотропоцитлар – пролактин ажратишади (ПРЛ). Пролактин битта пептид боғлиқликдан иборат, унинг биологик таъсири серқира: 1) ПРЛ сут беларининг ўсишини фаоллаштиради ва лактацияни бошқаради 2) ёғ мобилизациялаш ва гипотензив таъсирга эга; 3) юқори миқдорларда фолликулнинг ўсиши ва етилишига тўсқинлик таъсирга эга.

Аденогипофизнинг бошқа гормонлари (тиротропин, кортикотропин, соматотропин, меланотропин) инсоннинг генератив жараёнларида иккиламчи роль ўйнайди.

Гипофизнинг орқа бўлаги, нейрогипофиз, юқорида кўрсатилгандек, эндокрин без ҳисобланмайди, улар организмда оксил мажмуаси (Ван Дейк оксили) сифатида мавжуд бўлиб, фақат гипоталамус гормонларининг - вазопрессин ва окситоцин депоси ҳисобланади.

Тухумдонлар. Тухумдонларнинг генератив фаолияти фолликулнинг мунтазам етилишига, овуляцияга, уруғланишга тайёр бўлган тухум хужайрасининг чиқиши ва эндометрийдая уруғланган тухум хужайрасининг қабул қилинишига тайёрланган секретор ўзгаришларга қаратилган ўзгаришларда.

Тухумдоннинг асосий морфофункционал бирлиги бўлиб фолликул ҳисобланади. Ҳалқаро гистологик таснифга кўра (1994) фолликулнинг 4 типи ажратилади: примордиал, бирламчи, иккиламчи (антрал, бўшлиқли, пуфакли), етилган (преовулятор, граф пуфакчаси) (3-расм).

Примордиал фолликулалар ҳомиладорликнинг бешинчи ойида пайдо бўлишни бошлайди ва ҳайзнинг тўхтагандан сўнг ҳам бир неча йил мавжуд бўлиб туради. Туғилиш вақтига иккала тухумдонда 300000-500000 яқин примордиал фолликуллар бўлиб, кейинчалик уларнинг сони кескин камайиб

40 ёшга 40000-50000 яқин миқдорни ташкил этади (примордиал фолликулларнинг физиологик атрезияси). Примордиал фолликул тузилиши: бир қаватли фолликуляр эпителийга ўралган тухум хужайраси; унинг диаметри 50 мкмдан катталашмаган.

Бирламчи фолликул босқичи донатор тузилишга эга фолликуляр эпителийсининг хужаёраларини кучли кўпайиши билан таърифланади ва донатор қават тузилишини амалга оширади (донатор қават) (*stratum granulosum*). У

3-расм. Тухумдон анатомияси

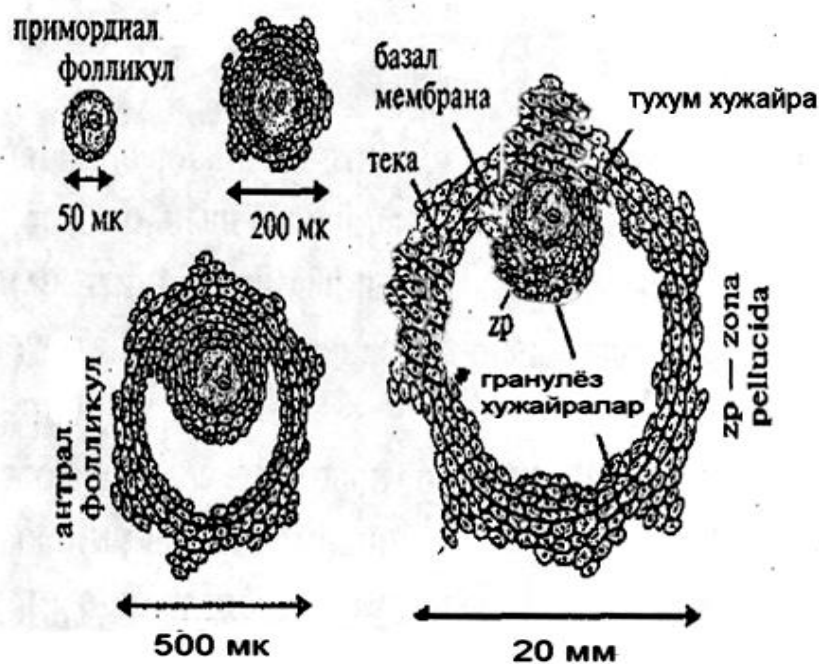


тўпланган секрет ажратиб чиқаради (*liquor folliculi*). Тухум хужайрасининг ўлчами секин-аста катталашиб диаметри 55-90 мкм этади. Тўпланган суюқлик тухум хужайрасини периферияга четлаштиради, у ерда донатор қаватнинг хужайралари уни ҳар томонлама ўраб олиб тухум етиштурувчи дўмпани ҳосил қилади (*cumulus oophorus*). Хужайраларнинг бошқа қисми фолликул перифериясига силжиб юпқа қаватли донатор мембранани шакллантиради (донаторли) (*membrana granulosa*).

Иккиламчи фолликул шаклланиш жараёнида унинг деворлари суюқлик ҳисобига кенгайиши содир бўлади: (бу вақтга унинг диаметри 100-180 мкм ташкил этади), лекин самого фолликулнинг ўзини диаметри кескин

катгалашиб 10-20 мм етади. Иккиламчи фолликул қобиғи аниқ ички ва ташқи қаватларга мукаммаллашган. Ички қавати (*theca interna*), донатор мембранада жойлашган 2-4 қават хужайралардан ташкил топган. Ташқи қавати (*theca externa*), ички қаватининг тагидагина жойлашиб мукаммаллашган бириктирувчи строма билан намоён бўлган.

Етилган фолликулда тухум етиштурувчи дўмпада жойлашган тухум хужайраси, тиниқ (шишасимон) қобиғ билан ўралган (*zona pellucida*), ундаги донатор хужайралар радиал йўналишда жойлашиб нурли тожни ҳосил қилади (*corona radiata*) (расм 4).



4- расм. Фолликул ривожланиши

Овуляция – нурли тож билан ўралган тухум хужайрасининг қорин бўшлиғига чиқиши ва кейинчалик, уни бачадон найининг ампуляр қисмига ўтиши, фолликулнинг бутунлигини бузилиши унинг энг юпқа ва бўртирилган қисмида содир бўлади, у жойи стигма деб аталади (*stigma folliculi*).

Фолликулнинг етилиши мунтазам равишда амалга оширилади, маълум вақтдан сўнг. Приматлар ва одамзодда бир цикл мобайнида фақат битта фолликул етилади, қолганлар орқага ривожланишига ҳукм этилган ва фиброз ва атретик ҳосилаларга айланади. Репродуктив даври мобайнида овуляцияга фақат 400 тухум хужайрали фолликуллар учрайди, қолган тухум хужайралар овоцитлар атрезияга чалинади. Тухум хужайранинг яшаш қобиляти 12-24 соат мобайнида сақланган.

Лютеинланиш - бу жараён постовулятор давр мобайнида фолликулнинг маҳсус ўзгаришларини ўзида мужассам қилади. Лютеинланиш натижасида (липохром пигмент – лютеин тўпланган туфайли сариқ рангга бўялиши), овуляцияга учраган фолликулнинг донатор хужайрасининг кўпайиши ва ўсиб кетиши туфайли сариқ тана деб аталмиш ҳосила пайдо бўлади (*corpus luteum*) (лютеинланишга ички зонадаги хужайралар ҳам чалинади, улар тека-хужайраларга айланади). Айрим ҳодисаларда уруғланиш содир бўлмаса, сариқ тана 12-14 кун яшайди, сўнг қуйидаги босқичларга чалинади:

а) пролиферация босқичи донатор хужайралар ўсиши ва ички қават гиперемияси билан таърифланади;

б) васкуляризация босқичи бой қон томирлар билан таъмирланиш пайдо бўлиши билан таърифланади, унинг қон томирлари ички соҳадан сариқ тананинг марказига йўналган; кўпайтган донатор хужайралар полигонал хужайрларга айланади, ва уларнинг протоплазмасида лютеин тўпланади;

в) гуллаб-яшнаш босқичи – максимал ривожланиш босқичи, унда лютеин қават сариқ танага ҳос бурмаликга хусусият пайдо бўлади;

г) орқага ривожланиш босқичи – лютеин хужайраларнинг дегенератив трансформацияси кузатилади, сариқ тана рангсизланиб, фиброزلанади ва гиалинизга учрайди, унинг ўлчамлари тўхтовсиз кичраяди; кейинчалик, 1-2 ойдан сўнг, сариқ тана ўрнида оқ тана шаклланади (*corpus albicans*), кейинчалик бутунлай сўрилиб кетади.

Ҳулоса қилиб айтганда, тухумдон цикли иккита фазадан иборат –

фолликулин ва лютеин. Фолликулин фазаси ҳайздан кейин бошланиб овуляция билан якунланади; лютеин фазаси овуляция билан ҳайз бошланишидаги ораликни эгаллайди.

Тухумдонларнинг гормонал фаолияти. Донадор мембрананинг хужайралари, фолликулнинг ички қавати ва сариқ тана ўзларининг яшаш даврида ички секреция безининг фаолиятини бажаради ва учта асосий стероид гормонларни ишлаб чиқаради - эстрогенлар, гестагенлар, андрогенларни.

Эстрогенлар донадор мембрананинг хужайралари, ички қаватдан ва оз миқдорда интерстициал хужайралар томонидан ишлаб чиқарилади. Бир оз миқдорда эстрогенлар сариқ тана томонидан ва буйрак усти безининг пустлоқ қаватида ҳосил бўлади, ҳомиладорда – плацентада (хориал ворсинларнинг синцитиал хужайралар томонидан). Тухумдонларни асосий эстрогенлари бўлиб эстрадиол, эстрон ва эстриол (кўпинча биринчи иккита гормонлар синтезланади).

Эстрогеннинг 0,1 мг фаоллиги сифатида шартли равишда 1 МЕ эстроген фаоллик ҳисобланади. Аллен ва Дойзи бўйича (препаратнинг энг кам миқдори, кастрацияланган сичқонларда ҳайз чақиришига қараб) энг кўп фаолликга эстрадиол, кейин эстрон ва эстриол (нисбатлар 1:7:100).

Эстрогенларнинг метаболизми. Эстрогенлар қонда озод ҳолда ва оқсил билан боғланган ҳолда (биологик ноактив) қонда айланиб юради. Эстрогенларнинг асосий миқдори қон плазмасида (70%), 30% - шаклий элементларда. Эстрогенлар қондан жигарга, кейин сапрога, ундан сўнг ичакга ўтади, у ердан яна қисман қонга сурилади ва жигарга киради (энтерогепатик айлана), қисман аҳлат орқали чиқиб кетади. Жигарда эстрогенлар олтин гугурт ва глюкурон кислотаси билан жуфт бириккан ҳолда инактивация бўлади буйракка кириб сийдик орқали чиқиб кетади.

Стероид гормонларнинг организмга таъсири қуйидаги равишда тизимлашади.

Вегетатив таъсири (жиддий маҳсусланган) – эстрогенлар аёллар

жинсий аъзоларига махсус таъсир кўрсатади: иккиламчи жинсий белгиларни ривожланишини фаоллаштиради, эндометрий ва миометрийнинг гиперплазиясини ва гипертрофиясини таъминлайди, бачадонни қон билан таъминланишини яхшилади, сут безининг чиқарув тизимининг ривожланишини таъминлайди.

Генератив таъсири (камроқ махсус) – эстрогенлар фолликул етилятганда трофик жараёнларини фаоллаштирилади, донатор хужайрасининг ўсишини ва шаклланишига, тухум хужайрасини ҳосил бўлишига ва сариқ тана ривожланишига кўмаклашади; тухумдонни гонадотроп гормонлар таъсирига тайёрлайди.

Умумий таъсири (хос эмас) - эстрогенлар физиологик миқдорда ретикулоэндотелиал тизимини фаоллаштиради (организмни инфекцияларга бардошлигини ошириб, антителоларни ишлаб чиқарилишини ва фагоцитларни фаоллиятини кучайтиради), юмшоқ тўқималарда азотни, натрийни, суюқликни, суякларда - кальцийни, фосфорни ушлаб туради. Гликогенни, глюкозани, фосфорни, креатининни, темир ва мисни қондаги ва мушаклардаги концентрациясини оширади; жигарда ва қонда холестеринни, фосфолипидларни ва умумий ёғлар миқдорини пасайтиради, юқори ёғ кислоталари синтезини тезлаштиради.

Гестагенлар лютеин хужайралар донатор қаватнинг лютеинлашаган хужайралар ва фолликул қобиғи томонидан ишлаб чиқарилади, (ҳомиладорликдан ташқари пайтда асосий манба), ва буйрак безининг пўстлоқ қавати ва плацентада синтезланади. Тухумдонлар гестагенининг асосий гормони - прогестерон, прогестерондан ташқари тухумдонлар 17 α -оксипрогестерон, 04-прегненол-20 α -он-3, В4-прегненол-2 Об-он-3 ишлаб чиқарилади.

Гестагенлар метаболизми жадвал бўйича ўтади: прогестерон-аллопрегнанонон-прегнанонон-прегнандиол. Охириги иккита метаболитлар биологик фаолиятга эга эмас: жигарда глюкоурон ва олтин гугурт кислотаси билан бирикиб, сийдик билан чиқиб кетади.

Вегетатив таъсири – гестагенлар жинсий аъзоларга фақатгина дастлабки эстроген стимуляциядан сўнг таъсир кўрсатишади: эстрогенлар орқали амалга ошган эндометрий пролиферациясини босади, эндометрийдаги секретор ўзгаришларга олиб келади; тухум хужайраси уруғланганда гестагенлар овуляцияни тўхтатади, бачадон қисқаришалрига қарши таъсир қилади (хомиладорлик «протектори»), сут безларидаги альвеолалар ривожланишини таъминлайди.

Генератив таъсир – гестагенлар оз дозада ФСГ чиқишини фаоллаштиради, катта дозада нафақат ФСГни, балки ЛГни ҳам блоклайди; гипоталамусда жойлашган терморегулятор марказнинг кўзгалувчанлигини оширади, бу эса базал ҳароратни оширади

Умумий таъсири - гестагенлар физиологик шароитда қон зардобидаги аминли азот миқдорини пасайтиради, аминокислоталар экскрециясини кўпайтиради, ошқозон сўллини чиқишини кучайтиради, сапрони чиқишини тормозлайди.

Андрогенлар фолликулнинг ички қаватидаги интерстициал хужайралар томонидан, (бир оз миқдорда) ва буйрақусти безининг тўрсимон соҳасида (асосий манба) секреция қилинади. Тухумдонларнинг асосий андрогенлари - андростендион ва дегидроэпиандростерон, кичик дозаларда тестостерон ва эпитестестерон синтезланади.

Андрогенларнинг репродуктив тизимга маҳсус таъсири уларнинг секрецияси миқдорига боғлиқ (кичик дозалар гипофиз функциясини фаоллаштиради, каттаси – уларни блоклайди) ва қуйидаги таъсирларда намоён бўлади:

- вирил таъсири – андрогенларнинг катта дозадалари клитор гипертрофиясини, туқланишни эркақларга ҳос бўлишини, томоғидаги тоғайни катталашишини, хуснбузарларни *acne vulgaris* пайдо бўлишини келтиради;

- гонадотроп таъсири – андрогенларнинг кичик дозалари гонадотроп гормонлар секрециясини фаоллаштиради, фолликулларнинг ўсишига ва

етилишига, овуляцияга ва лютеинизацияга кўмаклашади;

- антигонадотроп таъсири – овуляцидан олдинги даврдаги андрогенларни юқори миқдори овуляцияни босади ва кейинчалик фолликул атрезиясини таъминлайди;

- эстроген таъсири – кичик дозаларда андрогенлар эндометрий ва кин эпителийсини пролиферациясига олиб келади;

- антиэстроген таъсири – андрогенларнинг катта дозалари эндометрийдаги пролиферация жараёнларни тўхтатиб кин суртмасидаги ацидофил хужайраларни йўқолишига олиб келади.

Умумий таъсири. Андрогенлар кучли анаболик таъсирга эга, тўқималар томонидан оксиллар синтезини кучайтиради; организмда азотни, натрийни ва хлорни ушлаб туради, мочевинани чиқишини пасайтиради. Суяклар ўсишини ва эпифизар тоғайларни суякранишини тезлаштиради, эритроцитлар ва гемоглобин миқдорларини кўпайтиради.

Тухумдонларни бошқа гормонлари: ингибин, донадор хужайралар томонидан синтезланган бўлиб, ФСГ чиқишини тормозлайди; окситоцин

(фолликуляр муюқликда, сариқ танада топилган) - тухумдонларда лютеолитик таъсирга эга, сариқ тана регрессига кўмаклашади; релаксин, донадор қаватда ва сариқ танада ҳосил бўлади, овуляцияга ёрдам беради, миометрийни бўшаштиради.

Бачадон. Тухумдонлар гормонлари таъсири остида миометрий ва эндометрийда тухумдондаги фолликулинли ва лютеинли фазаларга тўғри келадиган циклик ўзгаришлар содир бўлади. Фолликулин фазасига бачадоннинг мушак қавати хужайраларининг гипертрофияси ҳос, лютеин фазасига эса уларнинг гиперплазияси. Эндометрийдаги функционал ўзгаришлар кетма-кетликда босқичлар алмашилишида акс этилади: пролиферация, секреция, десквамация (менструация), регенерация.

Прролиферация фазаси (фолликулин фазасига тўғри келади) эстрогенлар таъсирида амалга оширилган ўзгаришлар билан ифодаланади.

Прролиферация фазасини илк босқичи (ҳайз циклининг 7-8

кунидан): шиллик қаватнинг юзаси яссиланган цилиндрсимон эпителий билан қопланган, тўғри ёки бироз қийшайган шаклда тор бўшлиқли безлар кўринишига эга, безларнинг эпителийси бир қаторли паст цилиндрсимон; стромаси чузинчоқ ёки юлдузсимоннозик ўсимтали ретикуляр хужайралардан иборат, стромадаши хужайраларда ва эпителийда битта-иккита митозлар.

Пролиферацияни ўрта босқичи (ҳайз циклини 10-12 кунидан): шиллик қават юзаси баланд призматик эпителий билан қопланган, безлари чўзилиб, тобора кўпроқ қийшайиб кетади, стромаси шишган, ғоваклашган; митозлар миқдори кўпайиб боради.

Пролиферацияни кечки босқичи (овуляциягача): безлар кескин қийшайган, баъзида бурмасимон, уларнинг бўшлиғи кенгаяди, безларни қоплаган эпителий кўп қаватли, стромаси сўлли, спиралсимон артериялар эндометрий юзасига етади, ўрта даражали қийшаган.

Секреция фазаси (лютеин фазасига тўғри келади) прогестерон таъсирида руёбга чиққан ўзгаришларни акс этади.

Секрецияни илк босқичи (ҳайз циклини 18 кунидан) безларнинг кейинги ривожланиши ва уларнинг бўшлиғи кегайиши билан ифодаланади, ушбу босқичга энг хос хусусият – эпителийлардаги гликогенга бой субнуклеар вакуолялар; босқич охирида безлар эпителийсидаги митозлар йўқ; стромаси сўлли, мўрт.

Секрецияни ўрта босқичи (ҳайз циклининг 19-23 куни) – сариқ тана гуллаб-яшнаш даврига оид ўзгаришларни акс этади, ёки гестагенга максимал тўйинганлиги. Функционал қавати яна ҳам юқори бўлишни давом этаяпти, чуқур ва юзаки қаватларга аниқ бўлинади: чуқур қават - спонгиоз губкасимон, юзаки қавати - компакт. Безлар кенгаяди, уларнинг девори бурмасимон бўлиб қолади; безлар бўшлиғидаги секретда, гликоген ва кислотали мукополисахаридлар мавжуд. Стромада периваскуляр децидуал реакцияси белгилари. Спиралсимон артериялар кескин буралган, “коптокчалар” ҳосил қилади (лютеинланиш таъсирининг энг ишончли

белги). 28 кунлик ҳайз циклининг 20-22 кунига эндометрийнинг тузилиши ва функционал ҳолати бластоцистанинг пайвандланиши учун оптимал шароит намоён этади.

Секрециянинг кечки босқичи (ҳайз циклининг 24-27 куни): кўрсатилган даврда сариқ тананинг регрессига оид ўзгаришлар кузатилади, демак, улар томонидан ишлаб чиқаятган гормонлар концентрацияси пасайиши – эндометрий трофикаси бузилади, унинг дегенератив ўзгаришлари шаклланади, морфологик эндометрий регрессияга учрайди, унинг қон талаш белгилари пайдо бўлади. Бунда тўқиманинг сўллиги пасайиб, функционал қаватнинг бужмайишига олиб келар эди. Безларнинг бурмалиги кучаяди. Ҳайз циклининг 26-27 кунига компакт қаватининг юзаки қаватида капиллярнинг лакунар кенгайиши ва стомага ўчоғли қон қуюлишлар кузатилади; толасимон тузилмаларнинг эриб кетиши туфайли стромадаги хужайраларда ва безлар эпителийсида узилишлар соҳалари пайдо бўлади. Эндометрийнинг бундай ҳолати «анатомик менструация» деб аталади ва билвосита клиник менструациядан олдин бўладиган ҳолат.

Қон кетиш фазаси, десквация (Ҳайз циклининг 28-2 кунлари). Ҳайз қони кетишидаги механизмда асосий эътибор узоқ муддатли артериялар спазмидан келиб чиққан қон айланишни бузилишига (стаз, тромбларни ҳосил бўлиши, қон томирлар деворларини синувчанлиги ва ўтказувчанлигига, стромага қон қуйилишлар, тузилмаларнинг лейкоцитар инфильтрацияси) қаратилган. Бунинг натижаси тўқималарнинг некробиози ва уларнинг эриб кетиши. Узоқ муддатли спазм натижасидан келиб чиққан қон томирлар кенгайганлиги туфайли эндометрий тўқимасига кўп миқдорда қон оқиб келиб қон томирларни ёрилишига ва ажралиб чиқишга олиб келади - десквация – некротлашган эндометрийнинг функционал қаватининг қисмлари, ёки менструал ҳайз қони келишига олиб келади.

Регенерация фазаси (ҳайз циклининг 3-4 куни) қисқа муддатли, эндометрийни базал қаватидагилар регенерацияси билан ифодаланади. Яраланган сатҳ эпителизацияси базал қаватнинг қирғоқдаги безлардан ва

шунингдек функционал қаватнинг ажралмаган чуқур қатлампдан содир бўлади.

Бачадон найлари. Бачадон найларининг функционал ҳолати ҳайз циклининг фазасига оид ўзгариб туради. Масалан, циклининг лютеин фазасида тебраниб турувчи эпителийнининг киприксимон аппарати фаоллашади, унинг хужайраларининг баландлиги ошади, апикал соҳасида секрет тўпланади. Шунингдек, найларнинг мушак тонуси ҳам ўзгаради: овуляция пайтига уларнинг қисқарилишини камайиши ва кучайиши қайд этилади, улар соатсимон ва айлана олдиға қараган ҳаракатға эға бўлади. Шуни айтиш керакки, органдаги турли бўлимлардаги мушаклар фаоллиги турлича: перистальтик тўқинлар дистал соҳаларға кўпроқ ҳос. Тебраниб турувчи киприксимон аппаратнинг фаоллашиши, лютеин фазадаги бачадон найларининг лабиллиги, асинхронизм ва аъзонинг турли соҳаларининг қисқарилиши турлилиги бир ҳисобда гаметлар транспорти учун оптимал шароит яратишға мужассамлашган.

Бундан ташқари, ҳайз циклининг турли фазаларида бачадон найларининг микроциркуляция хусусиятлари ўзгаради. Овуляция даврида вена қон томирлари, бачадон найининг воронка соҳасини ҳалқасимон ўраб олганлиги, унинг кокилалари ичигача кириши, қонға тўлишлари фимбрияларни тонусини кучайтириб боради ва тухумдонға яқинлашиб уни ўраб олади, бу эса бошқа механизм билан параллель ҳолда овуляциядан кейин тухум хужайрасини бачадон найига киришини таъминлайди. Воронканинг оҳридаги вена қон томирлардаги қон туриб қолиши тўхташи билан фимбриялар тухумдон юзасидан силжийди.

Қин. Ҳайз цикли мобайнида қин эпителийси пролифератив ва регрессив фазасига оид ўзгаришларни бошидан кечиради.

Проллифератив фаза тухумдонларнинг фолликулин босқичига тўғри келади ва эпителиал хужайраларнинг ўсиши, катталашиши ва мукаммалашиши билан ифодалани. Илк фолликулин фазасига тўғри келган даврда эпителийнинг ўсиши кўпроқ базал қавати ҳисобидан амалға ошади,

фаза ўртасида оралик хужайраларнинг миқдори кўпайиши кузатилади. Овуляциядан олдинги даврда, қин эпителийси максимал қалинликка - 150-300 мкм эга бўлганда – юзаки қават хужайраларнинг фаоллашиши кузатилади: хужайралар ўлчами катталашиб, уларнинг ядроси кичрайиб пикнотик бўлиб қолади. Кўрсатилган муддатда базал, айниқса, оралик қаватдаги хужайралардаги гликоген миқдори ошади. Ажралиб нобуд бўлиши фақат бир-неча хужайраларда кузатилади.

Регрессив фазаси лютеин босқичига тўғри келади. Ушбу фазада эпителийнинг ўсиб кетиши тўхтайти унинг қалинлиги камаяди, хужайраларнинг бир қисми орқага ривожланади. Фаза хужайралар ва компакт гуруҳлар десквамация билан яқунланади.

МАВЗУ БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Хайз цикли назоратида қуйидаги қаторлар иштирок этади;
 - A. Бош мия пўстлоғи
 - B. гипоталамус
 - C. гипофиз
 - D. тухумдонлар
 - E. барча жавоблар тўғри
2. Нейротрансмиттерлар қаерда ишлаб чиқарилади
 - A. Бош мия пўстлоғи
 - B. гипоталамус
 - C. гипофиз
 - D. тухумдонлар
 - E. бачадон
3. Икки фазали хайз цикли учун хос асосий кўрсаткич:
 - A. Тўғри ритмли хайз цикли
 - B. Биринчи хайз келиш вақти
 - C. Жинсий етилиш даврида хайз циклининг тикланиш хусусиятлари
 - D. овуляция

- Е. барча юқорида кўрсатилганлар
4. Хайз цикли ўртасида лютеотропина миқдорининг юқори чўққисига кўтарилиши қуйидаги сабабли юз беради:
- А. қондаги пролактин миқдорининг сезиларли даражада кўтарилиши
 - В. фоллитропин ишлаб чиқарилишининг камайиши
 - С. гонадотропин- релизинг –гормонини ишлаб чиқарилишининг камайиши
 - Д. эстрогенлар и прогестерон миқдорининг камайиши
 - Е. эстрадиол миқдорининг сезиларли кўтарилиши
5. Гонадолиберин синтези қуйидаги ерда амалга оширилади:
- А. гипофизнинг олдинги бўлагида
 - В. гипофизнинг орқа бўлагида
 - С. гипоталамус ядроларида
 - Д. бош мия пўстлоғи нейронларида
 - Е. мияча нейронларида
6. Қорачиқ симптоми аниқланади
- А. хайз цикли ўртасида
 - В. Хайз цикли охирида
 - С. Хайз цикли бошида
 - Д. Хайз цикли чўзилганда
 - Е. Хайз вагида
7. Жинсий ривожланиш даврида организмда қуйидаги асосий ўзгаришлар юз беради
- А. Тухумдонларда гормонлар фаолиятининг фаоллашуви
 - Б. Гипофизнинг гонадотроп функциясининг сусайиши
 - В. ФСГ ажралиш ритми турғун эмас ҳолатда
 - Г. ЛГ экскрециясининг мунтазам “чўққиси” ўрнатилган ҳолатда бўлади.
8. Нормал хайз цикли учун хос гонадотроп гормонларнинг ажралиши қачон

юзага келади

- A. 16-17 ёшда
- B. 15-14 ёшда
- C. 13-12 ёшда
- D. 11-10 ёшда

9. Сўрғичлар пигментацияси ва сут безларининг катталари одатда содир бўлади

- A. 12-13 ёшда
- B. 8-9 ёшда
- C. 10-11 ёшда
- D. 14-15 ёшда

1.2. ЎСМИР ҚИЗЛАРДА ГИНЕКОЛОГИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Юқори сифатли соғлиқни сақлаш хизмати ва муассасаларида аҳолини текшириш усуллари барча қатламидагилар учун қулай бўлиши керак (Н. Садик (1991)й). Айниқса, аҳолининг энг нозик гуруҳлари: аёллар, ўсмирлар ва болаларнинг эътибордан четга чиқармаслик зарур. Жамиятнинг соғлигини сақлашдаги бу муҳим соҳада ҳозиргача қизларнинг саломатлигини муҳофаза қилиш учун аниқ ишлаб чиқарилган технологиялар мавжуд эмас.

Кўпгина чет эллик муаллифлар томонидан пубертат давридаги ёшларга уларнинг репродуктив функцияси тўғрисидаги маълумот шундай шаклда бўлиши керакки, у энг яхши қулай маълумот жинсий аъзоларнинг касалликларини аниқлаш ва олдини олиш борасида бўлиши зарур.

Назирова Ф.Г. бизнинг мамлакатимиздаги келажак – 15 ёшгача бўлган ўсмирлар аҳоли сонидан 38,8% ни ташкил этади. Профилактик кўрқвдак фақат 25% гина болалар мутлоқ соғлом ҳисобланади, қолганлари саломатлик борасида у ёки бу ўзгаришлар, кўпинча биргаликда кечадиган патологияга чалинган.

Шундай қилиб қизларда касалликларни ёки жинсий ривожланишдаги ўзгаришларни аниқлашда қуйидагиларни билиш лозим.

Қизларнинг клиник текшируви қуйидаги тадбирлардан иборат:

- 1) анамнез йиғиш
- 2) жисмоний ва жинсий ривожланиш даражасини баҳолашдаги умумий кўрув
- 3) гинекологик кўрув
- 4) Махсус текширув усуллари



5- расм. Қизларни гинекологик текширувга тайёрлаш. А - қизчани атроф муҳитга ўргатиш
Б- қизчани гинекологик курсига ётқизиш

1. Анамнез йиғиш - махсус анкета бўйича ўтказилади, унда паспорт маълумотларидан ташқари оилавий ва шахсий анамнезига алоҳида эътибор берилади. (5-расм)

Оилавий анамнези қуйидаги саволларга жавоб олинади: ёши, қиз боланинг текширяган пайтда ота-онасининг касби, бошдан кечирган касалликлари, зарарли одатлари, қиз бола туғилишдан олдин ота-онасининг касбий зарарлари, ҳайз кўриш функцияси, онасини ва аёлнинг чизиғидаги яқин қариндошларини гинекологик ва ирсий касалликлари, онасида хомиладорлик ва туғруқ кечиш хусусиятлари:

Шахсий анамнез қуйидаги саволларга жавоб олинади:

- бўйи, вазни, туғилганда умумий аҳволи

- болаликдаги ва жинсий ривожланиш давридаги турмуш шароитлари (маиший шароити, овқатланиши, жисмоний ва рухий зўриқишлар)

- бошидан кечирган ўткир юқумли касалликлари, уларнинг кечиши, жинсий ривожланиши даврларига оид ўзгаришлар, сурункали экстрагенитал касалликлари, жароҳатлар ва уларни асоратлари, ташрихий аралашувлар, уларнинг хажми, олиб ташланган аъзолар ва улардан қисмларини гистологик текширувининг натижалари:

- сил касалликлари билан мулоқотда бўлиши, ирсий касалликлар

Махсус гинекологик анамнези айниқса синчиклаб ўрганилади:

- иккиламчи жинсий белгиларни пайдо бўлишидаги ёши; уларнинг кетма-кетлиги;

- биринчи ҳайз кўриқдаги ёши (менархе)

- ҳайзнинг давомийлиги, йўқотаётган қон миқдори (кўп миқдорда, ўртача, оз миқдорда), ҳайздан олдинги, ҳайз вақтида ва ҳайздан кейинги умумий ахволини ўзгариши (кўнгил айнаш, қўсиш, қорин пастидага оғриқлар, уларни тарқалиши).

- яшаш шароити, овқатланиши, ўқишдаги ва жисмоний зўриқиш, ушбу даврдаги умумий соматик касалликлар.

Сўнг ҳайз кўришни кечиши, мунтазамлиги, давомийлиги батафсил ўрганилади. Агар ҳайз функцияси ўзгарилиши аниқланса, унда ўзгарилиш бошланганлигини йили, ойи аниқланади, унга олиб келиши мумкин бўлган сабаблари, тури (меноррагия, олигоменорея, аменорея в.х.), қўлланилган даво усуллари (симптоматик, гормонал, физиотерапевтик, в.х.) ва албатта уларни самарасини баҳолаш билан. Дисфункционал бачадондан қон кетишлар билан бўлган беморлар бўлса, бўрнидан, милклардан қон кетишларга, кўкаришлар ҳосил бўлишига эътибор бериш керак, чунки қон ивиш тизимида ўзгариш бўлиши мумкин.

2. Беморларни умумий кўруви

Қизларни ташқи кўриниши баҳоланади:

- тана вазни;
- бўйи;
- жинсий ривожланиши даражаси;
- тери ҳолати;
- тукланиш даражасини баҳолаш;
- тери ости ёғ клетчаткасини, сут безларини ривожланишини баҳолаш;
- томоғдаги бодомчалар ҳолати

Агар тери қопламларида тукланиш кўпроқ бўлса унда гирсут рақамини Ферриман ва Голвей жадвали бўйича аниқлаш лозим (1- жадвал):

Тери қопламларида тукланишни баҳолаш жадвали (Ферриман ва Голвей)

1-жадвал

Тана соҳаси	Тукланиш даражаси	Балл
Тепа лаб	Тукланиш йўқ	0
	Ташқи лаб бўйлаб бир-неча туклар	1
	Лаб қирғоғида майин тукларнинг ўртача ўсиши	2
	Лаб қирғоғида кўпгина кўпол туклар	3
	Лаб тепасида кўпгина кўпол туклар	4
Жағ	Тукланиш йўқ	0
	Бир нечта тарқалган юпка сочлар	1
	Юпка соқларни ўчоғли ўртача ўсиши	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиши	3
	Интенсив тўлиқ тукланиши	4
Кўкрак	Тукланиш йўқ	0
	Сўрғичлар атрофида бир-неча туклар	1
	Сут безларини тўш суягигача тукланиши	2
	Кўкрак қафасини ёйсимон тукланиши	3
	Кўкрак қафасини тўлиқ тукланиш	4
Орқани тепа ярими	Тукланиш йўқ	0
	Алоҳида тарқалган туклар	1

	Тукларни ўчоғли ўртача ўсиши	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиши	3
	Интенсив тўлиқ тукланиши	4
Орқани	Тукланиш йўқ	0
пастки	Сакрал соҳасида тукларни ўчоғли ўсиши	1
яrimi	Думба ва думғазаларда тарқалган тукланиш	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиши	3
	Интенсив тўлиқ тукланиши	4
Қоринни	Тукланиш йўқ	0
тепа яrimi	Ўрта чизик бўйлаб бир неча туклар	1
	Ўрта чизик бўйлаб кучли тукланиш	2
	Тарқалган тотал тукланиш	3
	Интенсив тотал тукланиш	4
Қоринни	Тукланиш йўқ	0
пастки	Ўрта чизик бўйлаб бир неча туклар	1
яrimi	Ўрта чизик бўйлаб тукланишни нозик йўлакчаси	2
	Ўрта чизик бўйлаб йўғон йўлак тукланиши	3
	Учбурчак шаклида сочларни ўсиши	4
Сонлар	Тукланиш йўқ	0
	Бир неча бор тарқалган юпқа сочлар	1
	Ўрта даражали тарқалган тукланиш	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиш	3
	Интенсив тўлиқ тукланиш	4
Болдир	Тукланиш йўқ	0
	Ташқаридан бир неча тарқалган юпқа туклар	1
	Ўрта даражали тарқалган тукланиш	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиш	3
	Интенсив тўлиқ тукланиш	4
Элка	Тукланиш йўқ	0
	Бир неча бор тарқалган юпқа сочлар	1

	Ўрта даражали тарқалган тукланиш	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиш	3
	Интенсив тўлиқ тукланиш	4
Билак	Тукланиш йўқ	0
	Бир неча бор тарқалган юпқа сочлар	1
	Ўрта даражали тарқалган тукланиш	2
	Ўрта даражали тўлиқ тукланиш	3
	Интенсив тўлиқ тукланиш	4

Олдин бу жадвал бўйича индифферент сон (ИС) аниқланади, у билак билан болдир тукланишининг баллар йиғиндиси. Кейин гормонал сонни (ГС) санаб чиқилади бошқа тана соҳаларидаги тукланиш баллар йиғиндиси.

ИС ва ГС суммаси гирсут сонини аниқлайди (нормада 12 дан паст, ўртача 4,5 балл).

Жинсий ривожланиш даражаси қуйидагича ёзилади: Ма, Ах, Р, Ме. Бу ерда Ма – сут безлари; Ах – қўлтиғ ости тукланиши; Р – қовдаги тукланиш;

Ме – менархе ёши. Иккиламчи жинсий белгиларни ривожланганлиги даражасини баҳолашда 4 балли тизим ишлатилади. (2-жадвал)

Иккиламчи жинсий белгиларни ривожланганлиги даражасини баҳолаш

2-жадвал

Балл		Белгилар	ёши
0	Ма0 Ах0 Р0	Қўлтиғ ости ва қовдаги тукланиш	10 ёшгача
1	Ма1 Ах1 Р1	Сут беги “кўкрак кўртаги” сифатида (ареола ўлчамида катталашган сўрғич билае бирга конуссимон шаклда) қўлтиғ ости ва қовда бир-иккита тўғри сочлар	10 ёш
2	Ма2 Ах2 Р2	Сут безлари конуссимон, унчалик катта эмас оч-пушти рангдаги ареола ясси сўрғич билан “ғунча” босқичида,	11-13 ёш

		ўрта даражали кўлтиғ ости ва қовдаги тукланиш	
3	Ма3 Ах3 Р3	Сут безлари юмалоқ шаклда, ареола пигментациялашган, сўрғич унинг устидан буртиб турибди, кучли кўлтиғ ости ва қовдаги тукланиш (жингалак сочлар)	14 ёш ва ундан катта

Иккиламчи жинсий белгиларни 8 ёшгача пайдо бўлиши барвақт жинсий етилиш деб номланади, иккиламчи жинсий белгиларни 13 ёшида йўқлиги ва 15 ёшда ҳайз кўрмаслик (менструация) жинсий етилиш кечикиши ҳисобланади.

Жисмоний ривожланиши баҳолаш мақсадида клиник антропометрия ўтказилиши лозим. Антропометрик натижаларини баҳолаш учун морфограммани тузиш сеткаси ишлатилади.

Сетка 4-жадвали бор:

- Тик тургандаги бўйи Р, бўй ўлчагичда см да ўлчанади;
- Кўкрак қафаси айланаси сут безининг тепасидан ва пастида алоҳида ўлчанади, ККА, курак пасти, сут безининг пасти тўш суяги пасти ва сут безининг тепасидан ўлчанади;
- Чанок ўлчамлари (Ч) сантиметр лентасида см да ва чанок ўлчайдиган асбоб (тазомер) билан ўлчанади: чанок кенглиги дистанция трохантерикага тўғри келади, 4 асосий ўламлар суммаси – экстерна, дистанция спинарум, дистанция кристарум, дистанция трохантерика – чанокнинг қай даражад ривожланишини баҳолаш мумкин.

- Календар ёши

Текширувларнинг натижалари морфограмма сеткасига жойлаштирилади. Соғлом қизларда морфограмма тўғри чизик орқали ифодаланади. Л.Д.Заяц морфограммаси қиз боланинг жисмоний ва жинсий ривожланишнинг динамикасини ёшига қараб баҳолашга имконият беради.

Қизлар ва ўсмир қизларни текшириш услублари

Иккиламчи жинсий белгиларни ривожланиш даражасини баҳолаш учун ягона белгилар орқали ифодалаш йўли билан амалга оширилади – сут безлари – Ма; қовдаги тукланиш – Р; қўлтиғ ости тукланиш – Ах; биринчи ҳайз кўриш (менархе) – Ме. Жинсий ривожланиш даражаси қуйидаги формула орқали баҳоланади: Ма, Р, Ах, Ме (6-расм).

Сут безлари:

Ма 0 – сут безлари катталашмаган, сўрғичлари кичкина, пигментация йўқ;

Ма 1 – сўрғич атрофи шишган, унинг диаметри катталашган, сўрғичлар пигментацияси кўзга ташланмайди;

Ма 2 – сут безлари конуссимон, сўрғич атрофи соҳаси пигментациялашмаган, сўрғич сут бези тепасидан кўтарилмаган;

Ма 3 – ўсмир қизларга хос юмалоқ шаклдаги кўкрак, сўрғичлар атрофи соҳаси пигментациялашган, сўрғич сут безидан тепага кўтарилган;

Ма 4 – юмалоқ шаклдаги етилган кўкрак.

Тукланиш даражаси:

Р 0, Ах 0 – қовда ва қўлтиғ остида тукланиш йўқ;

Р 1, Ах 1 – бир неча тўғри сочлар;

Р 2, Ах 2 – сочлар қалинроқ ва узунроқ, кўрсатилган соҳалар ўртасида жойлашган;

Р 3, Ах 3 – қовнинг учбурчагида ва жинсий лабларда қалин, жингалак; қўлтиғ ости чуқурчаси тулик жингалак сочлар билан қопланган.

Ҳайз функцияси даражаси:

Ме 0 – ҳайз йўқ;

Ме 1 – текширув вақтида менархе;

Ме 2 – ҳайз кўриш номунтазам;

Ме 3 – мунтазам ҳайз бўлиши.

Хар бир белги балларда баҳоланганда ўз коэффициентига эга: Ма – 1,2; Р – 0,3; Ах – 0,4; Ме – 2,1.

Мисоллар:

12 ёшдаги жинсий формула – $Ma\ 3, P2, Ax1, Me\ 0 = 3,6+0,6+0,4+0 = 4,6$;
 17 ёшдаги жинсий формула – $Ma\ 3, P\ 3, Ax3, Me\ 3 = 3,6+0,9+1,2+6,3 = 12$;
 7 ёшдаги барвақт жинсий ривожланишда жинсий формула – $Ma\ 2, P2, Ax0, Me2 = 2,4+0,6+0+4,2 = 7,2$;
 12 ёшда жинсий ривожланиши орқада қолганда жинсий формула – $Ma1, P0, Ax0, Me0 = 1,2+0+0+0 = 1,2$.



6-расм. Таннер буйича жинсий ривожланиш босқичлари.

3. Гинекологик текширув

Ташқи жинсий аъзоларни текширувида тукланишга кайси жинсга хослигини аниқлаш зарур (аёллик, эркаклик), клиторнинг анатомик тузилиши, катта ва кичик жинсий лаблар, қизлик пардаси уларнинг ранги, қинга киришнинг шиллик қаватнинг рангига, жинсий йўллардан чиққан ажралмаларга эътибор бериши лозим. Пениссимон клитор эркакларга хос тукланиш типи билан болалик даврида туғма адреногенитал синдроми туғрисида маълумот беради, жинсий етилиш даврида клиторни катталаниши тестикуляр феминизациянинг нотўлиқ шакли ёки гонадаларнинг вирилизациялашган ўсмаси симптоми бўлиши мумкин. “Қонга тўлган”, “гўштли” гимен – қизлик пардаси, вульва ва кичик жинсий лаблар ишинқираганлиги, уларнинг оч-пушти рангда бўлиши ҳар қандай ёшда(болалик ва балоғат ёшида) гиперестрогения ҳақида далолат беради.

Гипоэстрогенияда ташқи жинсий аъзоларни етилмаганлиги, юпка, оч рангли ва куруқшаган вульванинг шиллиқ қавати аниқланади.

Жинсий етилиш давридаги гиперэстрогенияда катта ва кичик жинсий лабларнинг гиперпигментацияси, эркакларга хос тукланиш, клиторни бир мунча катталашиси кузатилади. Қиннинг шиллиқ қаватини ҳолатини баҳолаш учун (ранги, бурмалиги, бачадон бўйни тузилиши, “қорачиғ” белгисини аниқлаш мақсадида, қинда ноаниқ жисм аниқланиши) кольпоскопия ўтказилади. Бу мақсадда болалар учун турли ўлчамлардаги ёритиш тизимли махсус кўзгулар ишлатилади. 6 – 7 ёшгача қизларда вагиноскопия қисқа муддатли оғриқсизлантириш остида ўтказилади. Балоғат ёшида қинни шиллиқ қавати оч оқимтир рангда, куруқшаган, бурмалар йўқлиги юқори даражали гипоэстрогения туғрисида маълумот беради.

Вульва ва қинни кўргандан сўнг қиннинг олдинги деворидан буюм ойнасига лейкоцитлар сонини микробли ассоциацияни, “калитли хужайраларни” аниқлаш учун, хламидияларга текшириш ва бактериал экма қилиш антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш мақсадида суртма олинади.

Ректоабдоминал текширувда бачадонни жойлашувига, унинг ўлчамларига, ҳаракатчанлигига, консистенциясига, бачадон бўйни ва бачадон танаси орасида бурчак бор-йўқлигига эътибор берилади. Масалан, жинсий инфантилизмда қизларда бачан бўйни ва танаси орасидаги бурчак унчалик сезилмайди, бачадон кичик чаноқ бўшлиғида баланд жойлашган, бачадон бўйни ва танаси нисбати 1:1, гонадалар дисгенезияси бўлган беморларда ўрта чизик бўйлаб бачадонни ўрнига валиксимон арқон пайпасланади, Рокитанский-Кюстнера синдромида бачадон пальпатор аниқланмайди. Бачадон найларини ва тухумдонларни пайпаслаганда тухумдонларнинг ўлчамлари ва шаклига, уларнинг консистенциясига, битишмалар ҳисобидан ҳаракатчанлигига, уларни пайпаслаганда оғриқлилигига эътибор берилади. Икки томондан катталашган, қаттиқлашган, теккис юзали гонадаларни пайпасланиши уларни склерокистоз ўзгарилиши туғрисида маълумот беради. Бир томонлама

катталашган тухумдонлар, айниқса хайздан олдин бўлса, унда хайздан кейин қайта кўрувга кўрсатма бўлади. Ректал текширув тозалов кўхнадан сўнг ўтказилади.

4. Репродуктив тизим ҳолатини маҳсус текширувлари

Гипофиз ва тухумдонларнинг эндокрин функцияси пасайишига гумон қилинса кўзгатувчи синамалар ўтказилади. Гестагенлар билан синама бирламчи ва иккиламчи аменореяда эндометрий реактивлигини аниқлашда қўлланилади. Прогестронни 1% - ли ёғли эритмаси ёки прогестерон таблеткаларини (дюфастон, утрожестан, норколут, примолют ва бошқалар) 6 кун мобайнида ўтказилади. Препаратни қўллашни тўхтатгандан сўнг 2-3 кун ўтгандан кейин хайзга ўхшаш реакция пайдо бўлганда синама мусбат ҳисобланса, эндометрийни етарли ёки ўрта даражали эстрогенизациясини қайд этиш мумкин ва шу билан бирга аменореяни бачадон турини инкор қилиш мумкин. Синама манфийлигида эстрогенга тўйиниш сустилигини ёки масалан уни органик жароҳатланиши туфайли эндометрий рефрактерлиги тўғрисида далолат беради.

Гонадотропинли синама (перганол, хумегон, меногон ва бошқалар) қизлардаги бирламчи ёки иккиламчи аменореядаги тухумдонларнинг функционал имкониятларининг аниқлаш учун ишлатилади. Турли ишлаб чиқарувчилар томонидан таклиф қилинган юқорида кўрсатилган препаратларнинг ҳар биринг 1 мл да 75 МЭ ФСГ ва 75 МЭ ЛГ бор. ФСГ/ЛГ нисбати 1 га тенг бўлиши фолликулалар ўсишини кўзгатиш учун оптимал ҳисобланади. Эстрогенларни қондаги дастлабки миқдорини ва ультратовуш текшируви томонидан тухумдонлар ҳолати аниқлангандан сўнг препаратлардан бирини 150 МЭ дан кунига 2 кун кетма-кет, сўнг 250-300 МЭ кунига 3-5 кун давомида мушак орасига юборилади. Тухумдон фаолиятини функционал диагностика тестлар бўйича эстрогения белгилари пайдо бўлса ва қон зардобидида ва суткалик сийдикда эстрадиол миқдори ошса, кичик чанок аъзоларини ультратовуш текширувида тухумдонлар ҳажми дастлабкидан 2 бароварига катталашган бўлса синама мусбат ҳисобланади. Синамалар

фонидаги назоратли текширувлар ҳар куни ўтказилишлари лозим, бўбўлиши мумкин бўлган тухумдонлар гиперстимуляцияси белгиларини аниқлашда ва препаратни қўллашни тўхтатишга имконият яратади.

Синтетик релизинг ЛГ (гонадолиберин) синамаси гипофизни гонадотропинларни синтезлаш қобилиятини аниқлаш учун қўлланилади.

Синамани ўтказиш учун мушак орасига 100 мкг декапептил, томир ичига 100мкг гонадорелин ёки 150 мкг бруселинни интраназал тўзитиш ишлатилади. ЛГ ни вена қонида юборилишдан аввал, ва юборилишдан 15 – 30, 60 ва 90 дақиқадан сўнг гонадолиберинни аналогини текширилиши зарур.

Гипофиздаги гонадотропли гормонлар резервини аниқлаш мақсадида кломифенли синамани ўтказиш мумкин. Кломифен гипоталамик соҳасидаги ва тухумдонлардаги эстрогенга боғлиқ рецепторлар билан боғланади. Кичик дозада препарат гонадотропинлар секрециясини кучайтиради ва овуляцияни кўзғатади. Организмда эндоген эстрогенлар миқдори етарли даражада бўлганда кичик дозадаги кломифен ўрта даражали эстрогенли самара кўрсатади, лекин эстрогенлар миқдори юқори бўлса унда антиэстроген таъсир кўрсатади. Эстрогенлар миқдорини пасайтириб, гонадотропинлар секрециясини кучайтиради. Кломифен кунига 50 мг 5 кун давомида, циклнинг 5 кунидан бошлаб берилади. Препаратни қабул қилинган кунлари қон плазмасида ЛГ ва ФСГ миқдори ўртача ошганда ва препаратни ичмагандан сўнг 3-5 кун ўтгандан кейин гонадотропинлар секрецияси авжга чиқишида синама мусбат ҳисобланади. Гонадотропинлар миқдорини фақат кломифенни истеъмол қилиниши фонида кўтарилиши гипофиз захиралари етарли эмаслиги, уларнинг кўтарилиши умуман кузатилмаса репродуктив тизимининг гипоталамик бошқаруви бузилганлиги тўғрисида маълумот беради.

Буйрак усти безининг туғма гиперплазиясининг ноклассик вариантыдаги беморларда ва стероид гормонларни базал миқдорини интерпретацияси қийин бўлганлигида синтетик АКТГ (тетракозактид) билан синама

ўтказилади.

Супрессив синамалар – периферик безларда ва гипофизда катта миқдорда гормонлар ишлаб чиқиши манбасини аниқлаш учун ишлатилади. Гиперпролактинемияда парлоделли, напролакли ёки достинексли синама ўтказилиши мумкин. Бу препаратлар гипофизни олдинги бўлагидаги пролактин секрециясини гипоталамусни дофамин рецепторларини специфик агонистлари ҳисобланади. Препаратни қабул қилиш функционал гиперпролактинемияда ва гипофизни микроаденомасида пролактин миқдорини нормалаштиради ва ўсма ўлчамидан қатъий назаридан гормон секрециясини ўзгартирмайди. Гиперандрогенияни аниқлашда глюкокортикоидлар синамасини натижалари катта ёрдам бериши мумкин. Синама глюкокортикоидлар АКТГ секрециясини сусайтиришига ва буйрак усти беzi томонидан андрогенлар ишлаб чиқарилиши пасайтиришида асосланган. Қизларга преднизолон ёки дексаметазон 2 кун давомида берилади. ДЭА – сульфат, андростендион ва тестостерон миқдори қон плазмасида ёки 17- кетостероидлар, ДЭА ва андростерон суткали сийдикда синамадан олдин ёки эртасига препарат ичилгандан сўнг аниқланади. Соат 23 да препаратни қабул қилиб эртасига соат 8 да таҳлиллар ўтказилади. 5 ёшдан кичик мижозларда преднизолонни суткали дозаси 10 мкг, 5 ёшдан 8 ёшгача – 15 мкг. Дексаметазон суткали дозада 20 мкг да буюрилади. Нормада препаратни жўнатилишига жавобан андрогенлар 2 баробарга пасаяди. Буйрак усти безининг туғма гиперплазиясида уларнинг концентрацияси анчагача пасаяди. Гормонлар динамикаси йўқлиги ўсма касаллигини таҳмин қилинишига асос бўлади.

Марказий нерв системасини ва эндокрин аъзолар фаолиятини аниқлаш мақсадида **ногормонал супрессив синамасини** дифенин ва транквилизаторлар билан ўтказиш мумкин. Дифенинли синама гиперкортицизм белгилари бор олигоменореяли ва иккиламчи аменореяли беморларга ўтказилади. Синама АКТГ, Т ва кортизол секрециясини камайишига асосланган. Дифенин суткасига 2 таблаткадан (0.23 г) 5 кун

давомида берилади. Синамадан олдин ва кейин 17 – КС ва 17 – ОКС, Т-секрецияси, ҚБ назорати ва ЭЭГ кўрсаткичлари назорат қилинади. Агар синама фонида ёки синамадан сўнг ҚБ, ЭЭГ нормаллашса, эстрогенлар секрецияси пасайса синама мусбат ҳисобланади. Транквилизаторлар билан (масалан, элениум) синама психоген омилларнинг ролини гипоталамо – гипофизар етишмовчилик (тана вазни йўқотиш билан ёки йўқотишсиз) фонидаги иккимламчи аменореяли беморларнинг гормонал профили ўзгаришларини аниқлашда ишлатилади. Синама элениумни безовталанишни, асабийлашишни ва кўзғалувчанликни пасайтиришида асосланган. Элениум кунига 2 таблеткадан (25мг) 5 кун давомида буюрилади. Синамадан олдин ва кейин ЛГ, ФСГ ва бош мияни биоелектр фаоллиги аниқланади. Агар синамадан сўнг ЛГ ва ФСГ секрецияси ошиши, ЭЭГ кўрсаткичлари яхшиланса синама мусбат ҳисобланади. Тахмин қилиш мумкин-ки, транквилизатор таъсирида люлиберин секрецияси кучаяди.

Бош миянинг биоелектр фаоллиги (ЭЭГ) – болалар гинекологи ишида муҳим аҳамиятга эга. ЭЭГ ёрдамида бош миянинг органик ва функционал касалликлари, клиник белгилари бўлмаётган илк босқичдаги эпилептик шаклдаги синдромларни аниқлаш, беморни зўриқиш ва кўзғатувчиларга реакциялари ўрганилади. Болаларда ЭЭГ ҳар бир ёшда ўз хусусиятларига эга, асосий ритмни шаклланишидаги кетма-кетликни, миянинг етуклиги – альфа ритми текширилади. Ушбу ритм стабилизациялашишига мойиллик 14 ёшга кузатилади, ЭЭГ стабилликга эгаллиги 16 – 17 ёшларга шаклланади. ЭЭГ даги ёшига хос ўзгариши гонадотроп гормонлар ва андрогенлар секрецияси даражасига корреляцион боғлиқликда. Услуб нейротроп, психотроп ва талвасага қарши препаратлар билан даволаш самарасини баҳолашда ишлатилади. Масалан, нейроэндокрин синдромларда патологик жараёнга пўстлоқ ости тузулмалари ҳам жалб этилади, бу ЭЭГ да асосли ва таламик тузулмаларнинг кўзғалишлар симптомларини акс этувчи юқори амплитудали тебранишларнинг пароксизмал ёруғликлар билан ифодаланади. ЭЭГ нинг маълумотларини клиник ва гормонал натижалар билан

солиштирганда репродуктив тизимини жароҳатланиш бўғинини аниқлашда ва даволаш таъсирини танлашга ёрдам беради.

РЕНТГЕНОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР

Гинекологик касалликларни аниқлашда қўл панжаларининг рентгенологик текшируви катта аҳамиятга эга. Ушбу текширув услуги уларга гормонал, насл – насб ва овқатланиш таъсир кўрсатадиган суякланишнинг кетма-кетлигини ва тезлигини ўзгаришларини аниқлашда ёрдам беради. Суякланиш соҳалари бўйича ва қўл суякларининг эпифиз ва метафизларнинг синостозлар ҳолати ва қизларнинг суяк ёшини аниқлашда куйидаги жадвал ишлатилади(3-жадвал).

3– жадвал.

Ўрта темпи ривожланишдаги қизларда панжа скелетининг ва елканинг дистал соҳасининг суякланишининг муддатлари.

Суякланиш соҳалари	Ёши
Бошсимон ва илгаксимон суяклар	2 – 3 ой
Нурли суякларнинг дистал эпифизи	8 – 10 ой
Асосий фалангалар ва кафт суяклари	10 – 12 ой
Ўрта ва охирги суяклар эпифизи	12 – 15 ой
Учқиррали суяклар	2 – 2,5 ёш
Яримойсимон суяклар	2,5 – 3 ёш
Кўпқиррали ва қайиқсимон суяклар	4 – 4,5 ёш
Тирсак суякларнинг дистал эпифизи	6 – 6,5 ёш
Тирсак суякларнинг бегизсимон усимталари	7,7 – 8 ёш
Нўҳатсимон суяклар	8,8 – 9 ёш
II – кафт – фалангали бўғиннинг сесамоид суяклари	11 – 11,5 ёш
II – кафт суякларини синостозлари	12,5 -13 ёш
Оҳирги фалангалар синостозлари	13,5 -14 ёш
Асосий фалангалар синостозлари	14 -15 ёш
Ўрта фалангалар синостозлари	15,5 – 16 ёш
II - чи ва V-чи кафт суякларнинг синостози	15,5 – 16 ёш

Тирсак суякларининг дистал эпифизларининг синостозлари	15,5 – 16 ёш
Нурли суякларнинг дистал эпифизларнинг синостозлари	15,5 – 16 ёш

Қизларда гинекологик касалликларни аниқлашда бош чаноқ суяги ва турк эгари рентгенологик текшируви муҳим текширувлардан ҳисобланади. У бош чаноқ суягини тузилиши ва турк эгари шакли ва ўлчамлари, ёки гипофиз ўлчами тўғрисида тасаввурга эга бўлишни ёрдам беради. Турк эгари ўлчами бош суяги ўлчами билан солиштирилади. Кўпинча ҳайз цикли бузилиши билан кечадиган марказий генезли эндокрин касалликларда бош чаноғида кўп ёки оз даражали ўзгаришлар аниқланади.

Турк эгарининг туғма етишмовчилигида унинг ўлчамлари кичиклиги, гипофизда ўсма бўлса катталаниши ва турк эгарига кириш ва тубида кегайишлар аниқланади. Ёмонсифатли ўсмаларда турк эгарининг орқаси емирилиги ўсманинг ўсиши йўналишида аниқланади. Бош суяк рентгенограммасида мия ичи босими ошиши, гидроцефалия ва бошдан кечирган нейроинфекция белгилари бармоқсимон чуқурчаларга ҳам эътибор берилиши лозим.

МАГНИТ - РЕЗОНАНСЛИ ТОМОГРАФИЯ

Охириги йилларда болалар гинекологлари репродуктив тизими патологияси диагностикасида томографик текшируви қўлланилиб келмоқда. Ушбу усул марказий нерв тизимидаги ва гипофиздаги патологик тузулмаларни ва шунингдек жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонларини, бачадон ва тухумдонларнинг ўсмаларини, гениталий эндометриозини аниқлашни яхшилайти. Магнит - резонансли томография (МРТ) юқори маълумотлилийлик билан нурланиш юкласини йўқлиги билан ифодаланади.

Кичик чаноқ аъзоларини МРТ усули билан текширишда “ўлик зоналар” ёки текшируви мумкин бўлмаган зоналар йўқлиги, у организмнинг ҳар қандай нуқтасини ҳар қандай проекцияда текшириш имкониятига эга. МРТ ноинвазивлиги ушуб усулни кичик чаноқ аъзолари орқасидан даволашдан

олдин ва кейин динамик назоратида ноёб ҳисобланади. Олинган тасвирлар анатомик атласдаги тасвирларга солиштирадиган холда.

Барча МРТ – Германиянинг Сиенс Магнетом Ҳармоний томографияда қовуқ ҳолатидан қатъий назар, контраст моддаси жўнатилиши шарт бўлмаган холда амалга оширилади.

Болалар гинекологик амалиётида инвазив диагностик усуллардан бачадон ва найларнинг рентгенологик текшируви (гистеросальпингография), бачадон бўшлиғидан аспират олиш.

Гистеросальпингография: жиддий кўрсатмага асосан ўтказилади – гениталийларни сил касаллиги, аденомиоз, 14-15 ёшдан катта қизларда ички жинсий аъзолари нуқсонларида. Қарши кўрсатмалар умумий. Контраст модда юборилиш учун маҳсус кичкина учли мослама ишлатилади. Эндометрий ҳолатини ўрганиш мақсадида гистероскопия, бачадон шиллик қаватини диагностик қириш қўлланилади.

ЛАПАРОСКОПИК ТЕКШИРУВ УСУЛИ

Охириги йилларда лапароскопик текширув усули қизлардаги чанокдаги оғриқларни сабабини аниқлашда, ички аъзоларни анатомик-топографик жойлашувларини баҳолашда кенг ишлатиладиган усуллардан тан олинади. Хозирги кунда лапароскопия режали ва шошилиш тарзда болалар гинекологиясида кўп қўлланилади ва уни ўтказишда қуйидаги кўрсатмалар мавжуд:

1. Қорин паст қисмидаги оғриқлар:
 - А) консерватив терапия самарасизлигидаги сурункали чанокдаги оғриқлар
 - Б) медикаментоз коррекцияга бўйсинмаган турғун альгодисменорея
2. Тухумдонларни 10 см гача бўлган кисталари ва кистомалари
3. Бачадон миомаси
4. Тухумдонларни поликистоз синдроми.
5. Кариотипдаги Х- хромосомасини гонадалар дисгенезияси.

б. Ички жинсий аъзоларни ривожланиш нуқсонлари билан биргаликда киндаги реконструктив ташриҳларни ўтказиш.

Қарши кўрсатмалар: ўсма малигнизацияси, қорин бўшлиғи ва кичик чанокда 4 даражали битишмалар борлиги, катта ўлчамдаги тухумдон хосилалари.

Лапароскопияни ўтказиш услуги қизалоқларда катталарникидан фарқи йўқ. Операциядан олдин операцияни хажми ва мумкин бўладиган асоратлар билан таништириб, қизалоқнинг ота-онасидан розилик олиш керак. Операциядан аввал ичаклар тозаланади. Медикаментоз тайёрлов сифатида оддий премедикация ишлатилади. Шошилич лапароскопиянинг хусусиятларидан миждозни муолажага тайёрлашда вақтни чегараланиши ва ундан сўнг ошқозонни ювиш ва ичакларни тозалаш эҳтиёжи ҳисобланади. Барча миждозларга шошилич ёки режали бажариладиган лапароскопияда сийдик пуфаги бўшатилиши текширувдан олдин бажарилиши зарур. Лапароскопия умумий оғрикисизлантириш мушаклар релаксацияси остида ва ўпкаларни сунъий вентилизацияси, мониторинг билан ўтказилиши шарт.

Лапароскопия қуйидаги тарзда амалга оширилади: Қорин бўшлиғи Вересс игнаси ёрдамида киндак халқаси атрофида тешилади, пневмоперитонеум қўйилади ва углекислота гази қорин бўшлиғидаги босим сим уст 20 мм бўлгунга қадар юборилади, сўнг тери кесилган жойдан киндик халқасининг ёнбош ва пастки қирғоқларидан ишлатилаётган троакарнинг диаметрига муносиб кенгайтирилади ва троакар (кўпинча троакар диаметри 11 см ишлатилади) стилет билан қорин бўшлиғига киргизилади. Лапароскоп киргизилгандан сўнг биринчи навбатда троакар киргизилган жойи назорат қилинади – қорин олди деворидан қон кетмаётганлиги ва ички аъзоларда шикастланиш йўқлигида ишонч хосил қилинади. Ундан сўнг қорин бўшлиғининг панорамали кўруви амалга оширилади сўнг минлари сари ўнг ёнбош чуқурчадан ўнг ёнбош каналдан жигарга, ошқозонга, чарвига, қора талоққа, ичак бўйлаб кўрилади. Кичик чанок аъзолари кўруви Тренделенбург ҳолатида ўтказилади – чанок қисми

кўтарилган ҳолда. Кўрув қорин пардасини париетал қисмини ҳолати баҳоланишидан бошланади сўнг, бачадон, кейин соат минлари сари тухумдонлар, бачадон найлари ва бойламлари кўрилади. Кичик чаноқ аъзолари ҳолатини кўришни осонлаштириш мақсадида ва керакли оператив тадбирларни ўтказиш учун 0,5 см ли узунликдаги кесишлар орқали қов тепаси зонасининг латерал соҳасида лапароскоп назорати остида 5 мм диаметрли 2-3 та троакар манипулятор ва жаррохлик асбоблари учун киргизилади. Диагностик ва жаррохлик тадбирлар тугагандан сўнг асбоблар қорин бўшлиғидан чиқарилиши аниқ кетма-кетликда амалга оширилади: биринчи навбатда лапароскоп назорати остида ёнбош троакарлар чиқарилади, кейин марказий троакар орқали қорин бўшлиғидан газ чиқарилади. Лапароскоп билан марказий троакар чиқарилади, сўнг қорин олди деворининг визуал назорати остида лапароскоп ўзи чиқарилади.

Амалиёт шуни кўрсатади-ки, кўпинча режали лапароскопия қизлардаги қорин пастидаги оғриқларни сабабини таққослама ташхис ўтказиш мақсадида ўтказилади.

Бошқа клиник текширув усулларига бажарилиши керак бўлган қуйидагилар киради: - Ювенил қон кетишларда гемостазиограммани ўрганиб чиқиш, операцияга тайёргарлик учун: қоннинг биохимик таҳлили, туберкулин синамаларини ўтказиш, бошқа мутахассислар кўрувлари (ЛОП, невропатолог, руҳшунос, окулист) ўтказилади.

МАВЗУ БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Оилавий анамнезга қуйидагилардан қайси бири кирмайди?
 - А. ота онасининг ёши ва касби
 - В. бошдан ўтказган касалликлар ва ота онасининг ёмон одатлари
 - С. хайз фаолияти ва онасининг ирсияти
 - Д. онасида хомиладорлик ва туғруқнинг кечиш хусусияти
 - Е. отасининг ирсияти
2. Шахсий анмнезга қуйидагиларни қайси бири киради?
 - А. Яшаш ва туғилган жойи

- В. туғилгандаги тана вазни ва бўйи
 - С. болаликдаги яшаш шароити
 - Д. бошдан ўтказган инфекциялар касалликлар
 - Е. сўров вақтида яшаш жойи
3. Махсус гинекологик анамнезга қуйидагилардан қайси бири киради?
- А. Биринчи хайз келган вақт
 - В. бўйи ва тана вазни
 - С. отасининг зарарли одатлари
 - Д. онасининг зарарли одатлари
 - Е. жаррохлик аралашувлари
4. Қиз боланинг умумий кўрувига қуйидагилардан қайси бири кирмайди?
- А. тана массаси
 - В. бўйи
 - С. жинсий ривожланиш даражаси
 - Д. тери ҳолати
 - Е. бошдан ўтказган инфекциялар касалликлари
5. Ма 1 намоён бўлиш хусусияти?
- А. Сут беги катталашган, сўрғичи кичкини, пигментлашмаган
 - В. Сўрғич атрофи айланаси бўртган, диаметри катталашган, сўрғич пигментацияси яққол эмас
 - С. Сут без коник шаклда, сўрғич атрофи айланаси пигментлашмаган, сўрғич кўтарилмаган
 - Д. Думалоқ шаклдаги ўсмир сут беги, сўрғич атрофи айланаси пигментлашган, сўрғич кўтарилган.
 - Е. Ўсмир сут беги
6. Ма 2 намоён бўлиш хусусияти?
- А. Сут беги катталашмаган, сўрғичи кичкина, пигментлашмаган
 - В. Сўрғич атрофи айланасининг бўртиши, диаметрининг катталашуви, сўрғич пигментацияси яққол эмас.

- C. Сут без коник шаклда, сўрғич атрофи айланаси
пигментлашмаган, сўрғич кўтарилмаган
- D. Думалоқ шаклдаги ўсмир сут бези, сўрғич атрофи айланси
пигментлашган, сўрғич кўтарилган.
- E. Ўсмир сут бези
7. Ма 3 намоён бўлиш хусусияти?
- A. Сут бези катталашмаган, сўрғичи кичкина, пигментлашмаган
- B. Сўрғич атрофи айланасининг бўртиши, диаметрининг
катталашуви, сўрғич пигментацияси яққол эмас.
- C. Сут без коник шаклда, сўрғич атрофи айланаси
пигментлашмаган, сўрғич кўтарилмаган
- D. Думалоқ шаклдаги ўсмир сут бези, сўрғич атрофи айланси
пигментлашган, сўрғич кўтарилган.
- E. Ўсмир сут бези
8. Ма 4 намоён бўлиш хусусияти?
- A. Думалоқ шаклдаги етилган кўкрак
- B. Сўрғич атрофи айланасининг бўртиши, диаметрининг
катталашуви, сўрғич пигментацияси яққол эмас.
- C. Сут бези коник шаклда, сўрғич атрофи айланаси
пигментлашмаган
- D. Думалоқ шаклдаги ўсмир сут бези, сўрғич атрофи айланси
пигментлашган, сўрғич кўтарилган.
- E. Ўсмир сут бези
9. Кўкрак қафси айланаси қандай ўлчанади?
- A. Сут безлари сохасидан
- B. Куракдан пастки қисмдан
- C. Сут безларининг пастидан ханжарсимон ўсиқ сохасидан
- D. Куракларнинг пастки қирраси сохасидан

- Е. Куракларнинг пастки қирраси сохасидан ханжарсимон ўсик сохасида сут безларининг пастки қисмидан ва сут безларининг устидан
10. Тоз кенглиги деб нимага айтилади?
- А. экстерна ва спинарум ўлчамлари йиғиндиси
 - В. трохантерика ва экстерна йиғиндиси
 - С. тоснинг барча 4 ўлчамлари йиғиндиси
 - Д. кристарум ва трохантерика йиғиндиси
 - Е. дистанция трохантерика
11. Ташқи гинекологик кўрувга қуйидагилардан қайси бири кирмайди?
- А. гимен, катта уятли лаблар кўруви
 - В. кичик уятли лаблар кўруви
 - С. клитор кўруви
 - Д. ректал кўрув
 - Е. барча жавоблар тўғри
12. Ма О намоён бўлиш хусусияти?
- А. Сут беzi катталашмаган, сўрғичи кичкина, пигментлашмаган
 - В. Сўрғич атрофи айланаси бўртган. диаметри катталашган, сўрғич пигментацияси сезиларли эмас
 - С. Сут беzi коник шаклда, сўрғич атрофи айланаси пигментлашмаган, сўрғич кўтарилмаган
 - Д. Думалоқ шаклдаги ўсмир сут беzi, сўрғич атрофи айланаси пигментлашган, сўрғич кўтарилган.
 - Е. Сўрғич атрофи айланасининг бўртиши, диаметрининг катталашуви, пигменталашуви.
13. РоАхо намоён бўлиш хусусияти?
- А. қов ва қўлтиқ ости сохасида тукланиш йўқ
 - В. Оз миқдорда тўғри туклар
 - С. Юқоридаги сохаларнинг марказида узун туклар қўйиқ жойлашган.

D. Қов учбурчагининг барча сохасида ва жинсий лабларда
тўлқинсимон туклар қўйиқ жойлашган, қўлтиқ ости сохаси
тўлқинсимон туклар билан тўлиқ қопланган

E. Қов сохасида оз миқдорда туклар мавжуд, қўлтиқ ости сохасида
туклар йўқ

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала №-1

Бемор С. 11 ёш онаси билан, сийгандан сўнг ачишишга, ташқи жинсий
аъзолар сохасида қичишиш ва ноинтенсив оғриқларга шикоят қилиб келди.

Баъзида оғриқ чов сохасига иррадиация бериши, баъзида оёқларда оғриқ
бўлиши кузатилади.

Анамнезидан хайз кўрмаган. Онасининг сўзига кўра қизча 2 хафтадан буён
касал. Феъл атворида асабийлик кузатилмоқда. Гепатит ва ангина бўлган.
Қизчанинг умумий ахволи қониқарли. Тери ва шилиқ қаватлари оч пушти
рангда. АБ 105\60мм.сим.уст. Ташқи жинсий аъзолар кўрилганда тўғри
ривожланган, ташқи жинсий аъзоларнинг аниқ чегараланган гиперемияси ва
шиши кузатилмоқда, айниқса катта жинсий лабларга туташган дахлиз
қисмида. Қиндан сарғиш ажралма келмоқда, хидсиз, нисбатан кўп миқдорда.
Қон анализидида 1 даражали камқонлик, лейкоцитлар 7500, СОЭ 18 минутига.
Сийдикда ўзгариш йўқ. Ажралма тахлил қилинганда коли бактерияси
аниқланди.

Ташхис.Тактика.

Масала №-2

Бемор 8 ёш, онаси билан, сийгандан сўнг ачишишга, жинсий
азолардан йирингли кўпиксимон ажралма келишига, қичишиш, оғриқли ва
тез-тез сийишга шикоят қилиб келди.

Анамнезидан хайз кўрмаган. Онасининг сўзига кўра қизча 10 кундан буён
хаста. Феъл-атворида асабийлик кузатилмоқда. Паротит ва ангина бўлган.

Қизчанинг умумий ахволи қониқарли. Тери ва шилиқ қаватлари оч пушти
рангда. АБ 105\60мм.сим.уст. Ташқи жинсий аъзолар кўрилганда тўғри

ривожланган, ташқи жинсий аъзолар шишган, сийдик чиқариш каналининг ташқи тешиги гиперемияланган, шишинқираган, уретрадан ажралаётган йиринг кўринмоқда. Қиндан кўп миқдорда зангори йирингли кўпиксимон ажралма аниқланмоқда, оралиқ териси ва сон ички тарафида терининг қизариши аниқланмоқда.

Қон анализиди 1 даражали камқонлик, лейкоцитлар 7500, СОЭ 18 минутига. Сийдикда ўзгариш йўқ. Ажралма тахлил қилинганда трихомониаз ва замбуруғлар аниқланди.

Ташхис.Тактика.

II-БОБ

2.1. БАРВАҚТ ЖИНСИЙ ЕТИЛИШ

Барвақт жинсий етилиш деб 8 ёшгача бўлган қизда иккиламчи жинсий белгиларни пайдо бўлиши ҳисобланади. Иккиламчи жинсий белгиларни 8 ёшдан сўнг ва 10 ёшгача пайдо бўлиши илк жинсий етилиш деб аталади. Хозирги кунда барвақт жинсий етилишни ягона таснифи йўқ, чунки муаллифлар томонидан уларга асос бўлган турли критериялар ишлатилади. Лекин кўпинча таклиф қилинган таснифлар бир-бирини такрорлайдилар ва уларни барчаси қуйидаги схемада кўрсатиш мумкин. (4-жадвал)

Барвақт жинсий ривожланишнинг синфланишнинг турли шакллари тафовут қилинади:

- **ИЗОСЕКСУАЛ ТИПИ** - ушбу барвақт жинсий ривожланишда иккиламчи жинсий белгилари бола жинсига мос. Ушбу тур боланинг жинсий ривожланиш патолгиясининг кам учрайдиган шаклларига киради ва болалик давридаги гинеколгик касалликлари орасида 2,5% ташкил қилади.

- **ГЕТЕРОСЕКСУАЛ ТИПИ** - бола жинсига тескари шаклда бўлади.

Кўп тадқиқотчилар яна бошқа турларини ажратилишини зарур деб билладилар:

1. Чин жинсий ривожланишни барвақт бўлиши - (конституционал, идиопатик шакллари) илк ўсмир даврида гипоталамо - гипофизар - тухумдон тизими фаоллашиши билан биргаликда кечади;

2. Ёлғон жинсий ривожланишни барвақт бўлиши - гипоталамо - гипофизар - тухумдон тизими фаоллияига боғлиқ бўлмаган холда гонадотропинлар ва стероидларни ишлаб чиқарилишини натижаси ҳисобланади;

3. **Псевдо** жинсий ривожланишни барвақт бўлиши - жинсий аъзолари ва буйрак усти бези касалликлари билан боғлиқ бўлиб, гормон ишлаб чиқадиган бошқа тўқималарнинг жарохати билан камдан-кам боғлиқ холда бўлади;

4- жадвал



Барвақт жинсий ривожланишнинг синфланиши

Касаллик генезидан қатъий назар қуйидаги шакллари ажратилади:

- **Тўлиқ шакли** - иккиламчи жинсий белгиларни ривожланиши ва ҳайз келиши билан кечиши;

- **Нотўлиқ шакли** - ҳайз бўлмайд иккиламчи жинсий белгиларидан биронтаси бўлиши билан бўлади, лекин барвақт жинсий ривожланишнинг нотўлиқ шакли ҳар қачон тўлиқ шаклига ўтиши мумкин.

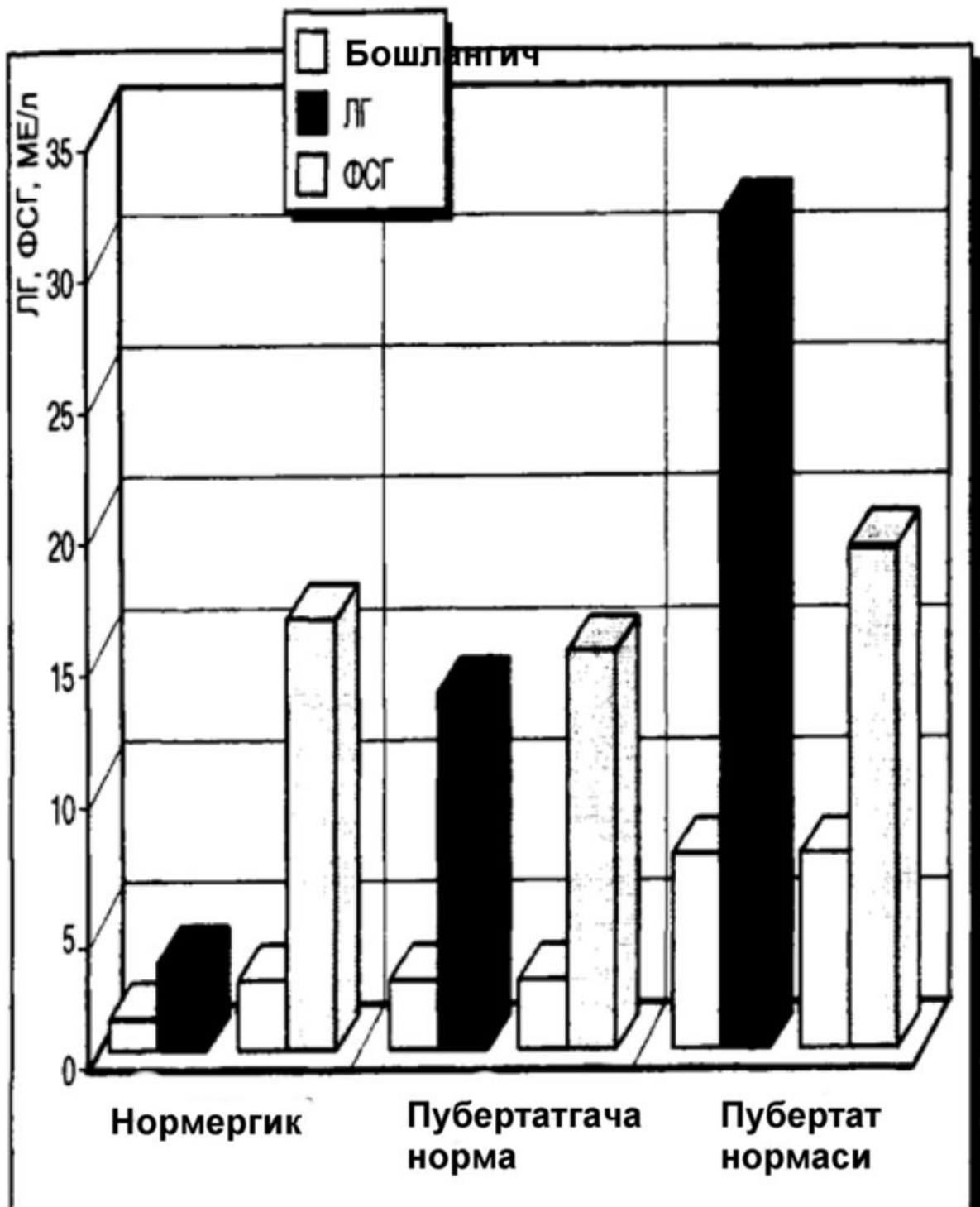
1. ИЗОСЕКСУАЛ ТИПИ БЎЙИЧА БАРВАҚТ ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШ

Барвақт жинсий ривожланишнинг илк белгилари бўлиб 1-2 ёшли ёки ундан сал кечроқ қизалоқда бўй ўсиши тезлашиши ва сут безларини пайдо бўлиши ҳисобланади. Ота-оналар узоқ вақт мобайнида қизининг фақат сут безларининг катталанишини билиб қолишади. Қолган белгилари 8 ёшдан кейин пайдо бўлиши мумкин, кўпинча ўз вақтида (11-13 ёшда).

Текширувда суякли ёшини ўзиб кетиши аниқланади. Марказий нерв системасининг органик жароҳатланишларида синдром белгилари неврологик симптоматика ва эмоционал бузилишлар(кайфиятни ўзгариши, агрессивлик) фони да пайдо бўлади.

Жинсий етилишнинг физиологик жараёни гипоталамо- гипофизар ўқини улғайиши ва қонга гонадотропин релизинг гормони киришига жавобан аста-секин гонадотропинларнинг чиқиши кўпайиши билан характерланади. (7- расм).

Нормал пубертат даврида ГТ-РГ киритилишига аввал ФСГ, сўнг ЛГ жавобан чиқилади. ГТ ташланиши соғлом болани жинсий ривожланишини босқичига боғлиқлиги сабабли, ГТ-РГ билан ўтказиладиган синама барвақт жинсий ривожланишнинг сабабини топишига ёрдам беради, шунингдек барвақт жинсий ривожланишнинг тўлиқ ва нотўлиқ шакллари таққослама ташхисида нихоятда маълумотли ҳисобланади (Семичева Т.В.,1988). Физиологик пубертатдан кўра барвақт жинсий етилган қизларда ФСГ паст



7- расм.

Гонадолиберинли синамани қизларда кўриниши (Предтеченская О.А.)

бўлган вақтда ва пубертатдан олдинги рақамлардан фарқи бўлмаган бир вақтда гипофизнинг ЛГ-ишлаб чиқарувчи хужайраларини люлиберинни фаоллашиш таъсирига юқори сезувчанлик аниқланади. (8-расм.)

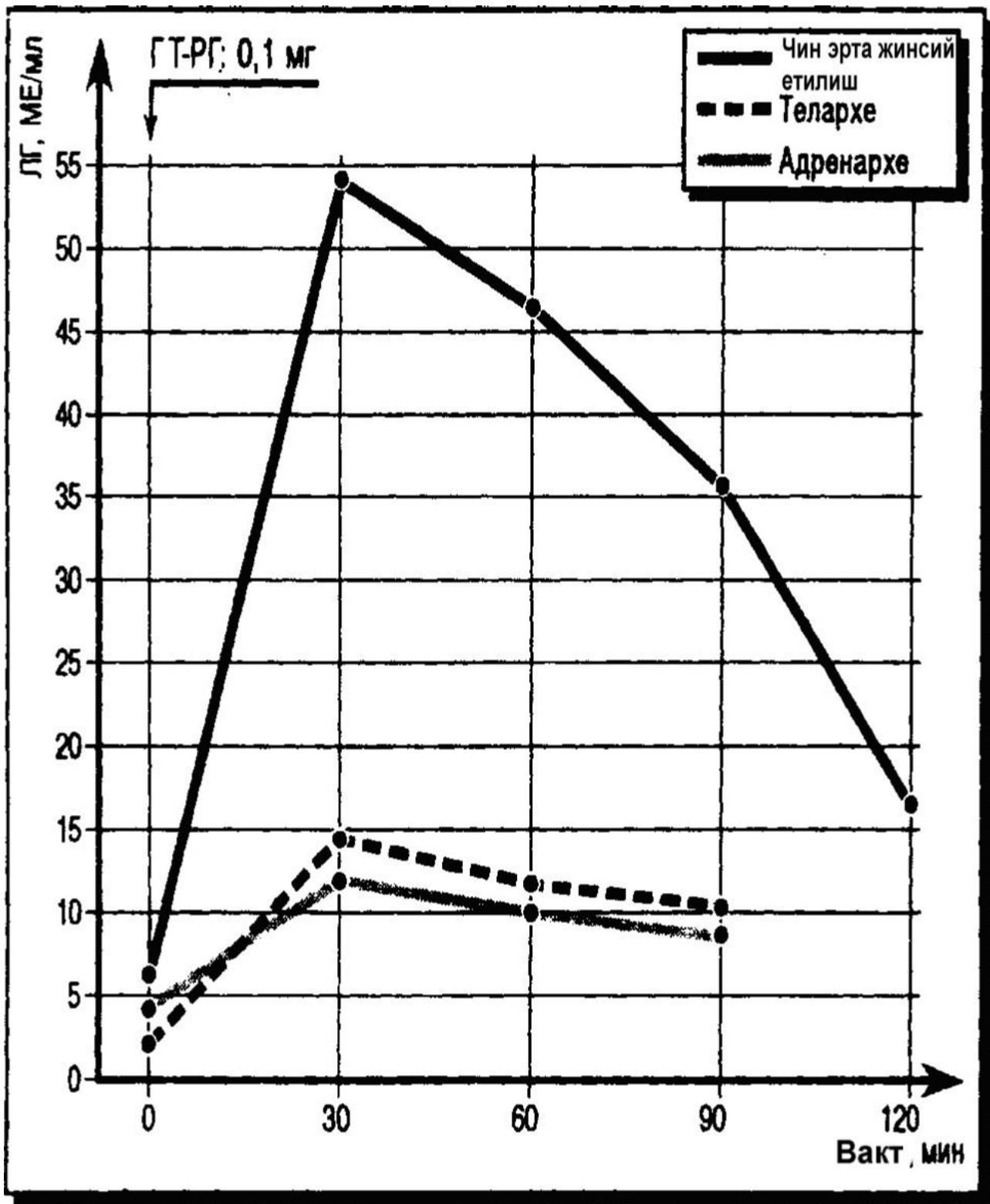
Шундай қилиб, охириги йиллар тадқиқотлари қизлардаги барвақт жинсий ривожланишнинг изосексуал шаклининг сабаби бўлиб гипоталамо-гипофизар-тухумдон тизимини илк ёшида барвақт фаоллашиши нормал вақт нуқтаи назаридан сўрилган жинсий етилишни тўла ўхшатилиши деб ҳисобланган олдинги қарашларни нотўғрилигини кўрсатиб қўйди.

Чин барвақт жинсий етилишнинг чин типиди гипоталамо-гипофизар-тухумдон тизимида лютропин секрецияси чўққиси ошганлиги исботланган.

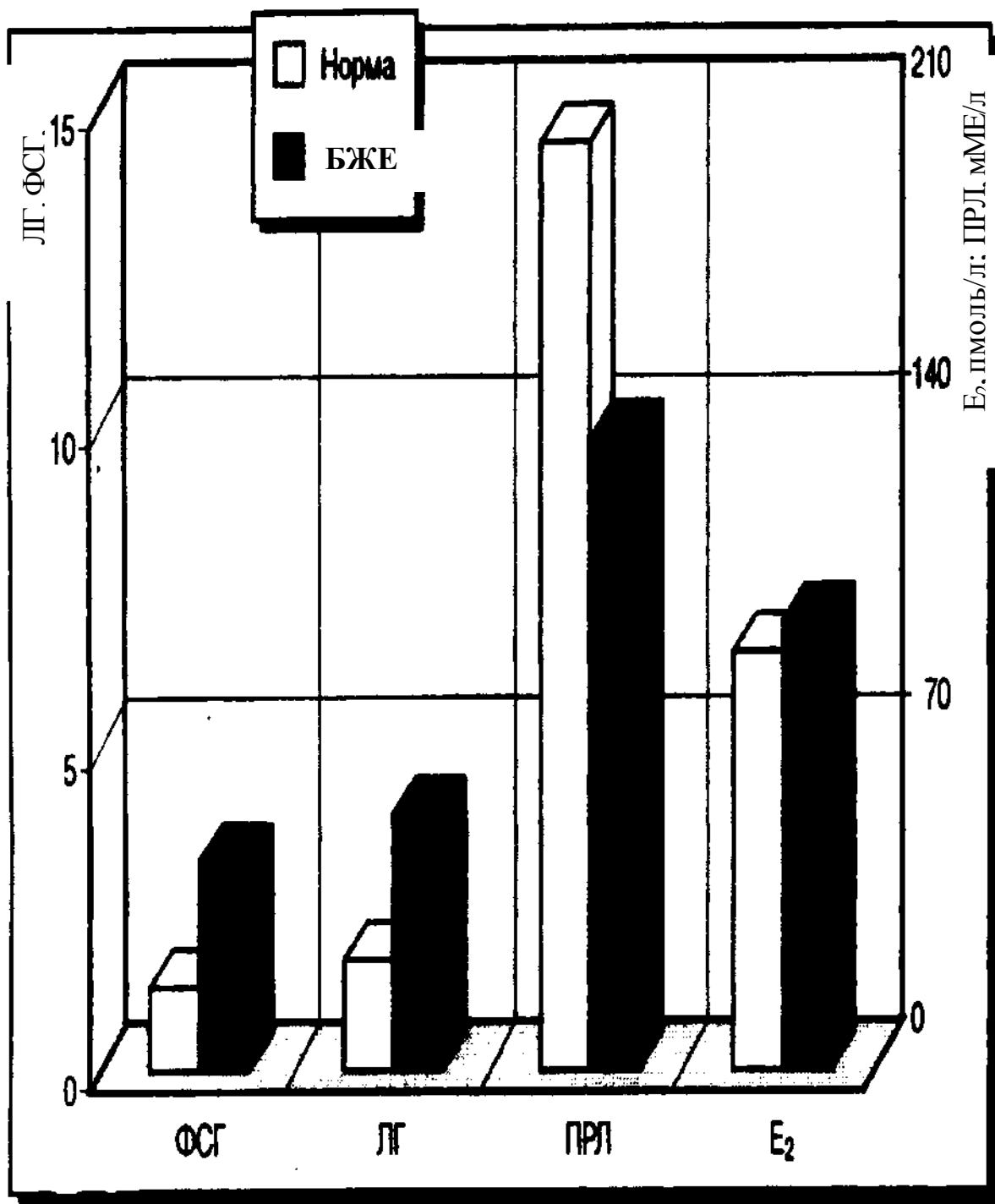
Марказий генезли органик ўзгаришларда асосий роль перинатал патологияга ажратилади - хомила гипоксияси, туғруқдаги асфиксия ёки туғруқдаги жарохат. Улар диэнцефал соҳасига тўғридан - тўғри таъсир қилишдан ташқари сурункали гипертензион синдром келиб чиқишига олиб келади. Тахмин қилинади-ки, барвақт жинсий ривожланишда ўрта дуппайиш соҳасини, мамилляр таналарнинг, миянинг 3-чи қоринчаси, эпифизнинг ўсма билан емирилиши кузатилади. Миянинг ушбу соҳаларни жарохатланиши ёки емирилиши гонадотропинлар секрециясини ишлаб чиқишига туртки бўлишига ва ноадекват гонадотроп фоллашувига олиб келади.

КЛИНИКА

Кўрувда қизалоқнинг тана тузилиши нихоятда аёллар қиёфасига ўхшашига, сут безларини катталашишига, қўлтиғ ости ва қов тукланишига, жинсий лаблар ҳолатидаги ўзгаришлар аниқланади. Ташқи жинсий ривожланиши 11-12 ёшли қизлардаги ўзгаришларга хос. Жинсий аъзолар ўзгаришларидан: кичик жинсий лабларнинг катталашиши, вульва ва қизлик пардаси йуғонлашиши, қин ажралмалари сут рангига кириши кузатилади. Қин суртмаларида етилган эпителий пикнотик ядроли хужайралари, ачитки сут таёкчалари аниқланади, яъни ташқи жинсий аъзолари ва қин ҳолати болалик даврига хос бўлмаган пубертат даврига хос бўлади. Ультратовуш



8-расм. Чин барвакт жинсий етилишда, барвакт телархе ва адренархели кизларда ГТ-РГ синамадан сўнг ЛГ секрецияси (Семькина Т.В.).



9-расм. Қизларнинг периферик қон зардобидаги гипофизнинг тропли гормонларини миқдори

текширувида 10-14 ёшли қизларга хос бачадон катталаниши аниқланади. Тухумдонларда кўпми - озми фолликуллар ривожланиши топилади.

Қиз болада барвақт жинсий ривожланиш белгилари пайдо бўлса уни невропатолог кўрувидан ўтказиш керак ва церебрал патология топилса мутахассис томонидан белгиланган даво ўтказилиши зарур.

Рентгенологик маълумотлар юқори ишончлик билан гемартома борлигини кўрсатади. Гормонал текширувлар қизалоқнинг ёшидан катта гонадотроп ва жинсий гормонларни кўрсатади (Мороз М.Г., 1997) (9-расм).

Қизлар ўз тенгқурларидан нафақат барвақт жинсий ривожланиш белгилари билан балки бўйлари ҳам тенгдошларидан баландроқлиги билан ажралиб туради. Нафақат чизиқли ўсиш балки суякларнинг ўсиш зоналари беркилиши тезлашиши ҳам кузатилади. Ўсиш зонаси беркилиши сабабли суякларнинг етилиши одатдан барвақтроқ яқунланади. Қизлар ўсиши тўхтайдди, уларнинг бўйи 150-155 смда тўхтайдди(10-расм).

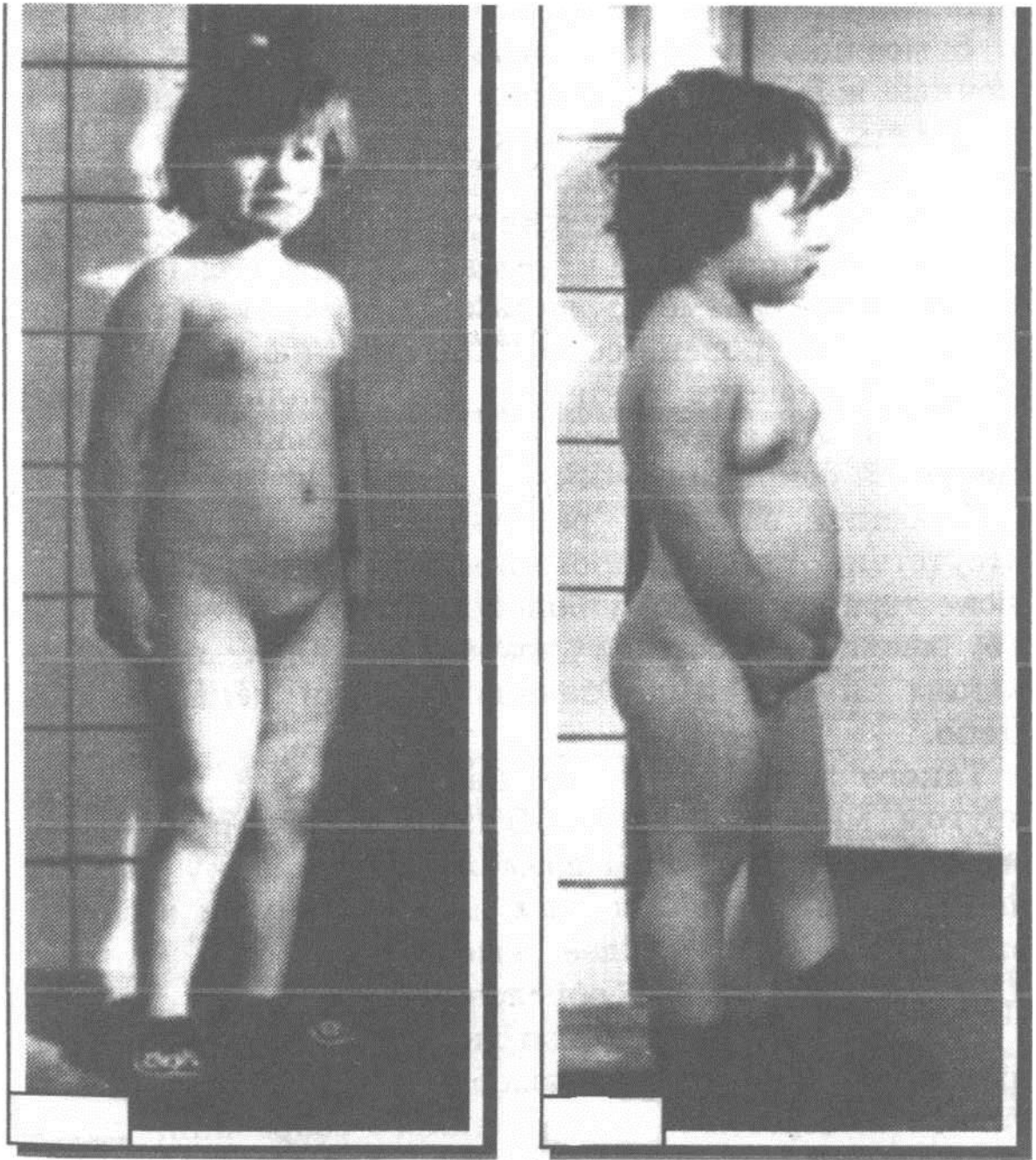
ДАВОЛАШ

Бош мия босимини пасайтирадиган препаратлар ва неврологик терапия кенг қўлланилади. Барвақт жинсий ривожланиш белгиларини пасайтириш ва бўйи ўсишнинг секинлаштириш суякларнинг ўсиш зонаси барвақт беркилишини олдини олиш мақсадида гормонотерапия усуллари тавсия этилади.

Антиэстрогенларни (андрокур ёки ципротеронацетат) 50-75 мг суткасига хар куни 8 ёшгача қўлланилиши етарли даражада самарали ҳисобланади.

Терапия фонида иккиламчи жинсий белгилар ва ҳайз кўриш секин-аста йўқола бошлайди, суякланинг ўсиш зоналари беркилиш тезлиги сусаяди. Хозирги вақтда барвақт жинсий ривожланишни даволашда гонадолиберинлар аналогларини ишлатиш самарали ҳисобланади.

Даволаш таъсири узоқ таъсир қиладиган аналогларни гипофизнинг гонадолиберинларга сезувчанлигини пасайтиришига асосланган. Барвақт жинсий ривожланишда самарали узоқ таъсир кўрсатадиган



10-расм Барвақт жинсий ривожланишнинг тўлиқ шакли.

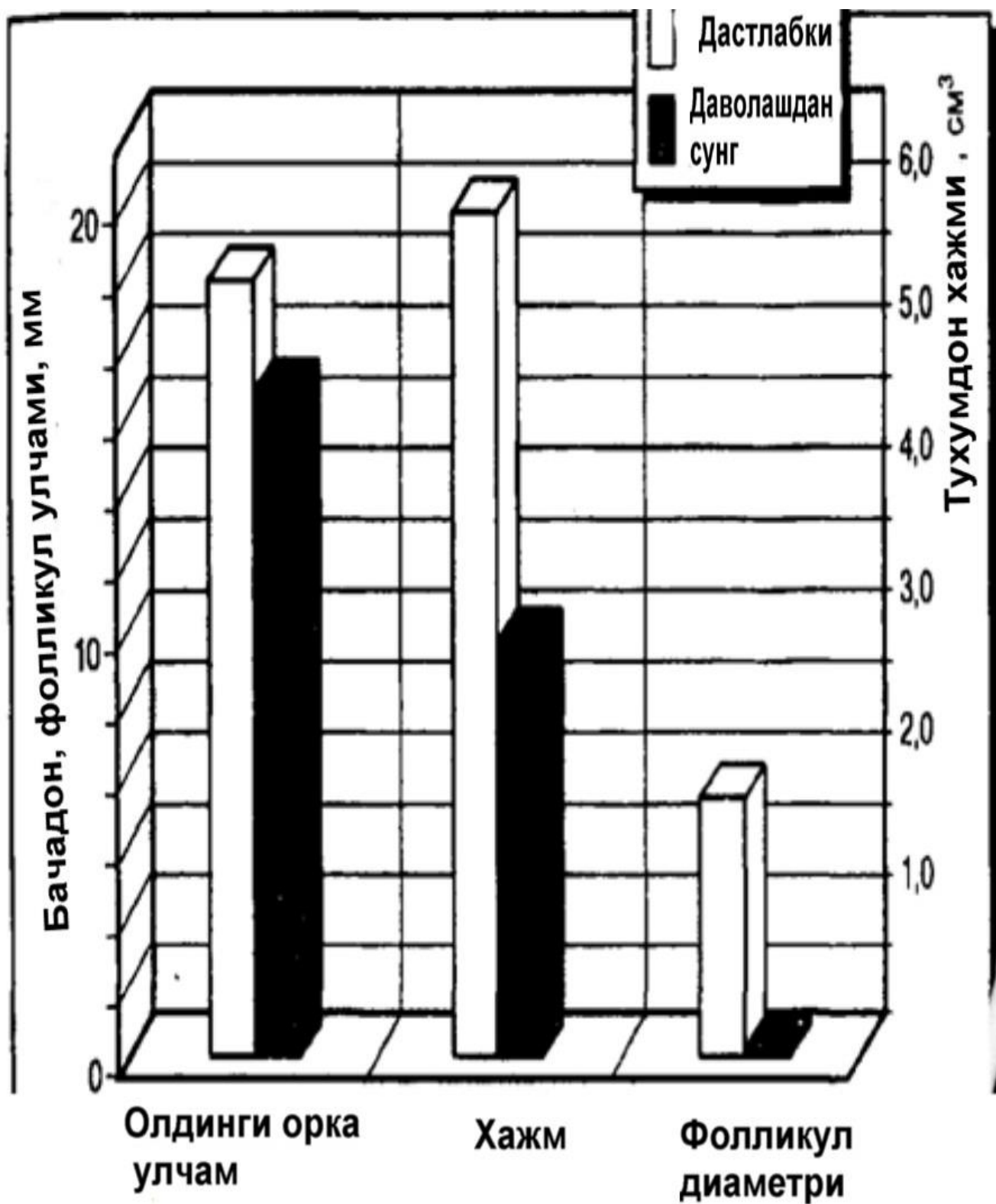
Бемор (1 ёш 10 ойлик)

аналоги бўлиб — декаптил-депо (“Ферринг” фирмаси) ҳисобланади. Ушбу препарат мушак орасига 3,7 мг дан бир маротаба жунатилади. Кейинги ишлатилиши 14 кундан кейин амалга оширилади, сўнг ойда 1 марта, яъни 4 ҳафтадан кейин. Даволаш 8-9 ёшгача давом этади. Терапияни асосий натижаларидан суякларни етилишини авж олганлигини кўрасатиши ҳисобланади. Терапия бошлангандан 1 ой кейингина сут безларини кичрайиши ва ҳайзни тўхташи кузатилади. Даволашни бошлагандан 5-6 ойдан кейин болаларни текшируви шуни кўрсатади-ки, сут безлари амалий жихатдан йўқолиб ёки ўлчамлари анчагина кичраяди. Қовда ва катта жинсий лабларда туклар камаяди ёки умуман йўқолади. Тухумдонларда фолликулалар ўлчамлари камаяди, ёки умуман йўқолади, шу сабабли тухумдонлар ва бачадон ўлчамлари ҳам кичраяди(11-расм).

БАРВАҚТ ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИНГ ЁЛҒОН (ПЕРИФЕРИК) ШАКЛЛАРИ.

Барвақт жинсий ривожланишнинг ёлғон (периферик) шаклларининг сабабларидан бири тухумдондаги ёки буйрак усти безининг гормонал-фаол (гранулёз хужайрали, текахужайрали ўсма тератобластома ёки хорионэпителиома) ўсмаси ҳисобланади.

Феминизациялашагн ўсмаларнинг асосий симптоми иккиламчи жинсий белгиларни навбатли чиқишини бузилиши. Одатда иккиламчи жинсий белгилари султ ривожланган ҳолда биринчи бўлиб ацилик қон кетишлар пайдо бўлади, жинсий аъзолар эстрогенизация белгилари (“қорачиғ” белгиси мусбатлиги, бачадон ҳажмини катталашиши ва хоказо). Ректовагинал кўрувда ультратовуш текширувида ҳам аниқланган тухумдон ўсмаси топилади. Гонадотропинлар секрецияси ва гонадотропинрелизинг гормонлар нормаллигида эстрогенларни экскрецияси ва секреция даражаси ёшига хос нормасидан бир мунча кўпайганлиги аниқланади.



11-расм. Декапептил-Депо билан даволаниш фонидagi бачадон ва тухумдонлар ҳолатинининг динамикаси (эхография маълумотларига кўра)

ДАВОЛАШ - оператив, ўсмани олиб ташлаш. Ташрихдан сўнг 2-3 хафта ўтганда симптомлар йўқолади. Назорат 1-2 йил давом этилиши зарур.

Барвақт жинсий ривожланишнинг бошқа сабаби эстрогенларни кўп миқдорда ишлаб чиқарадиган тухумдоннинг фолликуляр кисталари бўлиши мумкин. Уларга барвақт жинсий ривожланишнинг транзиторлиги хос - симптомларни кучайиши киста мавжудлигида ва симптомларни йўқолиши киста регрессиясида. Кисталар 3 ойдан 6 ойгача бўлиб ва ўз холича регрессияга учраши мумкин (Коколина В.Ф.,1990). Бундай беморларни динамик тарзда ультратовуш текшируви ўрнатилиши зарур. Кўп муаллифлар фолликуляр кисталар қайталаниши мумкинлиги туфайли уларни оператив давосидан бош тортмоқда.

Туғма ёки илк пайдо бўлган қалқонсимон без фаолияти етишмовчилиги ҳам жинсий ривожланишини барвақт бошланишига олиб келиши мумкин. Шунинг учун, барвақт жинсий ривожланган қизалоқни текширганда ва хатто фақат сут безлари барвақт ривожланган бўлганда унда қалқонсимон без фаолиятини текшириш зарур, чунки унинг бузилиши барвақт жинсий

2. ГЕТЕРОСЕКСУАЛ ТИПИ БЎЙИЧА БАРВАҚТ ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШ

Ушбу тип бўйича барвақт жинсий ривожланишнинг сабаби бўлиб кўпинча буйрак усти безининг туғма гиперплазияси - адреногенитал синдром (АГС) ҳисобланади.

Буйрак усти безининг туғма гиперплазияси - касалликнинг асосий сабаби буйрак усти безининг фермент тизими етишмовчилиги кўпинча 21 - гидроксилаза:

фермент етишмовчилиги буйрак усти безининг фаолиятининг якуний маҳсулоти (кортизол) синтези етарли даражада бўлмаслиги;

кортизолни пасайиши АКТГни кўпайишини фаоллаштиради;

унинг таъсири остида буйрак усти безида гормонлар синтези ошиб улардан кортизолдан олдинги маҳсулот андрогенлар пайдо бўлади;

Бу жараён хомила ривожланиш даврида бошланади ва ташқи жинсий

аъзоларни маскулинизациясига олиб келади. Унинг даражаси 21-гидроксилаза етишмовчилиги даражасига боғлиқ. Ташқи жинсий аъзоларни шунчалик маскулинизация бўлганлигини аниқлашган-ки қизнинг жинсини ўғил бола деб танишган. Буйрак усти безининг туғма гиперплазияси иккала жинсдаги болаларда кузатилиши мумкин, лекин гетеросексуал ривожланишнинг кучли клиник манзараси туфайли қизларда у кўпроқ аниқланади.

Касалликнинг асосий клиник шакллари ёрқин клиник симптоматикага эга ва кўпинча умрининг биринчи хафталарида аниқланади.

ВИРИЛ ШАКЛИ

Она қорнида ривожланаётганда буйрак усти безида андрогенлар кўпайиши билан ифодаланди, шунинг учун туғилиши билан вирилизация белгилари аниқланади:

клитор катталашishi;

Қинга кириш урогенитал синус билан ёпилганлиги;

2-3 ёшдан бўйи ўсишни тезлашиши;

Тана пропорциясини маскулинизация томонига ўзгартилиши;

5-6 ёшга суякли ёши календар ёшини ошади; 9-13 ёшига беморлар ўсмай қолади, охирги бўйи 130-150 см дан ошмайди, тана шакли катта бошли, юзнинг кўпол тузилиши, тананинг оёқларига нисбатан узунлиги, атлетик тана тузилиши;

3-6 ёшда юзида хуснбузарлар пайдо бўлиши, барвақт жинсий тукланиш (2-5 ёш). Юзида туклар мўйлов ва соқол, бакенбардлар сифатида пайдо бўлиши. Клитор вирилизацияси, баъзида эрекциялар пайдо бўлиши, ҳайз йўқлиги, сут безлари ривожланмаслиги.

ДИАГНОСТИКА

Касалликни аниқлаш қариндошларини анамнези асосида шундай болалар бори; андрогенлар ва унинг метаболитларини секрецияси ва экскрециясини ошиши хос: масалан, қон зардобидаги тестостерон миқдори 5-10 бароварига кўпайганлиги (50нг/л);

17 - кетостероидларни юқори экскрецияси, умрининг биринчи ойларида нормадан 2-3 баробар баланд (5-жадвал);

17 - оксипрогесторон капронатининг концентрацияси 2-10 мартагача кўпайганлиги (нормада 3 нг/л дан ошмайди) ва ёши каттайган сари кўпаяди

ГИПЕРТОНИК ШАКЛИ

Ушбу турга барча 17 - оксикортикостероидларни 80-85% ни ташкил қилган 11 - дезоксикортизолни 5-20 мг/сут дан ошиши хос. Диагностикада преднизолонли, дексаметазонли ва АКТГли синамалар катта ахамиятга эга:

синама мусбат ҳисобланади агар препарат истеъмолидан сўнг 17- КС экскрецияси 50% ва ундан кўплигига пасайса.

КЛИНИКА

барвақт адренархе;

гирсутизм;

1-2 аменорея;

Олигоменорея.

БУЙРАК УСТИ БЕЗИНИНГ ТУҒМА ГИПЕРПЛАЗИЯСИНИ

ДАВОЛАШ

Буйрак усти безининг туғма гиперплазияси билан беморларни даволашнинг асосий усули бўлиб буйрак усти бези етишмовчилигини компенсацияси ва андрогенларни ортикча секрециясини босиш мақсадида глюкокортикоидлар билан даво. Ушбу даво доимий ва хаёти давомида ўтказилиши керак.

Соғлом қизлардаги 17 - кетостероидлар ва 17 оксикортикостероидларнинг сийдик билан экскрецияси (Жуковски М.А., 1989г.)

5-жадвал

Ёши	Суммар 17-КС		Суммар ОКС	
	мг/сут	мкмоль	мг/сут	мкмоль
1-3	1,18-0,09	4,1-0,3	0,95-0,05	3,2-0,2
3-5	1,31-0,03	4,5-0,1	1,35-0,07	4,7-0,2
5-7	2,12-0,02	7,4-0,1	0,64-0,14	2,2-0,5
7-10	2,7-0,25	9,4-0,8	2,3-0,16	8,0-3,5
11-13	5,3-0,76	18,4-2,6	3,1-0,26	10,8-0,8
14-16	7,2-0,11	25,0-0,4	3,1-0,09	10,8-0,3

Шу билан бир вақтда жаррохлик даво ҳам ўтказилади - ташқи жинсий аъзолари пластикаси (гипертрофияга учраган клиторни олиб ташлаш), уrogenитал синусни кесиш. Пластика 2-та босқичда амалга оширилади: 3-5 ёшгача гипертрофияга учраган клиторни олиб ташлаш ва 10-12 ёшда уrogenитал синусни кесиш.

Аввалига дексаметазонли синама ўтказилади, бунда препаратни катта дозаси АКТГ секрециясини пасайтириш мақсадида. Кейин дексаметазонни ёки преднизолонни даволаш дозаси топилади. Агар суткалик сийдикда 17-КС миқдори нормал даражада сақланса доза адекват ҳисобланади. Дозани фақат юқумли касаллик биргаликда кечса ва ёши ўтган сари кўпайтирса бўлади.

Қизлар “Д” диспансер назорати остида бўлишлари керак, вақти-вақти билан гормонал профили текширилиши зарур.

БАРВАҚТ ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИНГ НОТУЛИҚ ТУРЛАРИ

Барвақт жинсий ривожланишнинг нотўлиқ турлари орасида сут безларининг барвақт ривожланиши (телархе), жинсий тукланишни барвақт ривожланиши (адренархе) ва камдан-кам бошқа иккиламчи жинсий белгилар ривожламаган холда ҳайзнинг барвақт келиши (менархе). Баъзи муаллифлар барвақт жинсий ривожланишни нотўлиқ шакллари чегараланган деб аташади.

СУТ БЕЗЛАРИНИНГ БАРВАҚТ РИВОЖЛАНИШИ

Бу чин барвақт жинсий етилишнинг илк симптомларидан ва телархе деб номланади транзитор характерга эга. Сут безлари туғилиши билан ёки 2-3 ёшдан катталашишлари мумкин, кейинчалик гоҳ катталашиб, гоҳ, кичайиши мумкин. Умуман йўқолиб кетишлари мумкин ва жинсий ривожланиш пайтида яна пайдо бўлишлари мумкин.

Транзитор турли телархе бўлган қизчаларда вирусли касалликларни ошиши кузатилади, улардан кейин қоидада сут безларни катталашади; сут безларини барвақт жинсий ривожланишини кўп муаллифлар пролактинни кўпайишига боғлайдилар.

Ушбу патология дегидроэпиандростеронни кўпайиши (ДГЭА) туфайли буйрак усти беши функцияси бузилиши натижаси деб фикр билдирилган. Бу гормонлар пубертатдан олдинги даврдаги қизларда эстрогенларга айланишига манба сифатида хизмат қилиши мумкин ва биологик фаол эстрогенлар юқори даражада бўлмаса ҳам сут безларининг катталашишига олиб клиши мумкин.

Ушбу турда сут безлари ўзидан-ўзи кичрайиши мумкинлигини ҳисобга олиб даволаш тавсия этилмайди;

Барвақт жинсий белгилар йўқолишигача эмлашлардан (полиомиелитга қаршидан ташқари) эҳтиёт бўлиши тавсия этилади.

ЖИНСИЙ ТУКЛАНИШИНИ БАРВАҚТ РИВОЖЛАНИШИ (АДРЕНАРХЕ)

8 ёшгача қовдаги тукланиш пайдо бўлиши тушунилади; Бу патологияга ёшда қонда андрогенлар миқдорини кўпайиши олиб келади (нормада 10-11 ёш). Лекин адренархени бошқа иккиламчи белгилар пайдо бўлмай намоён бўлади. Бу беморларда андростендионни ошиши кузатилади ва кўпинча тухумдонни ёки буйрак усти вирилизациялашган ўсмаси ёки буйрак усти гиперандрогениянинг бошқа шаклларидаги симптоми бўлиши мумкин.

Клиник-генетик текширувлар И.Г. Дзенис (1995Й) жинсий тукланишни барвақт ривожланишида 65% қизлар 21-ОН мутант гени ташувчиси хисобланади. Уларда 17- оксипрогестерон базал секрецияси ошган, айниқса АКТГ билан фаоллашганда (6-8 марта) кортизол унчалик ошмаган бўлади (6-жадвал).

АКТГни юборилишига бундай жавоб тўғридан-тўғри буйрак усти безини адренкортикотроп жадаллашувига адекват жавоб қобилияти йўқлиги ҳақида маълумот беради. Шунинг учун жинсий тукланиши барвақт ривожланган қизларда 21- ОН етишмовчилигини аниқланиши зарур. (7-8-9-жадваллар).

ҲАЙЗНИНГ БАРВАҚТ КЕЛИШИ (МЕНАРХЕ)

Кам учрайдиган патология. Унинг ривожланиш механизми эндометрийни эстрогенларга сезувчанлиги ошиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу беморларни транзиторли телархели беморларни олиб борилгандай олиб борилади.

Барвақт адренархели қизларда АКТГ синамаси фонидаги гормонлар текшируви, нмоль/л (Дзенис И.Г., 1995Й)

6 жадвал

Гормон	синама	Адренархели қизлар п=20 Мутант гени 21-ОН	
		Ташувчи эмас, п=7	ташувчи, п=13
17-ОП	АКТГ бергунча	2,2 (0,9-5,2)	3,4 (2,5-4,8)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	6.3 (3,8-10,3)	19,1 (14,6-24,9)
	9 соатдан сўнг	7.4 (4,5-12,3)	25,6(19,9-33,1)
К	АКТГ бергунча	482 (361-345)	388 (304-497)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	1406(1088-1816)	1257(1026-1538)
	9 соатдан сўнг	1463 (1089-1965)	1445 (1234-1693)
ДГЭА	АКТГ бергунча	24 (15,8-36,3)	13,4 (6,4-28,2)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	31 (22,1-43,6)	19,1 (14,6-24,9)
	9 соатдан сўнг	32 (22-47,4)	21,9(10,-46,3)

Гипофизинг гонадотроп ва соматик функцияси бузилишидаги аралаш етишмовчилигидаги қондаги ва сийдикдаги гормонлар миқдори (Е.А.Богданова 2000г)

7- жадвал

Қондаги миқдори				Сийдик билан экскрецияси	
Е2 Пг/мл	ФСГ мМЕ/мл	ЛГ мМЕ/мл	СТГ Нг/мл	17-КС мг/сут	17-ОКС мг/сут
29-3,47	3,5-0,15	4,67-0,45	1,0-0,23	4,82-0,74	2,875-0,7

Барвақт адренархели қизларда АКТГ синамаси фонидаги гормонлар текшируви, нмоль/л (Дзенис И.Г., 1995Й) 8-жадвал

Гормон	Синама	Адренархели қизлар n=20 Мутант гени 21-ОН	
		Ташувчи эмас, n=7	Ташувчи, n=13
17-ОП	АКТГ бергунча	2,2 (0, 9-5,2)	3,4 (2,5-4,8)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	6.3 (3,8-10,3)	19,1 (14,6-24,9)
	9 соатдан сўнг	7.4 (4,5-12,3)	25,6(19,9-33,1)
К	АКТГ бергунча	482 (361-345)	388 (304-497)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	1406(1088-1816)	1257(1026-1538)
	9 соатдан сўнг	1463 (1089-1965)	1445 (1234-1693)
ДГЭА	АКТГ бергунча	24 (15,8-36,3)	13,4 (6,4-28,2)
	АКТГ: бергандан сўнг		
	3 соатдан сўнг	31 (22,1-43,6)	19,1 (14,6-24,9)
	9 соатдан сўнг	32 (22-47,4)	21,9(10,-46,3)

Гипофизнинг гонадотроп ва соматик функцияси бузилишидаги аралаш этишмовчилигидаги қондаги ва сийдикдаги гормонлар миқдори (Е.А. Богданова 2000г) 9- жадвал

Қондаги миқдори				Сийдик билан экскрецияси	
Е2 Пг/мл	ФСГ мМЕ/мл	ЛГ мМЕ/мл	СТГ Нг/мл	17-КС мг/сут	17-ОКС мг/сут
29-3,47	3,5-0,15	4,67-0,45	1,0-0,23	4,82-0,74	2,875-0,7

2.2. ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИ ОРҚАДА ҚОЛИШИ

12 - 13 ёшли қизда сут безлари йўқлиги, 15 - 16 ёшда ҳайз курмаслик жинсий ривожланишни орқада қолиши ҳақида гап юритилади. Жинсий ривожланишни орқада қолиши қиз боланинг жисмоний ривожланишини ва ўсишини орқада қолиши билан кечади.

Жинсий ривожланишни орқада қолишининг сабаблари:

- Жинсий безларининг (гонадалар) бирламчи етишмовчилиги;
- Тухумдонларни гонадотропинлар билан етарлича қўзғатилмаганлиги жинсий безларининг иккиламчи етишмовчилигидан келиб чиққан, бошқа эндокрин безларининг дисфункцияси (қалқонсимон без гипофункцияси, кучли диабет);
- Рухий ва жисмоний компенсация қилинмаган зўриқишлар;
- Тез - тез спорт мусобақаларида қатнашиш;
- Ўсмир қизни тенгдошлар ва катталар жамиятида ўз ўрнини топа олмаслигини билмай узоқ вақт депрессия ҳолатида бўлиши;

Жинсий ривожланиши орқада қолган ўсмир қизни текширув вақтида гипоталамо - гипофизар - тухумдон тизими фаолиятини баҳолаш билан бир вақтда қизнинг турмушдаги, ўқишдаги, атрофидаги шароитини ўрганиб чиққандан сўнг, қизнинг жисоний ҳолатига эътиборни қаратиш керак.

ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИ ОРҚАДА ҚОЛИШИНИНГ ГОНАДАЛИ ШАКЛЛАРИ

Жинсий ривожланишни орқада қолишини энг кўп бўладиган сабабларидан хромосомаларга ёки генетик дефект, ёки эмбрионал ёки постнатал даврида гонадалар жароҳатланиши билан боғлиқ гонадаларнинг турли шаклдаги дисгенезиялари бўлиши мумкин.

Гонадалар дискинезиясининг классик турлари:

- Типик шакли Шерешевский-Тернер синдроми;
- Гонадалар дисгенезиясини “соф” шакли Свайер синдроми;
- Гонадалар дисгенезиясини аралаш шакли ёки уругдон

дисгенезияси;

- Гонадалар дисгенезиясини “яширин” шакллари

ГОНАДАЛАР ДИСГЕНЕЗИЯСИНИ ТИПИК ШАКЛИ ШЕРЕШЕВСКИЙ-ТЕРНЕР СИНДРОМИ

Хромосомали бузилишларга боғлиқ синдром, кўпинча 1-та жинсий хромосомани йўқолиши (кариотип 45X0) ёки (кариотип 45X0/46XX, 45X0/45XY в.х.).

Тухумдонларнинг ўрнига бириктирувчи тўқимали хосила бўлиб у овриал стромадан иборат бўлади, фолликуляр аппарата йўқ. Хромосомани дефекти (X хромосома йўқлиги ёки хромосоманинг бир қисми йўқлиги) эмбрионал хужайраларни сариқлик қопининг деворидан жинсий дўндикқа миграциясига тўсқинлик қилади ёки эмбрионал хужайраларнинг бирламчи гонадалардаги босқичида эмбрионал элементларсиз дегенерациясига олиб келади.

Жинсий безнинг ўрнида ёки гонаданинг бирон - бир гонаданинг элементсиз бириктирувчи тўқимали хосила ёки эмбрионал хужайрасиз стерил гонада қолади.

Охирги йиллардаги кўп муаллифларнинг текшируви эмбрионни жинсий аъзоларини эркак ёки аёл типига ривожланиши эмбрионни эркак гонадаси ишлаб чиқарган гормонларга боғлиқлигини кўрсатди. Ушбу гормонлар мавжудлигида мюллер(парамезонефрал) йўлакчалари сўрилиши юз беради ва ташқи жинсий аъзоларни эркакка хос типига шаклланиши содир бўлади. У гормонлар бўлмаса жинсий аъзолар аёллар типига хос холда ривожланади, шу билан бир қаторда гонадалари йўқ эмбрионларда ҳам шундай жараён содир бўлади. Шунинг учун гонадалар дисгенезиясини типик шаклларидаги беморларда жинсий аъзолари аёлларга хос типига эга.

Гонадалар дисгенезиясини типик шаклини қуйидагилардан гумон қилиш мумкин:

- кўкрак қафаси бочкасимон сурғичлар кенг жойлашган;

- бўйни калта, танглайи баланд, кулок супраси нотўғри шаклда, кўзи ғилай, юқори қовоғи тушган (птоз);
- йирик қон томирлар нуқсони, юракнинг ва буйракнинг туғма нуқсонлари, оёқларида лимфостаз;
- чақалоқлар кичик вазнда, хаётининг биринчи ойларида йўқолиб кетадиган оёқларида, кўлларида ва бўйнида лимфатик шишлар (Бинневи-Ульрих) синдроми;
- умрининг биринчи йилларида бўйи ўсиш орқада қолиши кузатилади;
- катта ёшдаги аёллар бўйи 120 дан 154 см гача тебраниб туради; пре - ва пубертат даврида кескин ривожланган жинсий инфантилизм аниқланади, иккиламчи жинсий белгилар ривожланмайди.

Шерешеский-Тернер синдромини аниқлаш.

Анамнестик ва объектив маълумотларга асосланган холда; Қўл панжалари ва бўғинларни 2-7 ёшида рентгенологик текширувида суяк ёшини орқада қолишини аниқланиши; Кичик жинсий лаблар ривожланмаган, клитор бироз катталашган;

Тукланиш йўқ ёки жуда кам;

Ички текширувда тухумдонлар аниқланмайди ёки бачадон кичик ўлчамларда;

Кўзгуларда бачадон бўйни кичкина, “қорачик” белгиси ҳеч қачон аниқланмайди;

Ультратовуш текширувида бачадон 3,0 см ўлчамидан катта бўлмайди, тухумдонлар арқон шаклида, кичик чанокка кириш соҳасида;

Кўпинча қалқонсимон без патологияси билан биргаликда кечади;

Гонадотропинларни (ЛГ ва ФСГ) ошиши ва эстрогенлар ва прогестеронни пасайиши хос;

ДАВОЛАШ

Гонадалар дисгенезиясини типик шаклдаги беморларни даволаш жинсий инфантилизмни камайтиришга, иккиламчи жинсий белгиларни

ривожлантиришга, аёлларга хос тана тузилишини шаклланишига, асабий-рухий мувозанатни тиклашга, биологик кемтиклик хиссиётидан озод бўлишга қаратилган.

Бўйи ўстиришни тезлаштириш учун 11 - 12 ёшдаги қизларга эстрогенларни кичик дозаларда буюриш мумкин (этинилэстрадиол 50 мкг 1 таб кунига) 2 hafta мобайнида, кейин 2 hafta танафус. 13-14 ёшдан бу препарат дозасини кўпайтириш мумкин суткасига 50 мкг 15-20 кун мобайнида. Ҳайзга ўхшаган реакция пайдо бўлиши билан микрофоллин 0,05 мг дан 15 кун, кейин гестагенлар (норколут, дюфастон, утрожестан) берилади. Гормонлар билан даволаш танафуссиз ўтказилади ва жинсий етилиш даври мобайнида амалга оширилади.

2-3 йил давомида даволанган қизларнинг динамик кузатув натижаларининг тахлили бўйича турли даволаш усуллари организмга таъсири хусусиятлари ўрганилиб чиқишига имконият яратди. Соф эстрогенларни истеъмол қилган қизларда энг яхши натижалар олинди. Булар қизларни бўйи ўсишида, айниқса 12-15 ёшли қизларда бу кўзга ташланарли ҳолда кузатилди. 12-15 ёшда қизларда 1 йил ичида эстрогенларни қўллаш фонида ўрта ҳисобда бўйи ўсиш 3,5 см га, 16-19 ёшда - 2,86 см га кўпайди (Богданова Е.А.2000 й). Сут безларини катталашини кўпроқ эстрогенлар (микрофоллин) билан даволашда кузатилади. Тукланиш даражаси кўпроқ аралаш орал контрацептив воситаларни қўллаганда амалга оширилган.

ГОНАДАЛАР ДИСГЕНЕЗИЯСИНИ “СОФ” ШАКЛИ СВАЙЕР СИНДРОМИ

Гонадалар дисгенезиясини ушбу шаклида иккала хромосомалар сақланган, лекин кариотип аёлларники (46XX) ва эркакларники (46 XY) бўлиши мумкин.

Патологияни сабаби генли ва хромосомли мутациялар ва бирламчи жинсий хужайраларнинг (гоноцитлар) нобуд бўлишига олиб келган

хомиладорликнинг илк муддатларида она организмига нохуш таъсирлар бўлгани тахмин қилинмоқда,

Жинсий хужайраларсиз жинсий безлар гормонлар ишлаб чиқара олмайди, шунинг учун жинсий аъзолар индифферент аёллик типи бўйича 46XY кариотиби билан ривожланади. Бундай чақалоқлар туғилганда уларни қиз бола ҳисоблаб аёллик рухий-сексуал йўналиш бўйича тарбиялайдилар.

Одатда беморлар врачга балоғат ёши даврида сут безлари йўқлигига ва ҳайз кўрмаганлигига шикоят қилиб мурожаат қилишади. Кўрувда сут безлари ривожланмаган, қўлтиғ ости ва қов соҳаларида тукланиш сустиги аниқланади. Беморлар бўйи нормал ёки баланд, оёқлари нормадан 6-7 см ёшига қарашли нормадан юқори. Суяк ёши календар ёшидан 2-4 см га кичик. Ташқи жинсий аъзолари инфантил, жинсий лаблари ривожланмаган, бачадон бўйни кичкина, бачадон пайпасланмайди.

Ультратовуш текширувида бачадон ва тухумдонни ўрнига ипсимон хосилалар аниқланади: лапароскопияда - бачадон кичкина, бачадон найлари ингичка ва тухумдонлар урнига окчил рангли арқон хосилалар. Гистологик арқон хосилалар бириктирувчи тўқимадан иборат бўлиб тузилиши овариал стромани эслатади, баъзида унга Лейдиг типиди эпителиал хужайралар киритилган холда ёки бир нечта дегенерациялашган жинсий хужайраларсиз примордиал фолликуллар билан.

Шундай қилиб гонадалар дисгенезиясини “соф” шакли учун қуйидагилар хос:

Нормал ёки баланд бўй ва пропорционал тана тузилиши;

Соматик ривожланиш нуқсони йўқлиги;

Бирламчи аменорея;

Сут безларини йўқлиги;

Суяклар етилишини орқада қолиши;

Ташқи жинсий аъзоларнинг индифферент тузилиши;

Тухумдонлар йўқлиги;

Гонадотропинларни секрецияси юқори

ДАВОЛАШ

Жинсий гормонлар билан урин босувчи терапия кўрсатилган; баланд бўйда ва суякларни ўсиш зоналари очик бўлса эстрогенларни (этинилэстрадиол-микрофоллин 0,2-0,25 мг - 4-табл суткасига 20 кун мобайнида) юқори дозасидан бошлаш мумкин, кейин 6 кун гестагенлар берилади (норколут, дюфастон 2 табл 1 кунда). Юқори дозаларни бўйи ўсишни тухтатиш (суякларни ўсиш зонасини беркитиш) мақсадида бериш мумкин; ушбу терапия 6 ой мобайнида ўтказилади; кейинги тактика суякларни ўсиш зонаси беркилишига боғлиқ, агар суяк ёши 15-16 ёшга етган бўлса унда циклик гормонотерапияга ўтиш мумкин, унда сунъий аралаш орал контрацептив препаратлар узоқ йиллар мобайнида (40ёш) ишлатилади;

Пубертат даврида бундай терапевтик тактика иккиламчи жинсий белгиларни ривожлантириш учун, каттарок ёшда эса гонадотроп функцияни босиш ва гонадотропинлар чиқишини камайтириш зарур;

6 ойда 1 марта “Д” назорат ўтказилиши керак

Назорат объекти:

1. Сут безларининг ҳолати (уларни ривожланиши, ўсмасимон хосилалар);

1. ҳайзга ўхшаш реакцияни пайдо бўлиши;
2. бачадон ўлчамлари (эндометрийни ривожланиши);
3. қон ивиш тизимининг ҳолати

ГОНАДАЛАР ДИСГЕНЕЗИЯСИНИ АРАЛАШ ШАКЛИ

(уруғдон дисгенезияси)

Бу касаллик тестикулларнинг дисгенезияси билан боғлиқ (беморларнинг кариотипи эркакларники (46 XY)). Этиологиясида генли ўзгаришлар ва жинсий хужайраларни нобуд бўлишига ва жинсий без

чукур сифатсизлигига олиб келадиган бошқа омиллар. Мюллер (парамезонефрал) йўлакчаларини сўрилишига олиб келадиган эмбрионал тестикулнинг гормонини жинсий без ишлаб чиқмайди, шунинг учун бачадон ва қин ривожланади. Агар бу гонадалар андрогенлар ишлаб чиқармаса, унда ташқи жинсий аъзолар аёллар типига хос равишда ривожлана боради. Бошқа пайтларда пубертат даврида дисгенетик тестикулалар андрогенларни ишлаб чиқаришни бошлайди, бу эса беморларни маскулинизациялашишига олиб келади, уларнинг баъзиларида гипертрофиялашган клитор пайдо бўлади.

Беморлар врачга маскулинизация белгилари пайдо бўлишига шикоят қилиб келадилар, каттароқ ёшдаги беморларни сут безлари катталашмаслиги ва ҳайз кўрмаганлиги безовта қилади. Ушбу касаллик билан туғилган чақалоқлар қиз бола деб қайд этилади, балоғат даврида маскулинизация авж олади, ёки у бўлмаган тақдирда ташқи жинсий аъзолари аёллар типи бўйича ривожланиб, клитор гипертрофияси аниқланади.

Шундай тушунча бор, ташқи жинсий аъзоларни шаклланишига андроген ва эстрогенларни суммар таъсири деган. И.В.Голубева олган натижалари бўйича у 6 тенг, жинсий етилган эркаклар учун 19, жинсий етилган аёллар учун - 6.

Ректоабдоминал текширувда кичкина бачадон ёки арқон ҳосила пайпасланади ва ультратовуш текшируви буни тасдиқлайди. Лапароскопияда - ривожланмаган бачадон ва бачадон найлари, битта гонада биритктирувчи тўқимали арқон ҳосила бўлиб кўринади, бошқа гонада тухумни морфотизимли элементлари билан аниқланиб, тухумдон ўрнида ёки чов каналида аниқланиши мумкин.

Беморларни гормонал статуси ЛГ ва ФСГ секрецияси юқорилиги билан, эстроген ва прогестронни паст, тестостеронни юқори миқдори хос. Гистологик дисгенетик тухумчада, гонадали арқон ҳосилаларда кейинчалик пубертат даврида дисгерминома, гоноцитома ёки

гонадобластомалар ривожланади. Ўсма ривожланган сари беморларда маскулинизация ёки феминизация белгилари кучайиб боради.

Шундай қилиб гонадалар дисгенезиясини аралаш турига қуйидагилар хос:

нормал ёки баланд бўйи маскулинизация белгилари билан;
бирламчи аменорея;
сут безларини ривожланмаганлиги ёки йўқлиги;
ташқи жинсий аъзоларни маскулинизацияси;
бачадон ёки арқонга ўхшаш хосилани мавжудлиги
битта гонада ёки унинг ўсмаси мавжудлиги;
пубертат ёшида дисгенетик гонаданинг ўсмасини ривожланиши;
гонадотропинлар секрецияси юқорилиги;
кариотипда Y- хромосомасини мавжудлиги

ДАВОЛАШ

Ўсмирларда гонадалар ўсма касаллигига айланиб кетганда ўз вақтида гонадаларни олиб ташлаш;

Икки томонлама гонадалар олиб ташланиши керак, чунки гонадали арқонда ёки тухумчани ортида ҳам ўсма касаллик ривожланиши мумкин; бу тадбир ташхис аниқлангандан сўнг пубертат давридан аввал ўтказилиши лозим;

Операциядан кейин ўринбосувчи гормонотерапияни ўтказиш керак, диспансер назорати остида мўлжалли аъзолар ҳолатини кузатиш зарур, циклик гормонотерапия таъсирида сут безлари катталашади, тана тузилиши ва жинсий аъзолар феминизациялашади ҳайзга ўхшаш реакция пайдо бўлади.

МАРКАЗИЙ ГЕНЕЗЛИ ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИНГ ОРҚАДА ҚОЛИШИ

Бу патология гонадолиберинлар секрецияси етишмовчилигидан келиб чиқади “улғайишни” орқада қолишини акс эттиради, люлтберин секрецияси орқада қолади, бу кўпроқ пролактин ингибицияловчи омил,

соматолиберин етишмовчилиги ва тиролиберин кўп ишлаб чиқиши билан боғлиқ. У гипофизнинг олдинги бўлагини органик жароҳатланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин (“бўш” турк эгари синдроми, гипофиз ўсмаси). Бир қатор беморлар оилавий анамнези ўрганилганда унда жинсий ривожланишни орқада қолишини марказий генезини оилавий шаклда мавжудлиги аниқланади (она томонидан 50%, ота томонида - 50%) кечки менархе, тухумдон дисфункцияси сингари.

Марказий генезли жинсий ривожланишни орқада қолиши бошқа касалликларда ҳам учрайди, масалан, қандли диабет, қалқонсимон без касаллиги, невроз, семизликни асоратланган турлари. Қандли диабетда турли ёшдаги беморларда бачадон узунлиги нормадан орқада қолади, энг кўп орқада қолиши 9-15 ёшда кузатилади. Ювенил гипотиреоз бўйни ўсишини тўхташи билан биргаликда одатда жинсий ривожланишни орқада қолиши ҳам кузатилади.

Марказий генезли жинсий ривожланишни орқада қолишининг патогенезида патологик омил таъсири катта роль ўйнайди. Менархегача патологик омил таъсири ФСГ назорат қилувчи гипоталамик тузулмаларнинг етилишини бузади, менархедан кейин эса - ЛГ. Марказий генезли жинсий ривожланишни орқада қолишида жароҳатланиш даражаси турли бўлиши мумкин. Гипоталамик гопогонадотропик гопогонадизмда (Кальман синдроми ёки евнухоидизм) турли нуқсонлар чегараланган гипоталамик ГТ-РГ ишлаб чиқиши (гонадотроп релизинг гормон) етишмовчилиги ва миянинг хид сезиш маркази ривожланиш нуқсони билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда гонадотроп етишмовчилик иккиламчи ҳисобланади.

ЖИНСИЙ РИВОЖЛАНИШНИ КЕЧИКИШНИ НАСЛИЙ ШАКЛЛАРИ

1.Лоренс - Муна - Бардет -Бидл синдроми. Синдром 1:60000 тезлик билан учратилади. Касаллик кўпинча оилавий бўлади, генни кўп сонли нуқсонлари билан таърифланади. Гипоталамус ядролари дегенератив

Ўзгаришларга чалинади, ганглиоз хужайралар сони камайиб уларнинг ўрнида глия тўқимасини хужайралари ўсиши авж олади.

Клиникасида касаллик пигментли ретинит, гипогонадизм, семизлик, ақлий ривожланиш орқада қолиши, кўл пажаларини ривожланиш нуқсонлари билан намоён бўлади.

Даволаш ўз ичига ёғли махсулотлатларни камайтириш, даволаш жисмоний бадан тарбия, гормонал терапиядан иборат. Гормонлардан тиреоидин 0,05 -0,2г суткасига 5 кун мобайнида 2-3 кунли танаффус билан, гонадотропли гормонлар, 12-13 ёшдан жинсий стероид гормонлардан циклик терапия ишлатилади. Оқибати камдан-кам яхши бўлади, семизлик камаяди, жинсий ривожланиш яхшиланади, лекин ҳайз цикли ўрнига келмайди, ақлий етишмовчилик йўқолмайди.

2. Хенде - Шюллер - Крисчен касаллиги.

Бу касаллик наслий насабдан аутосом-рецессив йул билан ўтади, жинсий инфантилизм, экзофтальм, қандли бўлмаган диабет, ксантоматоз, лимфа тугунларни катталашиши, суяк скелети томонидан оғир ўзгаришлар билан намоён бўлади. Ушбу патология асосида гипоталамо - гипофизар тизимни жароҳатланиши билан бош мия касаллиги ётади. Оқибати яхши эмас. **Даволаш** липидларни камайтириш пархезидан иборат. Баъзи холларда рентгенотерапия самарали бўлиши мумкин.

3. Гипофизар гипогонадотропли гипогонадизм

Патология одатда гипофизни постнатал даврда органик жароҳати туфайли, қисилиши ёки қон айланиш бузилиши билан боғлиқ туғма гипоплазияси билан боғлиқ. Охиргиси “бўш” турк эгари деб аталмиш синдромига олиб келади. Турк эгарининг шакли ва ўлчамлари ўзгармаган бўлади. Гипофиз оёқчаси чиқадиган диафрагма тешигида мия ичи босими узок вақт мобайнида ошганда турк эгарига арахноидал қават чиқиб чурра хосил қилади. У гипофизни қисиб уни яссилайди ва унинг функцияси кескин пасаяди. Бундан ташқари гипофизни олдинги бўлаги ўсма томонидан қисилишида ёки емирилишида ҳам шундай ҳолат юз бериши

мумкин.

Гипофизнинг олдинги бўлагининг тула етишмовчилиги бўйни ўсишини тўхтатади, инфантилизмга ва аменореяга олиб келади, ФСГ, ЛГ ва ТТГ ларни етишмовчилиги клиникада гипотиреоз белгилари билан намоён бўлади.

Гонадотропинларни паст секрецияси туфайли тухумдоннинг фолликуляр аппарати етилиши орқада қолади. Эрогенлар секрецияси паст холича қолаверади, жинсий ривожланиш сустлашади. (3-жадвал)

Беморлар врачга хайз булмаслигига ва жинсий ривожланиш орқада қолишига шикоят қилиб мурожаат қилишади. Кўрувда соматик нуқсон топилмайди, тана тузилиши пропорционал, иккиламчи жинсий белгилар суст ривожланган, жинсий лаблари гипоплазияси, тухумдонлар ўлчамлари кичкина, суртмалар атрофик типда. Ультратовуш текширувда бачадон ва гонадалар кичкина, бош чанок суягини рентгенограммадаси ва турк эгариди мия ичи босими баланд белгилари, бош чаноғи гумбазларида бармоқсимон чуқурчалар кучайган, эгар кучайган ёки кичрайган, тубида босилиб туриши, электроэнцефалограмма текшируви ва невропатолог кўруви пўстлоқ ости тизимлари дисфункциясининг гипоталамик етишмовчилишлигини ва камдан- кам миянинг органик жарохатланишини кўрсатади.

ДАВОЛАШ

- Терапия комплексли бўлиши керак, невропатолог ва эндокринолог билан биргаликда ўтказилиши лозим.

- Тухумдон гипофункцияси гипоталамусни етилиши конституциявий ортда қолишидан келиб чиққан холларда меҳнат ва дам олиш тартиби сақланган холда, очик хаводаги жисмоний машқлар, тўғри овкатланиш ва циклик витаминотерапия курслари ўтказилади;

- Циклик витаминотерапия В комплексли витаминларни ва глутамин кислотаси 0,25 г кунига Х 3 20 кун давомида, сўнг Е витамини ва аскорбин кислотаси кунига 1 г дан 10 кун давомида навбатма - навбат

қўлланилади;

- Медикаментоз воситалардан ташқари физиотерапевтик муолажалардан қуйидагиларни ишлатиш мумкин: кальцийни эндоназал электрофорези, билатерал сохаларга импульс ток, вибромассаж, нейротроп препаратлар (дифенил, феназепам, ноотропил, кавинтон ва бошқалар);

Даволаш базал харорати кўрсаткичлари, кольпоцитология ва 3 ой давомида эстрогенлар секрециясини хар 1-2 ойда яна 1-2 марта назорати остида ўтказилади;

5 ойдан сўнг беморни яна бир бора кўриб унинг суяк ёшини аниқлаш зарур. Агар суяк ёши катталашмаса, иккиламчи жинсий белгилар ривожланишни бошламас, 16 ёшдан катта қизларга гипоталамо - гипофизар тизимини қўзғатиш мақсадида эстрогеларни кичик дозаси билан циклик гормонал терапияни буюриш мумкин (этинилэстрадиол 1 табл. Кунига 15 кун давомида, кейин 1% - прогестерон эритмаси 1,0 мл дан мушакка 6 кун мобайнида ёки дюфастон, норколут сифатидаги таблеткаланишган гестагенлар);

Жинсий ривожланиш орқада қолиши даволашда эстрогенларни қўллаш мақсадга мувофиқдир нафақат сут безларни ва бачадонни катталаштириш мақсадида, балки ГТ-РГ ни чиқишини қўзғатиш ва гипофизни гипоталамик қитиқлашга сезувчанлигини ошириш учун.;

Эпиместронни 10 мг/сут 10 кун давомида 20 кунли танаффус билан 6 ой мобайнида юборилиши яхши натижалар олинди; Жинсий ривожланишни орқада қолишини гипоталамик шакллари даволашда гонадолиберин 2 мкг кечқурун 23:30 дан эрталаб 07:30 гача 1 хафтада 3 кеча 6 хафта мобайнида ишлатилади. Бўйи ўсиши 3 ой давомида 5,2 см га, сут безлари 2 даражагача ривожланиши қайд этилган.

Баъзида антиэстрогенлар (климофен ёки клостилбегит) ишлатилади, улар бетта - эстрадиол билан боғланади ва гонадолиберинлар ва гонадотропинларни ишлаб чиқишини ва синтезини тухумдонлардаги

стероидларни биосинтезини маҳаллий таъсирини кучайтиради;

- Кломифен билан даволаш жинсий ривожланиши орқада қолган қизларда 16 ёшдан кейин кўрсатилган.

- Бўй ўсиш тухтаган беморларда ва СТГ дефицитида соматотропин билан биргаликда умумий қувватловчи терапия, ногормонал анаболиклар (инозин, калий оротат), ферментлар (панзинорм), витаминлар, цинк сульфати 220 мг суткасига ишлатилади.

- Яллиғланиш касалликларни бартараф этиш, асаб тизимини нормаллаштириш, экстрагенитал касалликни параллел равишда даволаш зарур.

- Агар жинсий ривожланиш орқада қолиш тана вазни дефицитидан келиб чиққан бўлса гормонотерапия қўллашга қарши кўрсатма. Даволаш нейротроп препаратларни қабул қилишдан бошланади, психотерапия, симптоматик ва витаминотерапия, юқори калорияли овқатланиш, ферментлар ишлатилади.

МАВЗУЛАР БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР ВА ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

1. Барвақт жинсий етилишни қуйидаги турлари мавжуд

- A. чин
- B. сохта
- C. изо-, гетеросексуал
- D. тўлиқ, нотўлиқ
- E. барча жавоблар тўғри

2. Изосексуал турдаги барвақт жинсий етилиш шакллари

- A. чин
- B. сохта
- C. псевдо
- D. тўлиқ, нотўлиқ
- E. барча жавоблар тўғри

3. Барвақт жинсий етилиш аниқланган беморларда қуйидаги

текширувлардан қайсиниси ўтказилмайди:

- A. анамнез йиғиш
- B. хайз фаолиятининг хусусияти
- C. психоэмоционал ҳолатлар
- D. бошдан ўтказган касалликлар
- E. қин орқали кўрув

4. Барвақт жинсий етилишнинг органик ва марказий турида нима асосий ўрин тутади:

- A. перинатал патология
- B. инфекция
- C. пубертат даврдаги асоратлар
- D. Ўткир респиратор касалликлар
- E. Юқоридаги барча сналганлар

5. Барвақт жинсий етилишда кўрув ўтказиш керак

- A. невропатолог
- B. педиатр
- C. эндокринолог
- D. терапевт
- E. неонатолог

6. Барвақт жинсий етилишни даволаш

- A. гормонотерапия
- B. неврологик ва гормонотерапия
- C. ўмумий қувватлантирувчи воситалар
- D. неврологик ва умумий қувватлантирувчи воситалар
- E. юқоридагиларнинг ҳеч бири

7. Сохта барвақт жинсий ривожланиш сабаблари

- A. Тухумдон ва буйрак усти беши гормонал фаол ўсмаси
- B. хорионэпителиома
- C. тератобластома
- D. буйрак усти беши ўсмалари

- Е. тухумдон ва буйрак усти беzi ёмон сифатли ўсмалари
8. Гетеросексуал турдаги барвақт жинсий етилиш сабаблари
- А. Буйрак усти беzi туғма гиперплазияси
 - В. тератобластома
 - С. тухумдон гормон ишлаб чиқарувчи ўсмалари
 - Д. кортизол миқдорининг ориши
 - Е. гиперандрогенемия
9. Гетеросексуал турдаги барвақт жинсий етилиш одатда намоён бўлади:
- А. хаётининг биринчи ойларидан
 - В. хаётининг биринчи хафталаридан
 - С. хаётининг 10-ойликдан
 - Д. хаётининг иккинчи хафтасидан
 - Е. хаётининг 28 кунидан
10. Барвақт жинсий ривожланишнинг вирил турида қайси модда миқдори ортиб кетади
- А. андрогенлар
 - В. прогестерон
 - С. гонадотропинлар
 - Д. хорионик гонадотропин
 - Е. юқоридаги барчаси
11. Барвақт жинсий етилишнинг вирил турининг белгилари:
- А. вирилизация симптоми
 - В. 2-3 ёшдан ўсишнинг тезлашиши
 - С. маскулинизация
 - Д. суяк ёшининг ортиб кетиши
 - Е. юқоридаги барчаси
12. Барвақт жинсий етилишнинг вирил туридақондаги тестостерон миқдори:
- А. 5-10 маротаба ортган

- В. 15 маротаба ортган
- С. 2-3маротаба ортган
- Д. 7-8 маротаба ортган
- Е. 10-12 маротаба ортган

13. Барвақт жинсий етилишнинг гипертоник тури:

- А. барвақт адренархе
- В. гирсутизм
- С. аменорея
- Д. олигоменорея
- Е. юқоридаги барчаси

14. Қайси ёшда қиз болаларда сут беги ривожланмаса, жинсий ривожланишдан орқада қолиши дейилади?

- А. 12-13 ёшда
- В. 10-11 ёшда
- С. 14-15 ёшда
- Д. 8 ёшда
- Е. 16 ёшда

15. Шерешевского- Тернер синдромига олиб келади:

- А. Андрогенларнинг ортиши
- В. Хромосома бузилишлари
- С. Эстрогенларнинг ортиши
- Д. МНСнинг функционал бузилиши
- Е. Юқоридаги барчаси

16. Шерешевский- Тернер синдромида бемор шикояти нимадан иборат?

- А. Хайз циклининг бузилиши
- В. Бўйнинг пастлиги
- С. Сут безларининг йўқлиги
- Д. Хайзнинг йўқлиги
- Е. Юқоридаги барчаси

17. Свайер синдромининг сабаби қуйидагилардан қайсиниси бўлиши мумкин?

- A. ген мутациялари
- B. хромосома мутациялари
- C. ген ва хромосома мутациялари
- D. битта жинсий хромосоманинг йўқлиги
- E. юқоридаги барчаси

18. Гонадалар дисгенезиясининг соф шакли учун хос эмас?

- A. нормал ёки баланд бўй
- B. бирламчи аменорея
- C. сут безларининг ривожланмаслиги
- D. тухумдонларнинг бўлмаслиги
- E. бачадонни йўқлиги

19. Жинсий ривожланишдан ортда қолишда Лоренс–Мун- Бардет ва Бидл синдромининг намоён бўлиши?

- A. гипогонадизм, ақлий ривожланишдан орқада қолиш
- B. Хайз циклининг бузилиши
- C. Қин атрезияси
- D. Бачадон гипоплазияси
- E. Баланд бўй

20. Жинсий ривожланишдан орқада қолишни ташхислашнинг асоси?

- A. УТТ
- B. неврологик
- C. рентгенологк
- D. генетик
- E. юқоридаги барчаси

21. Тухумдонлар функционал имкониятлари даражасини баҳолаш учун ўтказилади?

- A. Гонодотропинлар билан синама
- B. Прогестерон билан синама

C. Эстрогенлар билан синама

D. УТТ

E. Қон биохимик тахлили

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала № 1

Болалар гинекологи хузурига аёл кизчаси туфайли ташриф буюрди. Қизча 8 ёшда. Қизчанинг тез ўсиши, 2 ёшида сут безларининг пайдо бўлишга шикоят қилиб келди. Обьектив: комати аёлларга хос, сут безлари катта, бўйи баланд, қовдаги тукланиш 11-13 ёшга хос, вульва шиллик қавти қалинлашган. УТТ да бачадон 14 ёшга хос, тухумдонларда фолликулл аиқланмоқда. Қонда гонадотропинлар ва жинсий гормонлар миқдори ортган.

Ташхис ва тактикангиз

Масала № 2

Клиникага аёл қизчаси билан келди. Қизча 6 ёшда, шикоятлари, қизчанинг юзида туклар, мўйлаб ва соқол пайдо бўлиши, 3 ёшлигидан жинсий пропорцияси маскулинизация томонга ўзгарган, қўл оёқлари калта, гавдаси узун, боши катта, клитори катталашган. Анамнезидан: онаси хомиладорлик даврида оғир преэклампсия билан оғриган, туғруқ хомила асфиксияси билан кечган.

Ташхис ва тактикангиз

Масала №-3

Клиникага 15 ёшли бемор текширув ўтиш учун келди. Келгандаги шикоятлари хайзни йўқлигига. Ташқи кўрилганда пропорционал ривожланишнинг йўқлиги, жинсий лаблар гипоплазияси, тухумдон ўлчамларининг кичрайгани, бачадон кичиклиги аниқланган. Мия қутиси текширилганда мия ичи босимининг ортганлиги, турк эгари гумбаз қисмида кучли бармоқсимон эзилиш, ЛГ секрециясининг пасайиши, эстроген миқдорининг камайиши, гипотериоз аниқланган.

Ташхис ва тактикангиз

Масала №-4

Бемор М. 18 ёш хайз йўқлигига шикоят қилиб келди. Анамнезидан: муддатдан ўтган туғруқ бўлган. Қоникарли уй шароитида ўсиб улғайан. Хайз кўрмаган. Тана тузилиш тўғри, сут безлари суст ривожланган, кўлтиқ ости ва қовдаги тукланиш ўрта даражада намоён бўлган.

Ректобдоминал кўрувда: бачадон ўлчами кичик, ортиқлари ўзгаришсиз.

Ташхис ва тактикангиз.

III-БОБ

3.1. АМЕНОРЕЯ

6 ой давомида хайз бўлмаслиги мустақил касаллик бўлмасдан бир канча касалликларнинг маҳаллий ва умумий белгиси ҳисобланади (18-расм). Аменореянинг қуйидаги турлари бор:

1. Сохта аменорея – тухумдон ва бошқа аъзоларда ўзгаришлар бўлиб, бу хил аменорея кўпинча маҳаллий сабабларга боғлиқ: қизлик пардаси бутунлиги, қин атрофияси, бачадон бўйни канали атрезияси сабабли юз бериши мумкин. Бунда қон қинга, бачадон бўйнига ва найларга тўпланиб қолади.

2. Чин аменорея - хайз цикли бошқарувининг 5 ҳалқасидан бирида сезиларли ўзгаришлар бўлганда юзага келади ва шунга боғлиқ ҳолда жинсий гормонлар ишлаб чиқариш даврийлиги бузилади ва хайз кўрилмайди.

3. Физиологик аменорея – бу ҳолда аёл организмидаги айрим физиологик ҳолатлар сабабли хайз бўлмайди:

- болалик даврида,
- ҳомиладорлик даврида,
- лактация даврида,
- менопауза даврида.

4. Патологик аменорея – аёл организмида кечаётган патологик ҳолатларда хайзнинг бўлмаслиги.

- Бирламчи – ҳайзнинг болалик давридан бошлаб келмаслиги

- Иккиламчи – ҳайзнинг аввалига келиб, сўнгра айрим сабабларга кўра тўхтаб қолиши. Бизга маълумки, ҳайз циклининг бошқарилишида 5 ҳалқа иштирок этади: пўстлоқ-гипоталамус-гипофиз-тухумдон-бачадон. Мана шу ҳалқалардан бирортасининг бузилиши аменореяга олиб келади ва унинг қуйидаги шакллари бўлади:

- Гипоталамик аменорея;
- Гипофизар аменорея;
- Тухумдон аменореяси;
- Бачадон аменореяси.

АМНОРЕЯ САБАБЛАРИ

- гормонал бузилишлар – тухумдон, гипофиз ва бошқа аъзолларнинг зарарланиши туфайли юзага келади;

- МНС касалликлари (шизофрения, мия ўсмалари менингоэнцефалит, руҳий травма);

- ўткир ва сурункали инфекцион касалликлар;

- сурункали интоксикация (алкоголизм, гиёҳвандлик);

- алиментар омиллар – очлик, камқонлик, семизлик;

- экстрагенитал касалликлар: юрак-томир касалликлари, жигар касалликлари;

- бачадон касалликлари. Эндометрит.

Айтилган сабабларнинг деярли барчаси аменореяга олиб келади ва асосий касалликнинг якуний натижаси кўринишида бўлади.

МНСнинг органик шикастланишида бирламчи аменорея камдан-кам ҳолларда юз беради. Асосий сабаблари: мия ўсмалари, сурункали менинго-энцефалит, арахноидит, сурункали сероз менингит, эпидемик энцефалит.

Психоген аменорея ҳам учраб, у қаттиқ ҳаяжонланиш (стресс), руҳий ва физиологик чарчаш туфайли ҳам юзага келади.

Гипоталамик аменорея, бунда асосан миянинг дўнглик ости соҳасида

патологик ўзгаришлар бўлади. Сабаби – рухий травма, очлик, нейроинфекция ва бошқалар.

Гипоталамик аменорея кўпинча функционал табиатли бўлади.

- рухий (психоген);
- Киари-Фроммель синдроми;
- «сохта ҳомиладорлик»;
- «асабдан бўладиган» анорексия; (рухий анорексия)
- турли инфекцион касалликлар ва захарланиш туфайли юзага келган аменорея

КЛИНИКАСИ:

Гипоталамик аменорея пайдо бўлишидан аввал қуйидаги ўзгаришлар кузатилади :

- вегетотомир ва моддалар алмашинуви бузилишлари, томир кризлари, АҚБ асимметрияси;
- хушдан кетиш ҳолатлари;
- юрак аритмияси;
- кейинчалик эса ёғ ва сув-туз алмашинуви бузилишлари туфайли гипоталамик типдаги хомсемизлик.

ДИАГНОСТИКА

1. Базал ҳарорат монофазали менструал цикллари (19-расм).
2. Қин суртмасида эстрогеннинг тўйиниши камайган.
3. ФСГ нинг кескин пасайиши ёки умуман йўқлиги туфайли эстроген гормонлар ажралиши камаяди.
4. Диагностик мақсадда, ўсмани инкор этиш учун бош мия турк эгари соҳаси рентгенография қилинади,
5. Жинсий гормонларнинг экскреция сатҳи аниқланади.

Гипофизар аменорея аденогипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келади. Уни 2 гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Аденогипофиз тўқимасининг некротик ўзгариши туфайли юзага келган аменорея:

- Шихан синдроми – туғруқдан кейинги гипопитуитаризм;
- Симмондс касаллиги - гипофизар кахексия.

2. Гипофиз ўсмаси туфайли юзага келган аменорея:

- Иценко-Кушинг касаллиги;
- Акромегалия.

3. Адипозогенитал дистрофия – ҳомиладорликдаги токсоплазмоз, ёшлигида ва жинсий ривожланиш давридаги инфекция касалликлар туфайли юзага келади. Бунда кузатиладиган белгилар: семизлик, суяклардаги нуқсонлар, жинсий аъзолар гипоплазияси, аменорея.

4. Лауренс-Мунн-Бидл синдромида юқоридаги белгилар кузатилади, бундан ташқари, паканалик ва бир қанча ривожланиш нуқсонлари кузатилади.

5. Хенде-Мюллер-Крисчен касаллиги – бу ҳам гипоталамо-гипофизнинг органик шикастланиши туфайли юзага келиб, бунда паканалик, жинсий инфантилизм, остеопороз, қандсиз диабет, эндоофтальмоз белгилари кузатилади.

Тухумдон аменореяси асосан генетик ўзгаришлар билан боғлиқ ва тухумдон фаолиятининг ўзгариши туфайли юзага келади.

Гонадалар фаолияти бузилишининг турлари:

1. Гонадалар дисгенезияси.
2. Тестикуляр феминизация.
3. Тухумдонлар бирламчи гипофункцияси.

Гонадалар дисгенезияси (Тернер-Шерешевский синдроми) – тухумдон тўқимасининг бирламчи туғма ривожланмаслиги. Хромосомалар тўлиқ эмас – 45 X0 бўлади, жинсий хроматин 10% камайган, жинсий аъзолар ривожланмаган, аёлнинг бўйи паст, суяклар остеопорози ва бошқалар кузатилади.

Тестикуляр феминизация - аёллар фенотипига мос, лекин гонадалар ва

генетик жиҳатдан жинси эркак хромосомалар ўзгарган, эркаклар гонадаси кўп миқдорда эстрогенлар ишлаб чиқаради. Клиник белгилари: ташқи жинсий аъзолари суст ривожланган, бачадон ва унинг ортиқлари баъзан бўлмади, бирламчи аменорея, сут безларининг ортиқча ривожланиши, бепуштлиқ. Бу ҳолда гонадаларнинг «хавфли» ўсмага айланиш хавфи бор.

Тухумдонларнинг бирламчи гипофункцияси. Фолликуляр аппаратнинг шикастланиши ҳомиланинг она қорнидаги даврида (токсикозлар, ҳомиладорлик асоратлари, туберкулёз ва бошқалар), турли ўсмаларнинг мавжудлиги туфайли бўлиши мумкин. Бу умумий ёки жинсий инфантилликка олиб келади: бўйчанлик, бачадон бўйни конуссимон, бачадон гиперантифлексияси, чаноқ торлиги. Гипофизнинг гонадотроп гормонлар ишлаб чиқариши кучайган.

Тухумдон аменореяси яна қуйидаги сабабалардан пайдо бўлади:

- вақтидан илгари тухумдон етишмовчилиги;
- тухумдонлар склерокистози; (20-расм)
- тухумдоннинг андроген ишлаб чиқарувчи ўсмалари туфайли юзага келган аменорея;
- кастрация (бичиш)дан кейинги синдром.

Бачадон аменореяси:

- бачадон жарроҳлик йўли билан олиб ташланганда;
- сил туфайли юзага келган эндометрит;
- бачадон эндометрийига кимёвий воситларнинг таъсири туфайли юзага келган аменорея (йод, спирт, радиоактив кобальт).

Клиникаси: умумий ҳолсизлик, сержаҳлик, тез йиғлаб юбориш, хотиранинг пасайиши, юракда оғриқ, терлаш, бошнинг тез-тез оғриши ва бошқалар.

ДАВОЛАШ

Даволаш асосан этиологик, яъни шу касалликни юзага келтирган сабабларни бартараф қилишга қаратилган бўлиши керак. Дам олишни тўғри йўлга қўйиш, рационал овқатланиш, вақтида дам олиш, ухлаш,

жисмоний машқлар қилиш, иқлимни ўзгартириш айниқса мақсадга мувофиқдир. Бундан ташқари, ионогальванизация, седатив препаратлар, транквилизаторлар, дармондорилар: А, Е, С, В гуруҳидаги витаминлар тайинланади. Жинсий аъзоларнинг етишмовчилиги кузатилса, гормонал препаратлар. Шихан синдроми, Симмондс касаллигида ўрин босувчи воситалар: жинсий стероидлар, тиреоидин, глюкокортикоид, АКТГ буюрилади. Тухумдон аменореясида циклик гормонал терапиядан фойдаланилади. Сил туфайли юзага келган аменорея бўлса, специфик даволаш усуллари қўлланилади.

Буйрак усти безининг туғма гиперплазиясида (туғма адреногенитал синдром) пўстлоқ қисмидаги ферментлар етишмаслиги туфайли кортизол синтези бузилади.

Гипотиреоз (триоген нанизм) бўйнинг ўсмаслиги, ақлий жиҳатдан орқада қолиш, суякдаги ўзгаришлар, аменорея, жинсий ривожланишнинг кечикиши ва бошқалар.

МАВЗУ БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Аёллар жинсий аъзолари аномалиясига олиб келувчи сабаблар?
 - А. генетик
 - В. инфекция
 - С. хомиладорлик асоратлари
 - Д. ташқи омиллар
 - Е. юқоридаги барчаси
2. Аменорея деб, хайз қанча вақт давомида бўлмаса айтилади?
 - А. 3 ой ва ундан ортиқ
 - В. 6 ой
 - С. 1 йил
 - Д. 3 йил
 - Е. 2 ой
3. Пубертат давр гипоталамик синдроми юзага келишига олиб келувчи омиллар?

- A. Психоэмоционал зўриқишлар
 - B. Сурункали инфекция ўчоқлари
 - C. Тез тез вирусли касалликлар билан касалланиш
 - D. Ақлий зўриқиш
 - E. Юқоридаги барчаси
4. Пубертат давр гипоталамик синдромининг кўп учрайдиган белгилари?
- A. Хайз циклининг бузилиши
 - B. Эрта жинсий етилиш
 - C. Жинсий ривожланишдан ортда қолиш
 - D. Терининг турли хил дисхромияси
 - E. Юқоридаги барчаси
5. Пубертат давр гипоталамик синдроми ўткир босқичида хайз фаолиятининг бузилиши қандай типда бўлади?
- A. гиперполименорея
 - B. опсоменорея
 - C. аменорея I
 - D. олигоменорея
 - E. дисменорея
6. Пубертат давр гипоталамик синдроми сурункали босқичида хайз фаолиятининг бузилиши қандай типда бўлади?
- A. дисменорея
 - B. аменорея II
 - C. гиперполименорея
 - D. опсоменорея
 - E. олигоменорея
7. Пубертат давр гипоталамик синдроми ўткир босқичида қандай модда ортади?
- A. в-эндофин
 - B. адреналин экскрецияси

- C. норадреналин
 - D. серотонин
 - E. юқоридаги барчаси
8. Комбинациялашган эстроген-гестаген воситалари билан ўтказилган синама манфий натижаси қайс аменорея тури учун хос?
- A. гипоталамик
 - B. гипофизар
 - C. тухумдон
 - D. бачадон
 - E. юқоридагиларнинг истаган бирида
9. Аменорея генезини аниқлаш учун қўшимча текширув усули?
- A. Ички жинсий аъзолар УТТ
 - B. ТФД
 - C. краниография
 - D. функционал гормонал синамалар
 - E. юқоридагиларнинг барчаси
10. Пролактин секрецияси назорати амалга оширилади:
- A. гипоталамик ядроларда
 - B. гипофиз орқа бўлагида
 - C. гипофиз олдинги бўлагида
 - D. бош мия яримшарлар пўстлоғида
 - E. пўстлоқ остида
11. Гиперпролактинемик аменорея турида қалқонсимон без фаолияти бузилишини аниқлаш учун ўтказилади:
- A. тиреоидин билан синама
 - B. ТТГ ни аниқлаш
 - C. Т3 ни аниқлаш
 - D. Т4 ни аниқлаш
 - E. Гонадолиберинли синама

12. Аменореянинг марказий турида қизларнинг анамнезида аниқланади:

- A. Туғруқ пайтида асфиксия ва туғруқ жарохати.
- B. Инфекцион касалликлар
- C. Гепатит билан оғриганлиги
- D. Юрак нуқсони билан оғригани
- E. Барвақт туғруқ

13. Аменореянинг марказий тури билан оғриган қизларнинг тана тузилиши қандай бўлади:

- A. Қўл оёқларнинг узунлиги ва тоз ўлчамларининг кичиклиги
- B. Узун бўйлик ва тознинг кенглиги
- C. Сут безлари нормал ривожланган
- D. Ташқи жинсий аъзолар эркакларга хос ривожланган
- E. Тукланиш йўқ

14. Марказий турдаги аменореяли қизларда бош мия кутиси ва турк эгари рентгенограммасида аниқланади:

- A. Бош мия ичи босимини ортиши ёки турк эгари хажмининг ўзгариши
- B. Мия ўсмаси
- C. Турк эгари хажмининг кичрайиши
- D. Гипофизнинг катталашуви
- E. Гипофизнинг кичрайиши

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала № 1

Бемор Н. 17 ёш охириги 3 ой давомида хайз келмаганига шикоят қилиб келди. Хайз 14 ёшдан, регуляр. Бошдан ўтказган гриппдан сўнг хайз оғриқли ва нерегуляр бўлиб қолган. Тана тузилиши тўғри, сут безлари яхши ривожланган.

Ректобдоминал кўрувда: бачадон ёшига хос ўлчамда, ортиқлари

ўзгаришсиз.

Ташхис ва тактикангиз

Масала №2

Бемор М. 18 ёшда хайз кўрмаётганлигига шикоят қилиб келди. анамнезидан: қизча муддатдан ўтган туғруқдан туғилган. Қониқарли уй жой шароитида ўсиб улғайган. Хайз кўрмаган. Тана тузилиши тўғри, сут безлари суст ривожланган, қўлтиқ ости ва қовдаги тукланиш ўрта даражада намоён бўлган.

Ректоабдоминал кўрувда: бачадон ўлчами кичик, ортиқлари ўзгаришсиз.

Ташхис ва тактикангиз

3.2. ҚИЗЛАРДАГИ ДИСМЕНОРЕЯ

Хайз циклини бузилиши аёлларнинг асрлардан қолган муаммо бўлиб хисобланади, лекин бу ҳолатларни ҳар томонлама ўрганилиши ҳар доим янгидан янги қирраларини топмоқда. Бугунги кунда кенг тарқалган хайз циклини бузилишларидан урта шакли тавофут қилинади: *аменорея* – репродуктив ёшдаги аёлларда хайзнинг йўқлиги (менархе давридан хайз кўриш давригача, менопаузагача), *бачадондан қон кетишлар* - циклик (кўп қон келиш шаклида) ва ациклик (хайзнинг ўртасида у ёки бу кўринишда) ва *альгодисменорея* – оғриқли хайз кўриш.

Хайз циклини бузилишининг охириги шакли алоҳида эътиборга сазовор, чунки турли муаллифлар маълумотларига кўра 30% дан 75% гача аёллар хайз кўрганда турли даражадаги оғриқни сезадилар. Шундан 10% аёллар кучли оғриқ билан бир вақтда умумий ҳолатини кескин ёмонлашишини, меҳнат қобилиятини вақтинча йўқотиш билан бирга кечишини таъкидлашмоқда (қизлар ҳар ой уқув жараёнида бир неча кун йўқотишларига мажбур бўлиб қоладилар, ишлайдиган аёллар эса бу кўпинча – одатий ҳаётдан 2-3 кунга “ўчиш”, ёки қиз бола кундалик мажбуриятларини бажара олмайди, ёки умуман ишлай олмайди). Бундан ташқари, оғриқли хайз эмоционал сферага, аёлларнинг рухий ва умумий

ҳолатига таъсири маълум ва ундан келиб чиққан ҳолда – оиладаги муносабатларга таъсир қилиши бу муаммони нафақат тиббий, балки социал долзарблигини келтириб чиқаради.

Қазлар касалланишидаги тизимда оғриқли ҳайз кўриш етакчи ўринни эгаллайди. Ўсмир қизлардаги оғриқли ҳайз – гинекологик касалликлардан энг кўп тарқалганлардан бири ҳисобланади ва мактабга келолмасликнинг асосий сабабларидан бири бўлиб хаёт сифатини пасайишига сабаб бўлади. Дисменореяни учратилиши 43% дан 90%гача ташкил қилади. Ҳар ойда оғриқдан безиллаш умумий ҳолатига, эмоционал ва рухий фаолиятида акс этади. Дисменорея ишга ёки уқишга келмасликни кўп сабабларига киради. Масалан, Dawood АҚШ да ўтказилган социал эпидемиологик текширувлар маълумотлари шуни тасдиқлади-ки ишга қобилиятсизлиги натижасида, ишлайдиган ва ўқийдиган ўсмирлар орасида дисменорея туфайли 600 млн соат йўқотилади, яъни ҳар йили 2 млрд доллар [35].

Айни ўсмирлик пайтида оғриқ хуружи 84% қизларда кўсиш билан, 79,5% - диарея, 22,7% - бош айланиш, 13,6 – бош оғриқ ва 15,9% - хушидан кетиш билан биргаликда кечади. Дисменореяни оғриқ даражаси социал ҳолатига, иш шароити ва турига тўғри пропорционал боғлиқлиги аниқланган, шунинг учун ушбу муаммо нафақат тиббий, балки жиддий социал вазифа сифатида кўриб чиқилишига мажбур қилади.

Халқаро касалликлар таснифида оғриқли ҳайз кўриш «дисменорея» атама билан кодланган ва таржима қилинганда бузилган (dys) ҳар ойлик (menos) қон кетиш (rhoe) тарзда тушунилади. **Дисменорея (альгоменорея)** – ҳайзнинг бузилиши, қорин пастида, белда ва қўймич соҳалардаги кескин дардсимон ёки симилловчи оғриқ билан бирга умумий холсизлик билан ифодаланади.

Тасниф. МҚБ 10 таалуқли ҳолда **патогенези** бўйича қуйидагилар ажратилади:

1. Бирламчи (эссенциал, идеопатик, функционал), менархедан 1-3

йилдан сўнг пайдо бўлган.

2. Иккиламчи (ортирилган, органик), оғриқли ҳайз бошқа гинекологик касалликнинг симптоми бўлиши, кўпинча эндометриозда, бачадон нуқсонларида, кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиши ва веноз тармоқларини варикоз кенгайишида кузатилади.

Жараён жадаллашишига боғлиқ холда қуйидагилар тавофут этилади:

1. Мослашган дисменорея – вақт ўтиши билан ҳайз кунлари патологик жараённинг кучи ва хусусияти ўзгармайди.

2. Мослашмаган дисменорея – йил сайин оғриқнинг кучайиши аниқланади.

Дисменореяни оғирлик даражасини аввалдан таклиф қилган ва ҳозиргача ишлатиляатган Delioroglou E. таснифи бўйича ажратилади [34].

Енгил даража, энг енгили – оғриқлар кучсиз, меҳнат қобилятини ва одатий фаолятини йўқотишга олиб келмайди.

Ўрта оғир даража – кундалик фаоллиги пасайган, лекин ўқишга ёки ишга келмай қоймайди, чунки симптоматик терапия яхши самара беради (анальгетиклар, спазмолитиклар, антипростагландинли препаратлар). Иш қобиляти бир мунча пасайган, бошқа айрим тизимли феноменлар мавжуд.

Оғир даража – кундалик фаоллиги кескин пасайган, тизимли феноменлар, ва одамни қийнайдиган вегетатив симптомлар оғриқ хуружига доим йўлдош бўлади ва анальгетиклар ва спазмолитиклар билан йўқолмайди.

(10-жадвал)

Дисменореяни оғирлик критериялари

(Делигеороглу Э., Арвантинос Д.И., 1996)

10-жадвал

Оғирлик даражаси	Иш қобиляти	Тизимли Симптомлар	Оғриқсизлантирувчи дори воситаларнинг самарадорлиги
------------------	-------------	--------------------	-----------------------------------------------------

0 даража - ҳайз келиши оғриқсиз, кудалик фаолиятга таъсир қилмайди	Пасаймайди	Мавжуд эмас	Оғриқсизлантирувчи дори воситалар зарурияти йўқ
I даража – ҳайз пайтида оғриқлар суст, қизнинг фаоллигига камдан-кам таъсир қилади	Камдан-кам пасаяди	Мавжуд эмас	Оғриқсизлантирувчи дори воситалар кам зарур бўлади
II даража - кундалик фаоллиги пасайган, гоҳида мактга бормай қўяди, чунки оғриқсизлантирувчи дори воситалар яхши самара беради	Ўртача пасайган	Гоҳида	Оғриқсизлантирувчи дори воситалар зарур ва яхши самара беради
III даража - кундалик фаоллик кескин пасайган, вегетатив симптомлар мавжуд (бош оғриши, тез толиқиш, кўнгил айниш, диарея ва ҳоказо)	Кескин камайган	Тез-тез пайдо бўлади	Оғриқсизлантирувчи дори воситалар самарасиз

Хозирги кунда бирламчи дисменореяни уч хили ажратилади: - эссенциал, психоген ва спазмоген.

Эссенциал дисменорея – бу дисменорея касаллик сифатида оғриқ сезувчанлигини остонаси пасайиши билан ёки бошқа хозирги кунда ноаниқ қандайдир механизмлар орқали амалга оширилади.

Айрим тадқиқотчилар маълум аёлнинг индивидуал хусусияти сифатида кўриб, эссенциал альгодисменореяни бирламчи дисменореяни туғма шаклларига таалукли деб билишади.

Психоген дисменорея кўпинча безовтачилик сабаби билан, ҳайзни оғриқли келишидан безиб, булар айрим сабабларга кўра олдин ҳам қизни безовта қилганлиги ва кутилятган ҳайзни оғриқ билан келишидан кўрқув хисси организмнинг унга “жавоб”ли реакциясига олиб келади. Психоген дисменорея пубертат давридаги қизларда ҳам кузатилади, бунда унинг бошланиши қандайдир стрессоген омилга боғлиқ бўлади. У кўпинча истероид ёки сенситив типига таалуқли шахсларда, ва шунингдек астеноневротичек синдром ва турли психопатологик ҳолатдаги шахсларда кузатилади.

Ва бирламчи дисменореяни учинчи тури – бу **спазмоген дисменорея**, бунда оғриқлар бачадоннинг силлиқ мушаклари спазми сабабли пайдо бўлади. Бирламчи алгодисменореяни ушбу турида туғруқ билан таққослаш мумкин, ҳайз кўришни эса "мини-туғруқ" сифатида кўриш мумкин. Бачадонни қисқариш фаолияти ушбу ходисаларда кўпгина нейрогуморал ўзгаришлар механизми орқали амалга ошади бу борада сифат миқёсида кўп умумийлик хос: эстрогенлар пасайиши арафасида прогестерон миқдори сезиларлича кўпаяди, простагландиногенезни фаоллашиши ва бошқа эндокрин утеротоник механизмларнинг кучайиши кузатилади.

Этиология ва патогенез

Дисменореянинг пайдо бўлишини сабабини тушуниш учун эндометрийнинг физиологик циклик кўчиши жараёни арафасида ва пайтида нималар бўлишини билиш зарур.

Гормонал таъсир даражасига боғланган ҳолда ҳайз кўраётган қизларнинг бачадонидаги миофибриллалар ўзгарувчан электр фаолиятга ва спонтан қисқариш хусусиятига эга. Қисқарувчан оқсиллар деполимеризацияси ҳисобидан эстрогенлар миометрийни бўшашини таъминлаб беради, лекин мушак хужайралардаги уларнинг миқдорини ва шунингдек нейрон сигналларни ўтказиб берувчи маҳсус рецепторларга сезувчанлигини оширади (нейротрансмиттерларга). Прогестерон

қисқарувчан оксилларни полимеризация қилади, лекин қисқариш фаолиятни стимулловчи модалар таъсирига хужайраларнинг сезувчанлигини пасайтиради ва бачадоннинг дастлабки тонусини таъминлайди. Ички жинсий аъзолар иннервацияси симпатик (адренергик) толалар орқали таъминланган, улар қуёш ва мезентериал ўрмалардан чиққан ва парасимпатик (холинергик), улар гипогастрал ўрмасидан бошланиб чанок нервлари тарқибда давом этилади. Бачадонни функционал ҳолати ва локал гормонемия даражасига у ёки бу иннервация типи оидлигида аниқ боғлиқлик мавжуд. Эндометрий ҳам нервтолаларга эга ва унинг иннервация тури ҳайз циклининг фазаларига ва бачадоннинг шиллиқ қаватини морфофункционал ҳолатига боғлиқ. Пролиферациялашган эндометрийда адренергик, секрециялашганда эса – холинергик нерв толалари ва озод нерв охирлари усутунлик қилади. Эстрогенлар парасимпатик вегетатив тизимни фаоллаштиради, ацетилхолин уларнинг медиатори ҳисобланади. Нерв тузулмаларни қисман йўқотилган шароитларда ацетилхолин синаптик етказишни яхшилаш хусусиятига эга, масалан пойлар чўзилишида, шикастларда, бачадонни сурункали ишемиясида. Ацетилхолинни таъсир даражаси миометрийга кўғатиш тезлигини олиб бориши эстрадиол миқдори билан тўғри корреляциялашган. Эстрогенлар кўпроқ парасимпатик асаб тизимига таъсир қилиши билан бирга хужайраларнинг адренорцепторларини катехоламинларга сезувчанлиги ошириш ўли орқали симпатик асаб тизимига таъсир кўрсатади. Ҳайз циклининг турли фазаларидаги эстрогенлар таъсири прогестерон миқдори билан корреляциялашади. Фолликулин фазасида, прогестеронни паст савиясида, эстрадиол бета – адренорцепторларнинг юқори сезувчанлигини таъминлайди. Бу шароитда катехоламинлар бачадоннинг қисқариш фаолитяининг пасйишига олиб келади. Лютеин фазада прогестеронни юқори савиясида, альфа - адренорцепторларнинг сезувчанлиги ошади. Катехоламинларнинг таъсири бачадонни қисқариш фаолияти ошиши билан намоён бўладит

Ҳайз кунлари бачадонни қисқариш фаоляти энг юқори паллада бўлади. Бу куйидаги билан тушунилади эндометрийни физиологик кўчиши арафасида эстрадиол ва прогестерон нисбати оптимал миқдорга етиб, утеромотор таъсирли моддаларга жавобли реакцияни юқори даражасини ва ўз-узини кўзғатиш автоматизмини таъминлайди. Бунда бачадоннинг қисқариш ва бўшашиш бўғинларини биргаликдаги таъсирига етилади. Ҳайздан олдинги стероидларнинг нисбати ўзгариши хужайралар мембранасини ўтказувчанлигини ошишига олиб келади; саркоплазматик тўрдан кальций ионларини чиқишига; ферментлар синтезини фаоллашишига (аденилатциклаза, простагландинсинтетаза, циклооксигеназа, фосфодиэстераза, протеинкиназалар ва бошқалар); озод ёғ кислоталарни окисланиш тезлигини ўзгаришига; окситоцинни, вазопрессинни, брадикининни, аргининни, релаксинни ва без эпителийсида вамиометрийда биоген аминларни ташланишини кучайишига олиб келади. Бу жараёнлар эйкозаноид-тўқимали гормонларни пайдо бўлиши ва ташланишини кучайтиради. Эйкозаноидлардан ҳизирги замонда 3 гуруҳли моддалар ўрганилди: тромбоксанлар ва простациклинлар, лейкотриенлар ва простагландинлар.

Тромбоксанлар (Тх) ва простациклинлар ўзаро мувозанатли антагонизмда туради, қонни ивиши ва суюлишини назорат қилади. Бундан ташқари, тромбоксан-А кучли контрактил хусусиятга эга.

Лейкотриенлар (L) маҳалий яллиғланиш ўзгаришларни ривожланишида асосий роль ўйнадилар. Улар анафилаксияни секин таъсир кўрсатадиган субстанцияни компонентилиги исботланган, ёки бир хилдаги яшаш шароитни ўзгаришида хужайраларни сезувчанлигини ошиши, масалан эндометрийни менструал тарк этилиши соҳасида. Простагландинлар (ПГ E1, E2, F2 α , D2) тўқимали гормонларнинг универсал хусусиятларига эга. Чунки силлиқ мускулатурага кучли таъсири ва қон томирларни қисилиши ва кенгайиши жараёнларини бошқариши билан биргаликда, нейроэндокрин тизимининг турли бўлимларига

импульслар ўтказиш воситачиси вазифасини ҳам бажаради. Эйкозаноидлар, окситоцин, вазопрессин ва биоген аминларнинг адекват ташламасига хужайралар ва нейронларнинг синхрон жавоби кальций ионлари мавжудлигида миометрийни силлиқ мушакли хужайраларини ва субэпителиал қатламининг миофибриллаларини қисқарилиши кетма-кетлигига, радиал ва базал артерияларни қисилишига, спиралсимон артерияларни буралиши ва тромбозига, эндометрийни функционал каватининг аргирофил толаларини эришини қўзғатиб эндометриал строманинг тизимлик бутунлигини бузилишига олиб келади. Бу жараёнлар натижасида миометрийнинг ишемияси ва гипоксияси ривожланади, эндометрий кўчишни бошлайди. Миоетрийни ва эндометрийнинг базал кавати ишемияси кучи ва давомийлиги назорати аноксик сигнални паст остонали билан бирга юқори остонали тўқимали озод нерв охирлари сифатидаги оғриқ рецепторларидан амалга оширилади. Оғриқ рецепторлари ноцицепторлар деб аталган, чунки улар бузувчи таъсирга жавоб беради. Механорецепторлар хужайрали мембраналарни механик силжишларга жавоб кўрсатади, терморелепторлар - температура шароити ўзгаришларига, хеморецепторларнинг кўзғалиши эса кислородни олиб кўядиган ва хужайрадаги окисланиш жараёнларни бузувчи кимёвий моддалар орқали амалга оширилади. Ноцицепторлардаги оғриқ ҳиссиётининг кучи ва келиб чиқиши у ёки бу алгоген моддаларни озод бўлишини фаоллашиши орқали амалга оширилади. Механик ститмулни таъсири остида кўпинча серотонин ажратилади, ҳароратни ошиши кининлар ёки гистаминни ташланишини фаоллаштиради, кимёвий кўзгатувчилар эса простогландинларни ажратилишига олиб келади. Серотонин электрон –донорли аминларга таалуқли. Аденилатциклазани ва окисланиш фосфорланиш жараёнларни фаоллаштириб, серотонин хужайраларга эстрогенларга ўхшаш таъсир кўрсатади ва шу билан миофибриллаларни толиқишини ечади, уларнинг нормал функциясини тиклайди, қисқаришларни синхронлайди, нейромедиаторларнинг

таъсирига рецепторларни сезувчанлигини таъминлайди. Гистаминни ажралиши физиологик функцияларни бошқаришдаги гуморал омилларни ишга тушишига олиб келади. Кининлар ҳам гуморал тизимнинг бўғинлардан бири ҳисобланади. Бундан ташқари улар тўқимали нафас жараёнларини ва қон айланишни фаоллашишини таъминлайдилар. Аfferентли импульсация, қорин ости ва чанок толалар таркибида умртка поҳонасидаги миянинг орқа шоҳлари орасидан ва узунчоқ миянинг орқа устунидан ўтиб, марказий нерв тизими бўйича кўп йўллар орқали оғриқ марказларига тарқалади. Оғриқнинг асосий маркази бўлиб гипоталамуснинг нейронлари, таламуснинг орқа ва венстромедиал ядролари, лимбик тизимнинг, ретикуляр формациянинг ва пўстлоқнинг юқорида жойлашган соҳадаги нейронлари ҳисобланади. Гипоталамус нейронларининг фаоллашиши вегетатив, аксарият симпатик, ретикуляр формацияси ва лимбик тизими эса – оғриқ реакциясининг эмоционал – ҳулқли компонентини шакллантиради. Пўстлоқнинг фронтал ва ёнбош соҳалари нейронларига импульслар проекцияси оғриқдан ҳолис бўлиш мотивациясини ва хотира жараёнларни фаоллашишини- оғриқдан қутулиш тажрибасини таъминлайди. Марказий функционал тизимлар конкрет вазиятга таалуқли ҳолда синергизм принципига асосланган ҳолда ҳаракат қилишади. Шундай қилиб, асабга тегадиган оғриқли ҳайзни пайдо бўлишини сабаби бўлиб эндометрийни ажралишига йўлдош бўлиб оғриқни шаклланиши ва аfferентацияси жараёнларининг бузилиши ҳисобланади.

Функционал дисменореяни асосий атрибути жинсий аъзолардаги органик патология йўқлиги ҳисобланади.

Дисменореяни патогенезида асосий аҳамият эйкозаноидларнингсинтези ва алмашинувининг туғма ёки орттирилган бузилишига берилади. Кучли ҳосил бўлиш ёки сусайган деградацияси натижасида тўпланган простогландинлар ва тромбоксанлар миометрийнинг қисқаришлари бузилишига, бачадоннинг спастик қисқаришларига олиб келади. Бу шароитда миофибрилаларни ва

эндотелийни мушак хужайраларни биологик фаол моддалар ва кальций ионлари билан ҳаддан ташқари тўйиниши юзага келади. Бунда миометрийни турғун дистонияси ривожланади, у эса бачадондаги қон айланишни бузилишини, бачадон ишемиясини кетма-кетлиги таъминлайди ва оғриқни турғунлигини шакллантиради. Простагландинлар гиперпродукцияси миянинг интракраниал қон томирларини дискоординациялашган қисқаришлари ва экстракраниал томирларини кенгайтиши ҳисобига мигрен хуружларини пайдо бўлишига олиб келади. Кўп тадқиқотчилар импульсларни ноцицепция марказларига йўллайдиган спинал интернейронларнинг дисфункциясига ва шунингдек антиноцицепция тизимини тормозли таъсири сусайганлиги ҳисобидан ва оғриқни қабул қилиш оstonаси пасайишига катта аҳамият беришади. Шунга ўхшаш пасайиш 40-50% беморларда генетик келиб чиққан. Айнан шу орқали, дисменореяни оилавий шакллари мавжудлиги тушунтирилади. Шу билан бирга оғриққа қарши тизим фаоллигини пасайиши оғриқли синдромни тез-тез такрорланиши ва давомийлигидан келиб чиққан ҳолда бўлганлиги аниқланган. Шу тизимни етишмовчилиги ёки ноадекват ҳизмат қилиши, оғриқдан ташқари норадреналин акцепторлари ёрдамида юқорига ва пастга йўлланган информация берилиши орқали, ёки тескариси серотонинни кучайган утилизацияси орқали қатор нейро- вегетатив ва психосоматик симптомлар пайдо бўлишига олиб келади. Ҳозирги вақтда дисменореяни келиб чиқишининг гормонал назарияси муҳокама қилинмоқда, унга кўра дисменорея прогестеронни етарли миқдорда эмаслиги эстрогенларни кучли таъсири орқали тушунтирилмоқда. Ушбу патологияни асосий сабабларидан кўп миқдордаги ноҳуш омилларни антенатал, болалик ва ўсмирлик даврлардаги таъсирларда исботини кўрсатмоқдалар [36,38,40]. Япониялик олимлар ҳам қизлардаги тана вазни етишмовчилик оғриқли ҳайзларга сабаб бўлишини тасдиқламоқдалар [39]. Ўсмир қизлардаги оғриқли ҳайзни (ювенил дисменорея) ривожланишига олиб келган турли ноҳуш омиллари аниқланишига қарамасдан

тадқиқотчилар ўзаро келиша олмаяптилар, чунки карама-қарши натижаларни ҳисобга олган ҳолда бирламчи дисменореяни ривожланишига олиб келган атроф муҳитнинг омиллари билан биргаликда генетик омилларни ўрганилиши тадқиқотларни давом этилиши зарур [37].

Клиник белгилари ва симптомлари

Дисменореяни асосий клиник намоёндаси ҳайз вақтидамунтазам такрорланадиган қорин пастадаги оғриқлар. Дисменореяни адренергик турида катехоламинларни марказий ва периферик таъсири усутунлик қилади. Ферментлар фаоллиги ўзгаришлари натижасида озод катехоламинларнинг қондаги миқдори ошади, у эса норадреналинни ишлаб чиқиши ва тўпланишини бузилишига олиб келади. Қизлар мигренга ўхшаш кучли бош оғриққа, кўнгил айнишга, жўнжикиб тана ҳарорати ошишига ёки ички қалтирашга, терлашга, бўйинда “қон томирли маржон” кўринишидаги қизил доғлар пайдо бўлишига, юрак соҳасидаги оғриққа ва юрак уришига, умумий қувватсизликка, ичакдаги оғриқларга, ич қотишга ва сийши тезлашишига шикоят қиладилар. Тери ранги оқариши ва акроцианоз аниқланади, кўз қорачиғи кенгайиши, симпатоадренал низо бўлиши мумкин. Кўпинча ўйқуни бузилиши уйқусизликкача кузатилади. Кайфиятни бузилиши ички таранглик ва безовтачилик билан биргаликда бўлиши хусусиятига эга, ишончсизлик, ваҳима босиши, пессимизм токи депрессия ривожланиши билан биргаликда кечиши мумкин.

Ҳайз оғриғига парасимпатик турдаги жавоб кузатилганда дисменореяни бошқа клиник манзараси ёзилади. Шунга ўхшаш реакцияни нейрофизиологлар ноцицепция марказларидаги умуртқа поғонали суқлик ва периферик қондаги озод серотонин миқдорини ошиши пастга йўналган пўстлокнинг парасимпатик таъири кучайиши билан боғлайдилар. Оғриқ хуружи пайтида қизларда кўпинча кўсиш ва сулак оқиши кучайганлиги, юрак уришини камайиши, совуқ қотиш ва тери оқимтирлиги, буғилиш ҳисси, айниқса, ҳаво дим ҳоналарда талваса ва хушдан кетишлар,

кузатилади. Беморлар ҳайз кўришдан олдин тана вазнини сезиларли даражада кўтарилишига, юзалри ва оёқлари шишига, қичишиш ва аллергик реакциялар бўлишига, қорин шишига ва ич кетишига шикоят қиладилар. Тана ҳароратини ва қон босимининг пасайиши, меҳнат қобилятини пасайиши аниқланади. Уйқучанлик, кўз қорачиғларни торайиши, пассив-химоявий ҳулқ-атворли реакцияларни пайдо бўлиши кузатилади.

Психопатик шахсият эгаларидаги астенизациялашган қизларда ҳайз кўриш камдан-кам, лекин жуда оғир кечади. Нейровегетатив намоёндалари истерик реакцияларни эслатади. Дисменореянинг кучли ва толиқтирадиган дисменореяни ҳуружи вақтида кучайиб борадиган хансираш ва аэрофагия, буғилиш ҳуружлари (бўйинда тиқилиш ҳисси), қувватсизлик, тана ҳароратини пасайиши, қон босимининг ўзгарилиши, кучли толиқиш, юрак соҳасидаги ва бошдаги оғриқлар вегетатив дистониянинг гипервентиляциян синдроми деб номланган ҳолат кўриниши ҳисобланади. Асаб тизимининг астенизацияси ипохондрия, тез ҳафа бўлиши ва йиғлоқилик, асабийлашиш ва агрессивлик босилиш ва апатияга, безовталаниш ва кўрқув ҳиссига, уйқу бузилишига, илликлик, товушли, ҳид ва мазза сезиш қўзғатувчмларни кўтара олмаслик орқали ифодаланади. Бундай бузилишлари негизида эндоген опиод пептидларнинг синтезини ва сезувчанлигини туғма ёки ортирилган бузилишлар ётади. Юқорида келтирилган омиллардан ташқари дисменореяни келиб чиқишида минерал гомеостаз тизимидаги бузилишлар аниқ аҳамиятга эга, айниқса, кальций ва магнийни.

Бирламчи дисменорея одатда ёш қизларда менархедан 1,5 – 2 йилдан сўнг пайдо бўлади, яъни вақт бўйича овулятор цикларнинг ўрнатилиши билан биргаликда кечади. Учратилиши 30% га яқин. Оғриқ циклнинг биринчи куни ёки ҳайз келигидан бир неча соат олдин бошланади, дардсимон хусусиятга эга, қорин пастида жойлашади, баъзида бел соҳасига ёки соннинг ички юзасига иррадиациялашган бўлади. Одатда бирламчи дисменорея билан астеник тана тузилишига эга тана вазни

камайган, тез асабийлашадиган, эмоционал-лабил, хушидан кетишга мойиллиги бор қизларда кузатилади. Оғриқли ҳайз қизларда кўпинча ҳайз циклини турли бузилишлари ва ҳайз олди синдроми билан биргаликда кечади. Симптомлар бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин, ҳайзнинг бошида, ўртасида ёки охирида кучайиб бориши мумкин. Кўпчилик дисменореяли қизларда бириктирувчи тўқиманинг патологиясининг кўп белгилари мавжуд:

- вегето – қон томир дистония;
- митрал клапаннинг идеопатик пролапси;
- ўт чиқиш йўллари дискинезияси;
- миопия;
- умуртқа поғонасини сколиоз, лордоз, кифоз турида қийшаиши ёки уларнинг бирикмаси;
- ясситовонлик;
- бўйи узунлик;
- астеник тана тузилиши;
- мушакларнинг суст ривожланиши;
- кўкрак қафаси деформацияси;
- арахнодактилия;
- бўғинларнинг гипермобиллиги

Илмий тадқиқотларнинг натижалари шуни кўрсатди-ки, дисменореяли қизларнинг 30% турли даражадаги миопия, ошқозош ва ичакларнинг пасайиши, буйрак ротацияси, чов, киндик ва диафрагмал чурралар, веналарнинг варикоз кенгайишлари ва бошқа бириктирувчи тўқиманинг висцерал патологияси билан ҳасталанган.

Дисменореяли қизларнинг 60% да бириктирувчи тўқиманинг туғма дисплазиясининг тез-тез учрайдиган шаклларидан – митрал клапаннинг идиопатик пролапси (Энгла-Барлоу синдроми, мезосистолик шовқин ва кечки систолик шовқин синдроми, карсакчолувчи клапан синдроми).

Хужайра ичи магнийнинг туғма ёки орттирилган узок муддатли етишмовчилиги катта аҳамиятга эга. Қонда магний миқдори камайганда хужайраларга кальций ва натрийни оқими кўпаяди, тўқималардаги калий миқдори эса камаяди. Юқорида кўрсатилган механизмлардан келиб чиқиб симпатикоадренал тизимнинг хаддан ташқари фаоллашиши қон оқимида катта миқдордаги катехоламинларнинг (адреналин ва норадреналин) ташланишини кўзгатади, бу стрессни кучайишига, бачадон қон томирларининг гипертонусига ва унинг оғриқли қисқаришларига олиб келади. Улар шикоят қилятган юрак соҳасидаги санчикли, тортишли оғриқлар иррадиация ва аритмиясиз, асабийлашиш, тунги уйқуни бузилиши, вегетатив тангликлар, ваҳима босиш, толиқиш, тер чиқишни бузилиши, сабабсиз ҳушдан кетишлар, куннинг биринчи ярмида кескин ўриндан турганда тез-тез бош айланишлар, оёқлардаги қон томирларни ўзгариши аввал вегетатив асаб тизимининг бузилишлари деб тан олинар эди, ҳозирги вақтда бу ҳолат хужайра ичи магний етишмовчилиги билан тушунтирилмоқда. Илмий тадқиқотларнинг оҳирги олинган натижаларига кўра дисменореяга чалинган 80% қизларнинг қонида магний етишмовчилиги, сийдигида оксипролин моддаси ошгани аниқланган, бу эса гормонлар метаболизмини бузилишига ва натижада унинг етишмовчилигига ёки кўпайиб кетишига сабаб бўлади (гиперэстрогенемия, гипопрогестеронемия) ва шундан келиб чиққан ҳолда турли симптоматика намоён бўлади. Бундан ташқари магний етишмовчилиги бириктирувчи тўқиманинг дисплазиясига олиб келиши ҳозирги замонда тақмин қилинмоқда.

Ташҳис ва тавсия этиладиган клиник текширувлар

Дисменорея ташҳиси комплексли текширувлар натижаларига асосланган ҳолда, ҳайз билан боғлиқ бўлмаган қорин пастидаги оғриқлардан холис ҳолда қўйилиши мумкин.

Текширув қуйидагиларни ўз ичига олади:

- касаллик хусусиятларини клиник- анамнестик тахлили–оғриқларни пайдо бўлишини, уларни давомийлигини, ҳайз циклига боғлиқлигини аниқлашга ёрдам беради (одатда улар ҳайзнинг биринчи 3 кунда, камдан-кам оғриқ кутиляётган ҳайздан 1- 2 кун олдин бошланади);

- ностероид яллиғланишга қарши препаратлар билан диагностик синамаси – оғриқлар дори воситасини истеъмол қилинишидан сўнг йўқолиши, турғун мусбат самарада бирламчи дисменореяни эйказонидларнинг ҳаддан ташқари ишлаб чиқарилишига боғлиқдир;

- мижознинг вегетатив ҳолатини ва рухий-эмоционал хусусиятини ўрганиш – мижознинг вегетатив статусини баҳолаш зарур: симпатик, парасимпатик, аралаш, бу эса ўз навбатида қизларнинг оғриққа турлича жавоб бўлишини аниқлайди;

- гинекологик текширув, бактериологик текширув учун материални олиниши билан ўтказилиши – бўлиши мумкин бўлган кичик чаноқ бўшлиғидаги сурункали яллиғланиш жараёнларни сабаблари бўлмиш инфекцион омилни ва шунга таалукли иккиламчи дисменореяни вариантларидан бирини инкор этишга имқон беради;

- микроэлементлар миқдорини аниқлаш мақсадида қоннинг клиник ва биохимик тахлили – бириктирувчи тўқиманинг туғма дисплазиясининг ажралмас критерийси магний етишмовчилигини аниқлашга ёрдам беради. Айти бириктирувчи тўқиманинг дисплазияси жинсий аппаратнинг сифатсизлиги билан бирга кечади, бачадоннинг ортиқча олдиға ёки орқаға энгайиши, эгарсимон ёки икки шоҳли бачадон, ва шунингдек «пардали» дисменорея билан намоён бўлади, бунда бачадон эндометрийсини функционал қавати катта қисмлар ёки бутунлигича ажралади. Бу ҳолатларда эндо – ва миометрий узоқ муддат простогландинлар синтезини ишлаб чиқариш хусусиятини сақлаб туриб кучли оғриқ ҳиссиётини ушлаб туради;

- гормонал текширув (ҳайз циклининг II фазасида қон зардобидаги эстрадиол ва прогестерон нисбатини аниқлаш);

- ҳайз циклининг I ва II фазаларида кичик чаноқ аъзоларининг УТТ;
- Реоэнцефалография, ЭЭГ;
- ЭКГ, ЭхоКГ.

Лапароскопия ва гистероскопия кўрсатмага оид тарзда стационар шароитида ўтказилиши керак (ички ва ташқи эндометриозга, эндометрий полипига, бачадон ичи синехияларига гумон бўлса; кичик чаноқ аъзолари ҳолатини аниқлаш учун, анамнезида узоқ давом этган кичик чаноқ аъзоларни яллиғланиши бўлса).

Таққослама ташҳис

Дисменореяни қуйидаги касалликлар билан таққослаш зарур:

- Ўткир аппендицит;
- Киста оёқчасини буралиб қолиши;
- Тухумдон апоплексияси яичника;
- Йўғон ичак патологиясида.

Ўткир аппендицитга қуйидагилар хос:

- Ҳайз циклига боғлиқлик йўқлиги;
- Оғрикли синдромни секин-аста кучайиши;
- Баъзида тана ҳароратини кўтарилиши;
- Лейкоцитоз;
- Ректоабдоминал текширувда бачадон пайпаслаганда оғримаслиги.

Апоплексия ва тухумдон кистаси оёқчасини буралиб қолишига қуйидаги белгилар хос:

- Жисмоний зўриқишдаги ёки жинсий алоқа пайтидаги кучли оғриқлар;
- Қорин пардасини кўзғалиш симптомлари;
- Кўнгил айниш, қайт қилиш;
- Кўпинча ортостатик коллапс;
- Тана ҳароратини ошиши;
- Қоннинг клиник таҳлилида - лейкоцитоз, юқори СОЭ.

Клиник тавсиялар

Дисменорея билан хасталанган беморларни олиб боришда оғриқли хайз ниқоби остида ўтадиган касалликларни аниқлаш учун ўтказиладиган диагностик усуллар клиник аҳамият касб этади. Ушбу усуллар орасида биринчи бўлиб антипростагландинли таъсир кўрсатадиган ностероид яллиғланишга қарши препаратлар НЯҚП ёки (НПВП) билан ўтказиладиган синамани ажратиш зарур. Синама учун шу гурухли препаратлардан нимесилни ишлатиш мақсадга мувофиқ. Нимесил-циклооксигеназа 2-ни селектив ингибитори ҳисобланади. Циклооксигеназалар (ЦОГ) простагландинларни ва тромбоксанларни арахидон кислотасидан ҳосил бўлишидаги занжирда асосий ферментлар бўлади.

Нимесил кучли антипростагландинли таъсирга эга, ножўя реакциялари камроқ, ошқозон ичак тракти томонидан яхши ўзлашади, гипоаллерген. Нимесил билан ўтказиладиган синаманинг қоидалари:

Мижозга оғриқ ҳиссиётини нимесилни 5 кундан бери истеъмол қилиниши фонида 4-баллик тизим бўйича баҳолаш таклиф қилинади унда:

0 балл- оғриқ йўқлиги, 3 балл эса – оғриқни энг кучли бўлиши. Оғриқ кучи жадвалидаги биринчи кўрсаткичлар кучли даражада асабга тегадиган, лекин чидаса бўладиган оғриқ ҳиссиёти бўлганда белгиланди ва 3 баллга максимал яқинлашган ҳисобланади. Оғриқни ўзгариш динамикаси синамани биринчи кунда битта 100 мг ли дозани қабул қилгандан кейин 30, 60, 120 ва 180 дақиқа ўткандан сўнг, кейин эса навбатдаги таблеткани қабул қилишдан олдин ҳар 3 соатда ўйқуга кетгунча белгиланади. Кейинги 4 кун мобайнида беморга препаратни 1 таблеткадан кунига 3 маҳал берилади, овқат еиш маҳалидан қатъий назар, оғриқ кучлилигини бир маротаба эрталаб баҳолаш билан бирга. Препаратни оҳриқсизлантирувчи самарасини синмани 6 кунда ўтказилиши мақсадга мувофиқдир. Ушбу синамани ўтказилиши кейинги текширувларни амалга оширилишида энг рационал йўлларни танлашга имконият яратади.

Оғриқни тез пасайиши ва дисменорея билан бирга кечадиган ҳолатларни препаратни ичгандан 3 соат ўтгач ва унинг мусбат самараси кейинги кунларда сақланса, демак бу идиопатик простагландинемияли беморларга таалуклидир. Синаманинг шунга ўхшаш натижаларни олиш беморларни текшириш доираси ЭЭГнинг таҳлили, шахсни руҳий ва эмоционал аниқлаш ва қон плазмасини электролитли таркибини аниқлаш билан чегараланади.

Оғриқлар сақланиб, ёки баъзи ҳолларда НПВПни қабул қилини давом этишига қарамай ҳайзнинг кўп келишининг 2-3 кунлари кучайиши, ва синаманинг 5 кунда оғриқ бир-оз пасайиши мижоздаги гениталийда эндометриози борлигига аниқлик киритади.

Биринчи таблеткани ичгандан сўнг, қиз бола оғриқ камайишини қонуниятли тарзда кўрсатса ва синамани кейинчалик давом этилишида оғриқлар сақланса, буюдай ҳолларда у қизда гениталийдаги сурункали яллиғланиш борлиги тахмин қилиш мумкин.

НВПВ ни ишлатягганда оғриқсизлантириш таъсири бўлмаси, шу жумладан биринчи таблеткани ичганда ҳам, унда антиноцицептив тизимининг марказий компонентларнинг етишмовчилиги ёки ҳолдан тойишини тахмин қилиниши мумкин. Бундай ҳолат гениталий нуқсонларида, ҳайз қони оқишининг бузилишида, ва шунингдек сурункали психосоматик бузилишлари бор қизларда кузатилади.

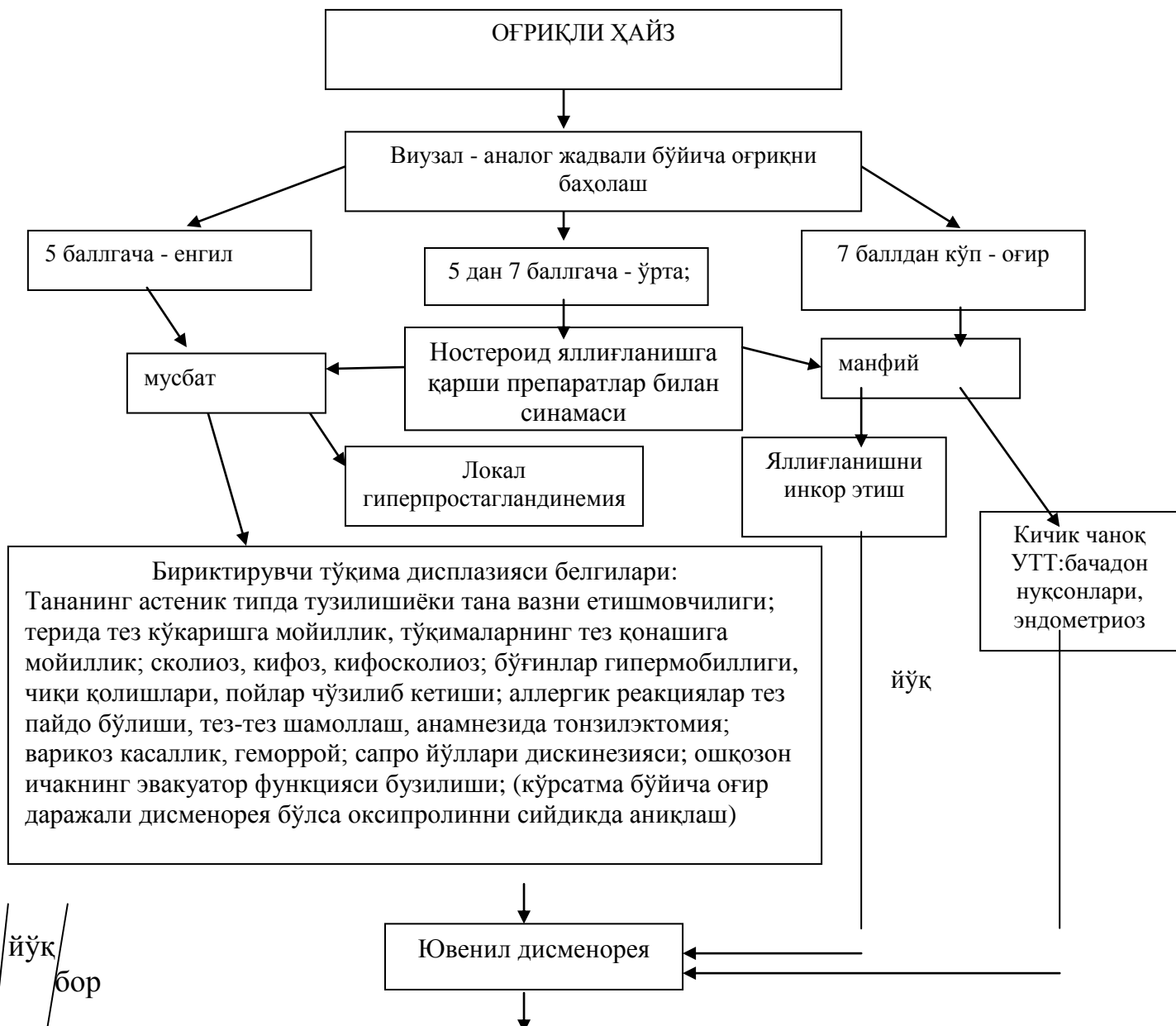
Гениталийлар томонидан органик патология инкор этилганда НПВПни камроқ муддатда ишлатиш мумкин. Препаратни ҳайздан 2 кун аввал ва ҳайзнинг биринчи кунда ишлатилиши мақсадга мувофиқдир. Ундан ҳам олдин НПВП ни ишлатилиши мумкин эмас, чунки улар лютеолитик ва антиагрегат таъсирга эга, бу билан лютеин фазасини қисқаришига ва ҳайз қони кўпайишига олиб келади.

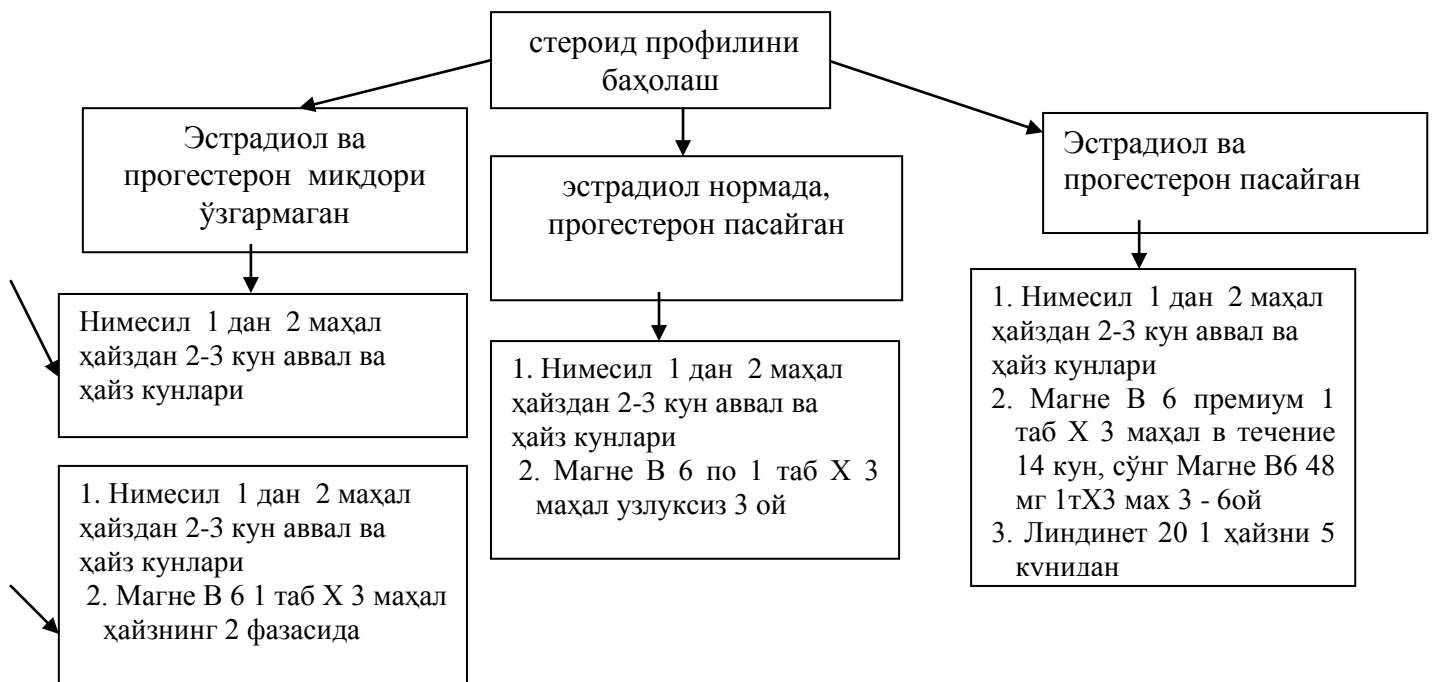
Давонинг асосий вазифалари:

- Оғриқ синдроми кучини йўқотиш;

- Вегетативной нерв тизими ҳолатини ва мижознинг рухий-эмоционал ҳолатини яхшилаш;
- Дисменореяни асосий органик сабабларини йўқотиш ёки енгиллаштириш (ички генитал эндометриозни, кичик чанок аъзоларининг ўткир ва сурункали яллиғланиш жараёнларни).
- Ҳайз циклини нормаллаштириш (мунтазамлиги ёки лютеин фазаси етишмовчилиги).

Ювенил дисменореядаги асосий даволаш касалликнинг оғирлик даражасига ва бириктирувчи тўқиманинг дисплазияси белгилари мавжудлигига боғлиқдир.





Расм 5.2 Ювенил дисменореяни даволаш алгоритми

Қизлардаги бирламчи дисменореяда альтернатив терапия

(оғирлик даражасидан қатъий назар) ўз ичига: лейкотриен рецепторларининг антагонистлари:

Зафирлукаст 20мг суткада 2 маҳал ичилади, тахминий ҳайз бўладиган кундан 2-3 сутка олдин ва 1-2 сут унинг пайтида, 6 - 12 ой мобайнида ёки

Монтелукаст 10мг сут/1маҳал ичилади, тахминий ҳайз бўладиган кундан 2-3 сутка олдин ва 1-2 сут унинг пайтида, 6 - 12 ой мобайнида. Ҳозирги вақтда дисменореяни йўқотиш мақсадида гесттаенлар қўланилмоқда, биринчи навбатда дюфастон препарати. У яхши абсорбцияланади, ичилгандан сўнг унинг қондаги максимал концентрацияси 0,5-2,5 соатда пайдо бўлади. Дюфастон дисменореяни даволашда ҳайзи номунтазам бўлган қизларда ва шунингдек ҳайз орасидаги суркалувчи қонли ажралмалари бор қизларда прогестерон миқдори ҳайз циклининг нормал эстрогенга тўйинган лютеин фазаси паст бўлганда тавсия этилади. Дюфастонни қўлланилиши, одатда ҳайз циклининг 5 кунидан то 25 кунигача суткали доза 20 мг да қабул қилинади. Ҳайз циклининг иккинчи фазасида 10-12 кун давомида ишлатилиши ҳам мумкин. Даволаниш муддати 3 ойдан 12 ойгача.

Енгил даражали дисменореяда вегетатив нерв системасининг аралаш ва парасимпатик варианты устунлигида гормонал статусидаги ўзгаришлар бўлса:

Диклофенак калий биринчи симптомлари пайдо бўлиши билан 0,5-2 мг/кг/сут ичилади, 1-3 қабулда, доза индивидуал танланади, ҳайз кунларидаги оғриқ кучига таалуқли холда ёки;

Диклофенак натрий биринчи симптомлари пайдо бўлиши билан 0,5-2 мг/кг/сут ичилади, 1-2 қабулда, ёки тўғри ичакка 25 – 50 мг 1-2 маҳал /сут, доза индивидуал танланади, ҳайз кунларидаги оғриқ кучига таалуқли холда ёки;

Нимесулид 100мг 3 маҳал/сут ичилади, тахминий ҳайз бўлишидан 2-3 сутка олдин ва бошлангандан сўнг 1-2 сут давом этилади, 6- 12 цикл мобайнида ўтказилади.

Белладонна алкалоидлари / фенобарбитал / эрготамин 1 табл. 3 маҳал /сут ичилади, терапияни давомийлиги индивидуал белгиланади;

Жен-шен экстракти 15 – 30 томчидан 2 маҳал /сут ичилади, 2- 3 ой ёки

Лимонник меваларидан, настойка, 15 – 30 томчидан 2 маҳал/сут, 2- 3 ой ёки

Пирацетам 400 – 800 мг/сут ичилади, 1,5 - 2 ой давомида (хотираси, диққат-эътибори сусайганлигига, эмоционал лабиллигига шикоят қилганда) ёки Элеутерококк илдизлари, экстракт, 15 – 30 томчидан 2 маҳал /сут, 2- 3 ой.

Мастодиния ва масталгия ҳолатларида:

Мастодинон- комбинациялашган гомеопатик ўсимлик препарати допаминергик таъсирига эга 30 томчидан ёки 1 табл. 2 маҳал/сут, 3 ойдан кам бўлмаслиги керак, узлуксиз қўлланади ҳайз пайтида танаффус (одатда 6 ҳафтада аҳволи яхшиланади). Тез-тез боши айланадиган, асабийлашган миждозларга гомеопатик дори воситалари қўлланилиши мумкин.

Ўрта оғирли дисменореяда ва вегетатив нерв системасини

симпатик тонуси устунлигида лютеин фазани етишмовчилиги ва ановуляцияда:

Дидрогестерон ичгани 10 мг 2 маҳал/сут ҳайз циклининг 5- чи кунидан 25- кунигача (ички эндометриознинг фонидаги дисменореяда) ёки ҳайз циклининг 16– кунидан 25- кунигача (лютеин фазаси етишмовчилигида, шу жумладан идиопатик гиперпролактинемия фонида), 6-9 ой ёки;

Прогестерон қинга 200мг/сут, 6-9 ой (ошқозон ичак трактининг кучли бузилишларида, сапро чиқиш йўллариининг компенсациялашмаган дискинезиясида)

Винпоцетин ичгани 2,5мг 2 маҳал/сут, 3-4 ой курслар орасидаги 2 ойлик танаффус билан (йилига 2-та курс).

Карбамазепин ичгани 100-200мг 2 маҳал/сут, 1-2 ой (ЭЭГда пароксизмал фаоллиги бўлса) ёки Фенитоин ичгани ½ - 1табл. (0,117г) 1-2 маҳал/сут, 1-2 ой. (ЭЭГда пароксизмал фаоллиги бўлса)

Оғир дисменореяда ва вегетатив нерв системасини тонуси парасимпатик йўналишда бўлса:

Этинилэстрадиол / гестоден ичгани 20мкг/ 75 мкг 1 маҳал /сут ҳайз циклининг 1- кунидан 21-кунигача, 6-12 ой ёки

Этинилэстрадиол / дезогестрел ичгани 20мкг/ 150 мкг 1 маҳал /сут ҳайз циклининг 1- кунидан 21-кунигача, 6-12 ой ёки

Аскорбин кислотаси ичгани 1г /сут ҳайз циклининг 16-кунидан 1 кунигача, 2-3 ой

Витамин Е ичгани 400мг/сут ҳайз циклининг 18-кунидан ҳайзнинг 3 кунигача, 2-3 ой

Магния лактат / Пиридоксина гидрохлорид ичгани 1-2 табл 3 маҳал/сут, 2-3ой 1-2 ойлик танаффуслар билан (йилига 3-4 курс). 2 табл 3 маҳал/сут магний етишмовчилигида бунда, қон зардобидаги магний миқдори мунтазам аниқланиб туриши керак.

Даволаш самарадорлигини баҳолаш

Агар олдига кўйилган мақсадга етса даволаш самарали деб ҳисобланади.

Даволашнинг асоратлари ва ножўя таъсирлари

Узоқ муддатли асоссиз циклооксигеназаларнинг носелектив ингибиторлари ишлатилса ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг яраси ривожланиши мумкин, узоқ вақт аралаш орал контрацептивларни қўллаш эса тухумдонларнинг гипертормозланишига олиб келиши эҳтимоли бор, ва шунингдек тана вазни ошиши кузатилиши мумкин (айниқса углеводлар алмашинуви бузилишлари бор қизларда).

Ҳатолар ва асосланмаган дори воситаларни қўллаш

- Марказий таъсирга эга аналгетикларни гиперпростагландинемиядан келиб чиққан бирламчи аменореяли қизларда ишлатилиши мақсадга номувофиқ.

- Циклооксигеназани носелектив ингибиторларнинг яхши оғриқсизлантирувчи таъсири бўлса, даволаш мақсадида гормонал дори воситаларини қўллашда эҳтиёж қолмайди.

Оқибати

Дисменореяни сабаби аниқланганда ва ўз вақтида ўзгаришлар аниқланиши билан даволашни бошласа кейинчалик репродуктив функция сақланишидаги оқибати яхши бўлиши мумкин.

МАВЗУ БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Сурункали сальпингитда дисменорея хайз цикли бузилишининг қайси типи билан бирга кечади?
 - A. менометроррагия
 - B. гиперполименорея
 - C. опсименорея
 - D. юирламчи аменорея
 - E. юқоридаги барчаси
2. Дисменореяда қайси восита қўланилмайди?
 - A. аспирин

- В. индометацин
 - С. диклофенек
 - Д. вольтарен
 - Е. викасол
3. Дисменореяни даволаш?
- А. оператив
 - В. гормонал
 - С. физиотерапевтик
 - Д. химиотерапия
 - Е. психотерапия
4. Дисменорея қайси касалликнинг эрта юзага келувчи симптомми хисобланади?
- А. Бачадон ривожланиш нуқсонлари
 - В. Жинсий органлар яллиғланиш касалликлари
 - С. Юрак қон-томир касалликлари
 - Д. Буйрак касалликлари
 - Е. Жигар касалликлари
5. Оғриқли хайз - бу симптоми ?
- А. альгодисменореянинг
 - В. жинсий органлар яллиғланиш касалликлари
 - С. тухумдон дисфункцияси
 - Д. эндометриоз
 - Е. юқоридаги барчаси
6. Альгодисменорея бу:
- А. бачадон ортиқлари касалликлари
 - В. жинсий органлар яллиғланиш касалликлари
 - С. бачадон ривожланиш нуқсони
 - Д. оз миқдорда хайз кўриш
 - Е. юқоридаги барчаси

7. Альгодисменореяни даволаш учун қўлланилади:

- A. ностероид яллиғланишга қарши воситалар
- B. антибиотиклар
- C. витаминлар
- D. умумий қувватловчи воситалар
- E. эстрогенлар

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала № 1

Бемор С. 16 ёш оғриқли хайзга, хайздан олдин холсизлик, кўнгил айнишга шикоят қилиб келди. Анамнездан: хайз 14 ёшдан, регуляр, охириги 4 ой давомида оғриқли хайз кузатилмоқда. УТТ текширувида бачадон нормал ўлчамларда, ортиқлари ўзгаришсиз.

Ташхис. Тактика.

Масала №2

Бемор Х. 15 ёш, хазнинг оғриқлилиги, хайздан олдин қов соҳасида оғриқ, кайфиятининг бузилиши, бош оғриғи ва кўнгил айнишига шикоят қилиб келди. Анамнездан: хайз 13 ёшдан, регуляр, охириги 7 ой давомида оғриқли хайз кузатилмоқда. УТТ текширувида бачадон нормал ўлчамларда, ортиқлари ўзгаришсиз.

Ташхис. Тактика.

3.3. ЮВЕНИЛ БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ

Пубертат даврда бачадондан қон кетиши (ювенил бачадондан қон кетиши) – ўсмир қизларда биринчи хайз бошланишидан 18 ёшгача бўлган даврда жинсий стероид гормонларни даврий равишда ишлаб чиқарилишини бузилиши ва эндометрий ажралишини бузилиши оқибатида юзага келадиган патологик қон кетишга айтилади.

Эпидемиология

Болалик ва ўсмирлик давридаги гинекологик касалликлар структураси ичида ювенил қон кетиши 10 дан 37,3%гача учрайди. Ўсмир қизларнинг гинекологга мурожатининг 50%дан кўпроғи пубертат даврдаги қон кетиш

билан боғлиқ. Пубертат даврдаги қиндан қонли ажралма келишининг 95% ювенил қон кетиш билан боғлиқ бўлади. Кўпинча бачадондан қон кетиши ўсмир қизларда менархедан дастлабки 3 йил мобайнида юз беради.

Профилактика

Пубертат даврда қон кетишини олдини олувчи исботланган маълумотлар йўқ. Касаллик ривожланишини олдини олиш мақсадида узок сақланиб турувчи ановулятор менструал цикли қизларни ажратиб олиш керак.

- Ҳайз кўриш 13 ёшдан кейин бўлган қизлар.
- Озиқланиши бузилган қизлар (нерв-, психик анорексия, булемия, кескин тана массасини камайиши)
- Кучли асаб зўриқишига учраган ёки бошидан кечирган ўсмир қизлар.
- Менархенинг дастлабки 1- йилида профессионал спорт билан шуғулланувчи қизлар.

Классификация

Пубертат даврдаги қон кетишни ягона бутунжахон классификацияси йўқ. Ўсмир қизларда ювенил қон кетиши ҳам, худди репродуктив даврдаги аёллар каби бачадондан қон кетишининг клиник хусусиятларига боғлиқ холда (полименорея, метроррагия ва менометроррагия) фарқланади.

- Меноррагия (гиперменорея) - ҳайз ритми сақланган холда, қонли ажралма келиши 7 кундан ортиқ давом этиши, йўқотилаётган қон ҳажми 80 мл дан ортиқ ва оз миқдорда қон ивиқлари бўлиши, ҳайз кунларида гиповолемик бузилишлар ва ўрта ёки оғир даражадаги камқонлик бўлиши хосдир.
- Полименорея — даврий, қисқарган (21 кундан кам) ҳайз цикли фонида бачадондан қон кетишидир.
- Метроррагия ва менометроррагия — маълум ритмга эга бўлмаган кўпинча олигоменорея оралиғидан кейин даврий равишда оз ёки ўрта даражадаги қон ажралиши фонида қон кетишининг кучайишидир.

Этиология

Пубертат даврда қон кетишининг асосий сабабларидан бири менархега яқин даврда (3 йилгача) репродуктив системанинг етилмаганлигидир). Бачадондан патологик қон кетаётган ўсмир қизларда тухумдон ва МНС нинг гипоталамо-гипофизар системаси ўртасидаги қайтар боғланиш жараёнида нуқсон бўлади. Уларда жинсий ривожланиш даврига хос бўлган эстрогенлар миқдорининг ортиши ФСГ секрециясини камайишига олиб келмайди, натижада бу бир вақтнинг ўзида бир нечта фолликулнинг етилишига олиб келади. Нормага нисбатан юқори миқдорда ФСГ синтезининг сақланиб туриши кўплаб ривожланаётган бўшлиқли фолликуллардан доминант фолликул ривожланишини тормозлаб туради. Овуляциянинг бўлмаслиги ва кейинчалик сариқ танадан прогестерон ишлаб чиқишининг бўлмаслиги натижасида, нишон органларга, шу жумладан эндометрийга доимий равишда эстроген таъсир этишига олиб келади. Проллиферацияланаётган эндометрий бачадон бўшлиғини тўлдирганда маълум сохаларда трофикани бузилиши оқибатида маҳаллий ажралиш ва қон кетиши юзага келади. Узоқ пролиферацияланган эндометрийда простагландинлар синтезини кучайиши оқибатида қон кетиши узоқ давом этади.

ДИАГНОСТИКА

Пубертат даврдаги бачадондан қон кетишни қуйидаги критериялари мавжуд.

- қиндан қонли ажралма келишининг давомийлиги 2 кундан кам ёки 7 кундан кўп ҳайз циклининг қисқариши (21-24 кундан кам) ёки узайиши (35 кундан кўп) фонида.

- йўқотилаётган қон миқдори 80 мл дан кўп ёки субъектив одатий ҳайздагига нисбатан кўплиги.

- ҳайз оралиғида ёки посткоитал қонли ажралмалар бўлиши.

- Эндометрий структурасида патологиянинг бўлиши.

- бачадондан қон кетганида ановулятор ҳайз цикли бўлганлиги

аниқланса (ҳайзнинг 21-25 кунда веноз қондаги миқдори 9,5 нмоль/л дан кам бўлиши, монофаз базал харорат, эхография бўйича преовулятор фолликулнинг бўлмаслиги).

Пубертат даврдаги қон кетишни қўйидаги касалликлар инкор қилингандан сўнг қўйилади.

- Ўз-ўзидан хомила тушиши (сексуал актив қизларда).

- Бачадон касалликлари (миома, эндометрий полипи, эндометритлар, артериовеноз анастомозлар, эндометриоз, бачадон ичи контрацептив воситаси мавждлиги, кам ҳолларда аденокарцинома ва бачадон саркомаси).

- Қин ва бачадон бўйни патологияси (травма, ёт жисм, неопластик жараёнлар, экзофит кондилломалар, полиплар, вагинитлар).

- Тухумдон касалликлари (тухумдон поликистози, тухумдоннинг барвақт етишмовчилиги, ўсма ва ўсмасимон ҳосилалар).

- Қон касалликлари [фон Виллебранд касаллиги ва бошқа гемостазнинг плазма омилларининг етишмовчилиги, Верльгоф касаллиги (идиопатик тромбоцитопеник пурпура), Глянцмана–Негели, Бернара–Сулье, Гоше тромбастенияси, лейкокемия, апластик анемия, темир танқислик камқонлик].

- Эндокрин касалликлар (гипотиреоз, гипертиреоз, Аддисон ёки Кушинг касаллиги, гиперпролактинемия, буйрак усти беши туғма гиперплазиясининг постпубертат шакли, бўш турк эгари синдроми, Тернер синдромининг мозайкасимон шакли).

- Тизимли касалликлар (жигар касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилиги, гиперспленизм).

- Ятроген сабаблар — нотўғри қўллаш оқибатида: аёллар жинсий стероид гормонлари тутувчи воситаларни нотўғри тавсия этиш ва қабул қилиш дозалари ва усулига амал қилмаслик, ностероид яллиғланишга қарши воситаларни, дезагрегантлар, антикоагулянтлар, психотроп дори воситалар, антиконвульсант ва варфарин, химиотерапияни узоқ вақт қабул

қилиш.

Анамнез и физикал текширув

- Анамнез йиғиш.

- Физикал текширувлар.

- ◇ жисмоний ва жинсий ривожланишини Таннер бўйича ёш кўрсаткичларига мослигини

- ◇ Вагиноскопия ва кўрув орқали қинда ёт тана, кондилома, қизил ясси темратки, қин ва бачадон бўйнидаги патология аниқланади. Қин шиллик қаватининг ҳолати, эстерогенга тўйинганлиги баҳоланади.

- Гиперэстрогения белгилари: қин шиллик қаватининг яққол бурмалилиги, қизлик пардасининг сувлилиги, бачадон бўйнининг цилиндриклиги, “қорачиқ симптоми”нинг мусбатлиги, қонли ажралмалар ичида шиллик изларининг кўплиги.

- Гипоэстрогения учун қин шиллик қаватининг оч- пушти рангда бўлиши, бурмаларининг суст намоён бўлиши, қизлик парда юпқа, бачадон бўйни субконус ёки конуссимон шаклда, қонли ажралмаларда шиллик йўқ бўлиши хосдир.

- Менструал календарни баҳолаш (меноциклограмма).

- Беморнинг рухиятининг хусусиятларини аниқлаш.

Лаборатор текширувлар

- Қон умумий тахлили: гемоглобин концентрацияси, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш пубертат даврда қон кетиётган барча беморларда ўтказилади..

- Қон биохимик текшируви: қондаги глюкоза, креатинин, билирубин, мочевина, зардобдаги темир, трансферрин концентрациясини аниқлаш.

- Гемостазиограмма (активлашган қисман тромбоцитин вақти, протромбин индекси, рекальцификациянинг актив вақти) ва қон кетиш вақтини баҳолаш қон ивиш системасидаги кўпол бузилишларни аниқлашга имқон беради.

- Жинсий актив қизларда қондаги хорионик гонадотропиннинг β -субъединицасини аниқлаш.

- Қондаги гормонлар концентрациясини текшириш: калқонсимон без функциясини аниқлаш учун ТТГ ва эркин Т4 текшириш, эстрадиола, тестостерон, дегидроэпиандростерона сульфат, ЛГ, ФСГ, инсулин, тухумдон поликистоз синдроми (ТПКС)ни инкор этиш учун С-пептидни; туғма буйрак усти бези гиперплазиясини инкор этиш учун 17-гидроксипрогестерон, тестостерон, дегидроэпиандростерон сульфат, кортизолнинг суткалик ритмини аниқлаш; гиперпролактинемияни инкор этиш учун пролактин миқдорини (3 мартадан кам эмас) аниқлаш; бачадондан қон кетишининг ановулятор характерлигини аниқлаш учун қон зардободаги прогестерон миқдорини ҳайзнинг 21-кунида (28-кунлик ҳайз циклида) ёки 25- куни (32- кунлик ҳайз циклида) аниқлаш.

- ТПКС ва ортиқча тана вазнда углеводларга толерантлик тести ҳамда (тана массаси индекси 25 кг/м² ва ундан юқори бўлиши) характерлидир.

Инструментал текширувлар

- Қин суртмасини микроскопияси (Грамм усули билан бўялган) ва хламидиоз, гонорея, микоплазмозни аниқлаш мақсадида қин деворларидан олинган қиринди материалнинг ПЦР анализи.

- Кичик чаноқ аъзоларининг УТТ си бачадон ўлчамлари, эндометрий ҳолатини, хомиладорликни инкор этиш, бачадон нуқсонлари (икки шохли бачадон, эгарсимон бачадон), бачадон танаси ва эндометрий патологияси (аденомиоз, бачадон миомаси, полип ёки гиперплазия, аденоматоз ва эндометрий раки, эндометрит, эндометрий рецептор етишмовчилиги ва бачадон ичи синехиялари) аниқлаш, тухумдон ўлчамлари, структураси ва хажмини баҳолаш, функционал кисталарни (фолликуляр, сариқ тана кистаси, сариқ тана кистаси) ва бачадон ортиқларидаги хажмли хосилаларни аниқлаш учун.

- Диагностик гистероскопия ва бачадон бўшлиғини тозалаш ўсмир қизларда деярли ўтказилмайди, фақатгина УТТ орқали эндометрий ва

бачадон бўйнида полип аниқланганда эндометрий ҳолатини баҳолаш учун ўтказилади.

Дифференциал диагностика

Ювенил бачадондан қон кетишининг қиёсий ташхислашнинг асосий мақсади, ушбу касалликнинг ривожланишига олиб келувчи асосий этиологик омилларни аниқлашдир. Қуйида пубертат даврда қон кетишини қиёслаш керак бўлган касалликлар келтирилган.

- Сексуал актив ўсмирларда хомиладорлик асоратлари. Биринчи навбатда тўхтатилган хомиладорлик, ёки абортдан кейинги қон кетишни инкор этувчи шикоятлар ва анамнезни аниқлаш, шу жумладан жинсий алоқа содир бўлганини рад этаётган қизларда ҳам. Бунда қон кетиш кўпинча ҳайз қисқа муддатли ҳайз циклини чўзилишидан кейин 35 кундан кейин келиши, кам ҳолларда ҳайз циклини 21 кундан камайиши ёки кутилаётган муддатига яқин муддатда бўлиши. Анамнезидан олдинги ҳайз циклида жинсий алоқада бўлганлиги аниқланади. Беморлар сут безларининг қаттиқлашгани, кўнгил айнишга шикоят қилади. Қонли ажралмалар одатда кўп миқдорда, қон ивиқлари, тўқима қисмчалари, аксарият ҳолда оғриқли бўлади. Хомиладорлик тести мусбат бўлади (бемор қонида хорионик гонадотропин β -субъединицасини аниқлаш).

- Қон ивиш тизими нуқсонлари. Қон ивиш тизимида нуқсонларни инкор этиш учун оилавий анамнезга (ота-онасида қон кетишга мойиллик борлигини аниқлаш) ва ҳаёт анамнезига (бурундан қон кетиш, хирургик манипуляция вақтида қон кетиш вақтининг узайиши, тез-тез ва бесабаб петехия ва гематомаларнинг юзага келиши) эътибор бериш. Бачадондан қон кетиши менархедан бошлаб одатда меноррагия характерида бўлади. Кўрув натижалари (тери қопламлари рангпар, петихиялар, қўл кафтларининг ва юқори танглайнинг сарғимтир бўлиши, гирсутизм, стриялар, угри, вителиго, кўплаб туғма доғларнинг бўлиши ва бошқ.) ва лаборатор текширув усулларида (коагулограмма, умумий қон таҳлили, тромбозластограмма, асосий ивиш омиллари концентрациясини аниқлаш)

гемостаз патологиясини тасдиқлашга имқон беради.

- Бачадон танаси ва бўйни полиплари. Бачадондан қон кетиши кўпинча ациклик қисқа муддатли ёрқин даврлар билан кечади; ажралмалари ўртача миқдорда, аксарият шиллиқ билан бўлади. УТТ да эндометрий гиперплазияси (қон кетиш фонида эндометрий қалинлиги 10–15 мм бўлади) ҳар хил ўлчамдаги гиперэхоген хосилалар аниқланади. Гистреоскопия орқали олинган хосиланинг гистологик текшируви орқали ташхис тасдиқланади.

- Аденомиоз. Аденомиоз фонида пубертат даврда қон кетишида яққол дисменорея, ҳайздан олдин ва кейин узок вақт жигарранг тусли қонли ажралма келиши хос. Ташхис ҳайз циклининг 1- ва 2- фазасида УТТ ва гистероскопия (кучли оғриқли синдром ва дори-дармонли даволашнинг самараси бўлмаганида) орқали тасдиқланади.

- Кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари. Одатда сексуал актив қизларда тасодифий, ҳар – хил жинсий алоқа қилганда сурункали чаноқ ичи оғриқлари фонида бачадондан қон кетиши. Қорин пастидаги оғриқ, дизурия, гипертермия, ҳайздан ташқари вақтда патологик ажралмалар, уларни менструация вақтида бадбўй хид ажратиши безовта қилади. Ректоабдоминал текширувда катталашган, юмшоқ бачадонни пайпаслаш, бачадон ортиқлари соҳасида тўқималар пастозлиги ва одатда текширувнинг оғриқли бўлиши аниқланади. Бактериологик текширув натижалари ташхисни аниқлаштириш учун хизмат қилади.

- Ташқи жинсий аъзолар жарохати ва қинда ёт жисм бўлиши. Ташхислаш учун анамнез маълумотлари ва вульвовагиноскопия натижалари зарур бўлади.

- Поликистоз тухумдонлар синдроми. ТПКС ли қизлар ювенил қон кетишида ҳайз чўзилиш билан бир қаторда ортиқча миқдорда тукларнинг ўсиши, юзда хуснбузарлар, кўкракда, елкаларда, белда, думбаларда туклар бўлиши билан бирга менархенинг кеч бўлганлиги ва ҳайз циклини олигоменорея типида бузилишига шикоят қилади.

- Тухумдон гормон ишлаб чиқарувчи хосилалари. Тухумдонда эстроген ишлаб чиқарувчи ўсма ёки ўсмасимон хосилаларнинг биринчи симптоми ювенил қон кетиши сифатида намоён бўлади. Ташхис жинсий аъзолар хажми ва тухумдонлар структурасини УТТ ва веноз қондаги эстроген миқдорини аниқлаш орқали тасдиқланади.

- Қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши. Пубертат даврда бачадондан қон кетиши кўпроқ субклиник ёки клиник намоён бўлган гипотериозли беморларда учрайди. Беморлар одатда шишишга, тана массасини ортишига, хотиранинг пасайишига, уйқучанлик, депрессияга шикоят қилади. Гипотиреозда қалқонсимон без УТТ си ва пальпацияси орқали унинг хажми ва структур хусусиятини, беморларни кўруви орқали куруқ субиктерик терини, тўқималар пастозлиги, юзни шишинқираганини, тилни катталашганини, брадикардияни, чуқур пай рефлекслари релаксацияси вақтининг узайишини аниқлаш мумкин. Қалқонсимон без функционал ҳолатини аниқлаш учун қондаги ТТГ, эркин Т4 аниқлаш керак.

- Гиперпролактинемия. Ювенил даврда бачадондан қон кетишида гиперпролактинемияни инкор этиш учун сут безларини кўриш ва пальпация қилиш, сут безлари учидан қандай ажралмалар чиқаётганлиги, қондаги пролактин миқдори, турк эгари ўлчамлари ва конфигурациясини аниқлаш учун бош мия қутиси рентгенографияси ёки бош мия МРТ ўтказиш. Гиперпролактинемия туфайли пубертат даврда қон кетишида беморларни допаминергик дори воситалари билан даволаш, уларда ҳайз ритми ва характерини 4 ой ичида тикланишига ёрдам беради.

Бошқа мутахассислар кўруви учун кўрсатмалар:

- Эндокринолог кўруви қалқонсимон без патологиясига тахмин қилинганда (гипотериоз ёки гипертиреознинг клиник симптомлари, пальпация вақтида қалқонсимон безнинг диффуз ёки тугунсимон катталашгани аниқланса)

- Гематолог кўруви менархедан буён ювенил қон кетиш дебютлари

бўлганида, бурундан тез-тез қон кетганида, петехия ва гематомалар юзага келганида, жарохат олганда, оператив манипуляциялардан кейин узок вақт қон тўхтамаганида, қон кетиш вақти узайиб кетганида амалга оширилади.

- Фтизиатр кўруви ювенил қон кетиш узок субфибрилитет фонида, аксарият холларда оғриқ билан кечадиган ациклик қон кетишда, сийдик таносил системасида ҳеч қандай инфекцион патоген агент аниқланмаганида, умумий қон анализиди абсолют ёки нисбий лимфоцитоз аниқланганда, мусбат туберкулин пробаси бўлганида амалга оширилади.

- Терапевт консультацияси ювенил қон кетиш сурункали тизимли касалликлар фонида, шунингдек буйрак касалликлари, жигар, ўпка, юрак қон–томир касалликлари аниқланганида амалга оширилади.

ДАВОЛАШ

Госпитализацияга кўрсатма

- Кўп миқдорда (профуз) бачадондан қон кетганида, дори воситалари ёрдамида тўхтамас.

- Хаёт учун хавфли даражада гемоглобин концентрацияси пасайиб кетганида (70–80 г/л паст) ва гематокрит (20% паст).

- Хирургик даво ва гемотрансфузия учун кўрсатма бўлса.

Номедекаментоз даво

Пубертат даврда бачадондан қон кетаётган беморларда номедикаментоз даво чораларининг самаралилиги хақида маълумотлар йўқ.

Дори воситалари билан даволаш

Пубертат даврдаги бачадондан қон кетишини дори воситалар билан даволашнинг асосий мақсади қуйидагилар ҳисобланади:

- Ўткир геморрагик синдромни олдини олиш мақсадида қон кетишини тўхтатиш.

- Эндометрий ҳолати ва ҳайз циклини коррекциялаш ва стабиллаштириш

- Антианемик даво.

Қуйидаги дори-воситалари қўлланилади.

- Даволашнинг биринчи босқичида плазминогенни плазминга ўтишини ингибиторловчи воситаларни (транексам ва аминокaproн кислота) қўллаш мақсадга мувофиқ. Қон плазмасининг фибринолитик фаолияти пасайиши ҳисобига қон кетиш интенсивлиги камаяди. Профуз қон кетишда транексам кислотаси 5 г дан 3-4 махал тўла қон тўхтагунича ичиш учун буюрилади. Шунингдек дори воситасини дастлабки соатда 4-5 г вена ичига юбориш, сўнгра 8 соат давомида 1 г/соатига юбориш мумкин. Жами суткалик миқдори 30 г дан ошмаслиги керак. Юқори дозалар қўлланилса томир ичида қон ивиш синдромини юзага келиши, бир вақтнинг ўзида эстрогенлар билан қўлланилса тромбоэмболик асоратлар юзага келиш эҳтимоли катта.

Дори воситасини 1 г дан суткасига 4 махал ҳайзнинг 1- дан 4-кунигача қўллаш орқали қон кетиш хажмини 50% га камайтириш мумкин.

- Меноррагияли беморларда НЯҚВ (носпецифик яллиғланишга қарши воситалар), Монофаз КОК ва доназол қўллаш қон кетишни сезиларли камайтиради.

- ◇ Ювенил қон кетишли беморларда Даназол яққол намоён бўлган ножўя таъсирлари (кўнгил айнаш, овозининг бўғилиши, сочларининг ёғлилигин ортиши, хуснбузарлар ва гирсутизм пайдо бўлиши) туфайли кам холларда қўлланилади,

- ◇ НЯҚВ (ибупрофен, диклофенак, индометацин, нимесулид ва бошқ.) арахидон кислота метоболизмига таъсир қилиб, эндометрида тромбоксан ва простагландинлар ишлаб чиқарилишин камайтириб, ҳайз пайтида қон йўқотиш миқдорини 30–38%га камайтирди.

Ибупрофен 400 мг дан хар 4-6 соатда (суткалик миқдори 1200–3200 мг) меноррагия кунларида буюрилади. Лекин суткалик миқдори ошиб кетганида протромбин вақтини чўзилиб кетиши ва қонда литий ионларини кўтарилиши каби ножўя таъсирлар юзага келиши мумкин. НЯҚВ

самарадорлиги аминкапрон кислотаси ва КОК самарадорлиги билан деярли бир хил бўлади.

Гемостатик терапиянинг самарадорлигини ошириш мақсадида НЯҚВ ва гомонал воситаларни биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Бироқ бундай биргаликдаги давони гиперпролактинемиялик ва жинсий аъзоларида структур аномалиялари ва қалқонсимон без патологиясида қўллаш мумкин эмас.

◇ Перорал паст дозали замонавий прогестагени (дезогестрел 150 мкг, гестоден 75 мкг, диеногест 2 мг) контрацептивлар кўпинча профуз ва ациклик бачадондан қон кетаётган беморларда қўлланилади. КОК таркибидаги этинилэстрадиол гемостатик эффектни таъминлайди, прогестагенлар эса эндометрий базал қавати ва стромасини стабилизациялайди.

– Бачадондан қон кетаётганда гемостатик мақсадда КОК ларни ишлатилишини кўплаб схемалари мавжуд. Кўпинча қуйидаги схемани қўлашни тавсия этилади: 1 таблеткадан 4 махал 4 кун, сўнг 1 таблеткадан 3 махал 3 кун, сўнг 1 таблеткадан 2 махал, сўнг 1 таблеткадан 1 кун 2-упаковка тугагунича. Қон кетишидан ташқари вақтда ҳайз циклини регуляция қилиш мақсадида КОК ларни 3-6 цикл мобайнида 1 таблеткадан 1 махал (21 сутка қабул қилиш ва 7 кун танаффус) қабул қилиш тавсия этилади. Гормонал терапиянинг давомийлиги дастлабки темир танқислиги анемиясининг даражаси ва гемоглобинни тикланиш тезлигига боғлиқ бўлади. КОК ларни юқоридаги тартибда қабул қилиш бир қатор ножўя таъсирлар билан кечади: АБ ортиши, тромбофлебитлар, кўнгил айниш ва қайт қилиш, аллергия. Бундан ташқари мос келувчи антианемик даво танлашда ҳам қийинчилик туғилади.

– Кейинчалик менструал цикли мувозанатга солиш ва қон кетиш рецидивларини олдини олиш мақсадида стандарт схема бўйича КОК буюрилади (21 кун ичилиб, 7кун танффус қилинади). Барча беморларда

юқоридаги схема бўйича дори воситасини қабул қилганида 12-18 соат ичида қон тўхташи ва ножўя таъсирлари бўлмаган ҳолатда дори воситаларини яхши кўтарилиши кузатилади.

✧ Хаёт учун хавfli қон кетишда тезроқ қонни тўхтатиш мақсадида биринчи қатор воситаларга конъюгацияланган эстрогенлар киради, ҳар 4-6 соатда 25 мг дозада в/и тўла қон тўхтагунича биринчи суткасида қилинади.

✧ Баъзи ҳолларда беморларда эстроген қўлланилганда кўтара олмаслик, қарши кўрсатмалар бўлиши ва ножўя эффектларни юзага келиши туфайли фақатгина прогестеронни қўллаш мумкин. Бачадондан профуз қон кетганида, айниқса ҳайз циклининг 2- фазасида меноррагия бўлганида кичик дозада прогестерон қўлланилганда самара пастлиги аниқланган. Кўп миқдорда қон кетаётган беморларга прогестеронни юқори дозаларда (медроксипрогестерон ацетат 5-10 мг, микронизацияланган прогестерон 100мг ёки дидрогестерон 10 мг) бериш тавсия этилади, ёки хаёт учун хавfli қон кетишда ҳар 2 соатда, ёки кўп миқдорда хаёт учун хавfli бўлмаган даражада қон кетишда қунига 3-4 марта токи қон тўхтагунича. Қон тўхтаганидан сўнг дори воситаси 2 таблеткадан қунига 2 марта тавсия этилади 10 кундан кўп бўлмаслиги керак.

Прогестеронни тўхтатиш реакцияси кўп миқдорда қон кетиш билан намоён бўлади.

- Гормонал гемостаз фонида қон кетишни давом этиши эндометрий ҳолатини аниқлаш учун гистероскопия ўтказишга кўрсатма ҳисобланади.

- Ювенил қон кетиши бор барча беморларга темир танқислиги камқонлиги ривожланмаслигини олдини олиш учун темир воситалари буюрилади. Икки валентли темирни темир сульфати кўринишида аскорбин кислотаси билан биргаликда 100 мг миқдорда буюрилса юқори самара бериши исботланган. Темир сульфатнинг суткалик миқдорини гемоглобин концентрациясига қараб танланади. Антианемик даво 1-3 ой давомида ўтказилади. Ошқозон ичак йўлларида касалликлари бор

беморларга темир тузларини эҳтиёткорлик билан буюриш керак.

- Профуз қон кетганда этамзилатнинг тавсия этилган дозада буюриш етарлича самара бермайди.

Хирургик даво

Қизларда камдан кам холларда бачадон танаси ва бўйнини қириш гистероскоп назорати билан амалга оширилади. Хирургик даво учун кўрсатма бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- ўткир профуз бачадондан қон кетиши, дори воситалари ёрдамида тўхтамас;

- эндометрий ва бачадон бўйни каналида полипнинг УТТ-белгилари

Тухумдон кистасини олиб ташлаш керак бўлганида (эндометриоид, дермоид фолликуляр ёки сариқ тана кистаси, 3 ойдан кўпроқ персистенцияланса) ёки бачадон ортиқлари соҳасида хажмли хосилани аниқлаш учун даволаш-профилактик лапароскопия ўтказиш керак бўлганида.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Беморга тинч ҳолатни таъминлаш, кўп миқдорда қон кетганда – ётоқ ҳолати буюрилади.

- Бемор ва унинг яқин қариндошларига касаллик оқибатлари ва етарлича эътибор берилмаганда юзага келадиган асоратлар ҳақида тушунтириш.

- Беморда кўрқув ва касалликни даволаниш оқибатлари ҳақида кўрқув юзага келмаслиги учун суҳбатлар ўтказиш. Бемор қизнинг ёшига қараб касалликнинг моҳияти ва шифокор тавсияларини вақтида бажариш ҳақида тушунтириш керак.

МАВЗУ БЎЙИЧА ЎРГАТУВЧИ ТЕСТЛАР

1. Ювенил бачадондан қон кетишини олдини олиш учун суҳбат ўтказилганда аҳамият берилади:

А. рационал овқатланиш (оқсил ва витаминларга бой)

В. пубертат даврда 8-10 соатлик кечки уйқу

- C. стресс ва жисмоний зўриқишни олдини олиш
 - D. сурункали инфекция ўчоқларини даволаш
 - E. барчаси тўғри
2. Ювенил бачадондан қон кетиши - бу:
- A. пубертат даврда юзага келадиган қон кетиш
 - B. ациклик қон кетиш
 - C. хайз бошланишида кўп миқдорда қон кетиш
 - D. пубертат даврдаги циклик қон кетиш
 - E. пубертат даврдаги ациклик қон кетиш
3. Ювенил бачадондан қон кетиши учун хавф омилларга кради:
- A. ўткир ва сурункали инфекциялар
 - B. ота- онасида сурункали касалликларининг мавжудлиги
 - C. эмоционал- стрессли ҳолатлар
 - D. овқатланишнинг бузилиш, витамин ва оқсилларнинг етишмаслиги
 - E. барчаси тўғри
4. Пубертат давр гипоталамик бузилишлари қандай ҳолатнинг натижаси ҳисобланади:
- A. инсулин резистентлининг намоён бўлиши
 - B. сурункали инфекциянинг намоён бўлиши
 - C. функционал етилмаганликнинг намоён бўлиши
 - D. барчаси тўғри
5. Ювенил бачадондан қон кетиши адабиётларда қандай аталади:
- A. касалликлар симптоми
 - B. ГГТ етишмовчилик синдроми
 - C. Инсулинорезистентлик синдроми
 - D. Инкор этиш ташхиси
 - E. Барчаси тўғри
6. Монотон ва узоқ вақт эстроген ишлаб чиқариш олиб келади:
- A. Эндометрий пролиферацияси

- В. Эндометрий секретор трансформацияси
- С. Эндометрий безли кистоз ўзгаришлари
- Д. Эндометрий гиперплазияси
- Е. Барчаси тўғри

7. Прогестерон етишмовчилигида содир бўлади:

- А. Эндометрий гиперплазияси ва безли кистоз ўзгариши
- В. Эндометрий пролиферацияси
- С. Эндометрий секретор трансформацияси
- Д. Эндометрий атрофияси
- Е. Барчаси нотўғри

8. Қизларда қон кетишига сабаб бўлади:

- А. Қиндаги ёт жисмлар
- В. Жинсий органлар жарохати
- С. Тухумдон донадон хужайрали ўсмаси
- Д. ОК қабул қилиш фониди
- Е. Барчаси тўғри

9. Ювенил бачадондан қон кетишни қайсикасаллик билан қиёслама ташҳисланади

- А. Верльгоф касаллиги
- В. СПКТ
- С. Геморрагик диатез
- Д. Бачадон миомой
- Е. Барчаси тўғри

10. Ювенил бачадондан қон кетишини даволаш 2 асосий босқичга бўлинади?

- А. гемостаз и рецидивларни олдини олиш
- В. гемостаз и гормонал коррекция
- С. қон кетишини тўхтатиш ва ЭГК ни даволаш
- Д. 1.3.
- Е. 2.3.

11. Ювенил бачадондан қон кетишда гемостаз қайси воситани буюриш орқали эришилади?

- A. эстроген –гестаген тутувчи воситалар
- B. кўрсатмага кўра хирургик гемостаз
- C. окситоцин ва қон тўхтатувчи воситалар
- D. 1.2.3.
- E. 1.2.

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР

Масала № 1

Бемор Н. 16 ёш гинекология бўлимига жинсий йўллардан қонли ажралма келишига, холсизликка шикоят қилиб келди. Хайз 15 ёшдан, давомийлиги 6 кун, оғриқли. Анамнездан: қизча гематологда оғир даражали камқонлик бўйича назоратда туради. Тана тузилиши тўғри, сут безлари суст ривожланган, кўлтиқ ости ва қовдаги тукланиш оз миқдорда. Қизлик парда бутун.

Ректобдоминал кўрувда: бачадон катта бўлмаган ўлчамда тўғри вазиятда оғриқсиз, қиндан ажралма кўп миқдорда, қонли тўқ рангда.

Диагноз. Тактика.

Масала № 2

Гинекология бўлимига 15 ёшли қизча олиб келинди, шикоятлари кўп миқдорда қон келишига, бош айланишига, холсизликка. Бемор териси рангпар, АБ- 90/60 мм.сим.уст. Пульс 100 зарба минутига. Ажралма қонли кўп миқдорда қин ивиқлари билан.

Ташхис ва Тактика.

Масала №3

Бемор 16 ёш, хайзнинг келишининг чўзилишига, холсизлик, тез чарчашга шикоят қилиб келди. Бемор озгин, рангпар. Бўйи - 150см. Ректо-абдоминал кўрувда: бачадон ва бачадон бўйнининг нисбати 1:1, бачадон ўлчами кичкина, оғриқсиз, ортиқлари пайпасланмайди, Қиндан ажралма қонли, ўртача миқдорда.

Ташхис ва Тактика.

Масала №4

13 ёшли қизчанинг онаси шифохонага кизида хайзинг биринчи маротаба келганига ва 8 кундан буён кўп миқдорда қонли ажралма келишига шикоят қилиб келди. Кўрилганда қизчанинг тана тузилиши астеник, рангпар.

Қиндан ажралма қонли кўп миқдорда.

Таъхис ва Тактика.

ФҲЙДАЛАНГАН АДАБИЁТЛАР

1. Аветисова Л. Р. Альгоменорея у девушек пубертатного возраста: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1990

2. Артымчук Н. В. Репродуктивный потенциал девочек, оставшихся без попечения родителей // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. - №6. – С. 81-84

3. Аюпова Ф. М. Состояние репродуктивной системы девушек в Узбекистане: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1997. – С.

4. Баранов А., Сотников А. Альгодисменорея // Врач. – 1999. - №9. – С. 40-41.

5. Берман Г. Р., Колдуэл Б. В. Репродуктивная эндокринология. Под ред. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. - М., 1998. - №1. – С. 212–239.

6. Кнорре Д. Г., Мизина С. Д. Биологическая химия. – Москва: «Высшая школа», 2000. - С. 34.

7. Богданова В. И., Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М., 1990.

8. Вейн А. М. Вегетативные расстройства. - М., 2003. - С. 45-57.

9. Вейн А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, лечение, диагностика. - М., 2000. - С. 121-220.

10. Видаль. Справочник «Лекарственные препараты в России». - М.: АстраФармСервис, 2008. – С. 1356–1359.

11. Гинекологические заболевания. Под ред. В. Н. Серова. – Москва, 2008. – С. 25-27.

12. Гинекология. Национальное руководство. ГЭОТАР «Медиа». - 2011. Ассоциация медицинских обществ по качеству.

13. Гистология. Учебник. Ю. И. Афанасьев, Н. А.Юрина, Е. Ф. Котовский. - М., Медицина, 2001. - С. 199-213.
14. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков: Руководство для врачей. - Фолиант, 2000. – С. 250-260.
15. Детская и подростковая гинекология. Уварова Е. В. - Москва, 2009. – С. 301-318.
16. Коколина В. Ф. Гинекология детского возраста. - М.: Медпрактика, 2003. – 268 с.
17. Кулаков В. И., Прилепская В.И. Практическая гинекология. - М.: МЕДпресс информ, 2001.
18. Кулаков В. И., Богданова Е. А. Руководство по гинекологии детей и подростков. – Москва: Триада-Х, 2005. - С. 161-180.
19. Курт Бениришке. Репродуктивная эндокринология. Под ред. С. К. Йена, Р. Б. Джаффе. - М., 1998. - Том 1. – С. 531-560.
20. Кутушева Г. Ф. Дисменорея у подростков // Журн. акуш и жен. болезней. – 2000. - Том XLIX, №3. – С. 50-54.
21. Межевитинова Е. А. Фармакотерапия в гинекологии. – 2001. – Том 2, №6. – С. 188-193.
22. Подзолкова Н. М., Глазкова О. П. Симптом, синдром, диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2005. - С. 279-312.
23. Рис М., Хоуп С., Охлер М. К., Мур Дж., Кроуфорд П. Диагностика и лечение в гинекологии. Проблемный подход. Пер. с англ. Под ред. Проф. В. Н. Прилепской. – Москва, 2010. – С. 26-29.
24. Саидова Р. А. Гормональная коррекция нарушений менструальной функции // РМЖ. – 2002. –Том 10, № 7. – С.
25. Скорнякова М. Н. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии: Руководство для врачей. - Екатеринбург: ООО ИРА УТК, 2000. – С. 160-170.

26. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. - М., 2001. – С. 227-238.
27. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития. Под ред. Акад. РАМН проф. В. И. Кулакова, проф. Е. В. Уваровой. - М: Триада – X, 2004. – 136 с.
28. Сухих Г. Т. и соавт. Дезорганизация соединительной ткани // Акушерство и гинекология. – 2010. - №3. – С. 27-31.
29. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология (клинические очерки). - К.: Заповіт, 2003. - С. 94 -101.
30. Уварова Е. В., Гайнова И. Г. Практическая гинекология / Под ред. В.И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – М., 2002. – С. 272 -289.
31. Чеботарева Ю. Ю., Яценко Т. А. Гинекология детского и подросткового возраста. - Ростов н/Д, 2004. - С.166-186.
32. Dawood M. Y. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management // *Obstetric. Gynecol.* - 2006. - №108. - P. 428-441
33. Delioroglou E. Dysmenorrhea // *Ann NY Acad Sci.* – 2000. – Vol. 900. – P. 237.
34. Iacovides S., Avidon I., Baker F. C. Women with dysmenorrhoea are hypersensitive to experimentally induced forearm ischaemia during painful menstruation and during the pain-free follicular phase // *Eur J Pain.* – 2015. – 19:797–804.
35. Ju H., Jones M., Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea // *Epidemiol Rev.* – 2014. – 36:104–113.
36. Laufer M. R., Goitein L, Bush M. et al. Prevalence of endometriosis in adolescent women with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy // *J. Pediatric and Adolescent Gynaecology.* - 1997. – Vol. 10. – P. 199-202.
37. Osayande A. S., Mehulic S. Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea // *Am Fam Physician.* – 2014. – 89(5):341-346.

38. Proctor M., Latthe P., Farquhar C. et al. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhea // Cochrane Database Syst. Rev. - 2005. - CD001896.

Фойдаланилганлиги. (цитирование)

Масалан, Dawood АҚШ да ўтказилган социал эпидемиологик текширувлар маълумотлари шуни тасдиқлади-ки ишга қобилиятсизлиги натижасида, ишлайдиган ва ўқийдиган ўсмирлар орасида дисменорея туфайли 600 млн соат йўқотилади, яъни ҳар йили 2 млрд доллар. [Dawood M. Y. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management // *Obstetric. Gynecol.* - 2006. - №108. - P. 428-441].

Дисменореяни оғирлик даражасини аввалдан тақлиф қилган ва ҳозиргача ишлатиляган Delioroglou E. таснифи бўйича ажратилади. Delioroglou E. Dysmenorrhea // *Ann NY Acad Sci.* – 2000. – Vol. 900. – P. 237

Ушбу патологияни асосий сабабларидан кўп миқдордаги ноҳуш омилларни антенатал, болалик ва ўсмирлик даврлардаги таъсирларда исботини кўрсатмоқдалар (Laufer M. R., Goitein L, Bush M. et al. Prevalence of endometriosis in adolescent women with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy // *J. Pediatric and Adolescent Gynaecology.* - 1997. – Vol. 10. – P. 199-202.) Proctor M., Latthe P., Farquhar C. et al. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhea // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2005. - CD001896.) (Iacovides S., Avidon I., Baker F. C. Women with dysmenorrhoea are hypersensitive to experimentally induced forearm ischaemia during painful menstruation and during the pain-free follicular phase // *Eur J Pain.* – 2015. – 19:797–804).

Япониялик олимлар ҳам қизлардаги тана вазни етишмовчилик оғриқли ҳайзларга сабаб бўлишини тасдиқламоқдалар (Osayande A. S., Mehulic S. Diagnosis and Initial Management of Dysmenorrhea // *Am Fam Physician.* – 2014. – 89(5):341-346.)

Ўсмир қизлардаги оғриқли ҳайзни (ювенил дисменорея) ривожланишига олиб келган турли ноҳуш омиллари аниқланишига қарамасдан тадқиқотчилар ўзаро келиша олмаяптилар, чунки қарама-қарши натижаларни ҳисобга олган ҳолда бирламчи дисменореяни ривожланишига олиб келган атроф муҳитнинг омиллари билан биргаликда генетик омилларни ўрганилиши тадқиқотларни давом этилиши зарур. (Ju H., Jones M., Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea // *Epidemiol Rev.* – 2014. – 36:104–113.