

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

Бегімбекова Ләззат Мықтыбекқызы

«БАЛАЛАР ГИНЕКОЛОГИЯСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ»

Оқу құралы

ШЫМКЕНТ-2022

ӘОЖ: 618.1- 053.2

КБЖ 57.337.1

Б72

РЕЦЕНЗЕНТТЕР:

Нурхасимова Р.Г. - м.ғ.к., университет профессоры Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті Медицина факультетінің, Акушерлік іс және гинекология кафедрасының меңгерушісі.

Тлеужан Р.Т. - м.ғ.к., доцент м.а, АҚ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Акушерлік және гинекология кафедрасы.

Бегімбекова Л. М.

Б72 «Балалар гинекологиясының өзекті мәселелері» Бегімбекова Л. М.

Қ.А.Ясауи атындағы Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, ШҚ, Шымкент, 2022 жыл – 110 б.

ISBN

Оқу құралы жасөспірім қыздардың репродуктивті жүйесінің физиологиясы мен патологиясы бойынша заманауи тәсілдерге арналған, бейтарап кезеңдегі аурулардың ең көп таралған түрлері, диагностика принциптері, емдеу, алдын-алу бойынша ұсыныстар берілген, гигиена мәселелері қарастырылған, соңғы медициналық әдебиеттердің мәліметтері ұсынылған, авторлардың жеке бақылаулары мен зерттеулерінің көпжылдық тәжірибесі жинақталған.

Осы оқу құралы медициналық ЖОО студенттеріне, интерндерге, резиденттерге, біліктілікті арттыру курстарының тыңдаушыларына және тәжірибелік дәрігерлерге арналған.

ӘОЖ: 618.1- 053.2

КБЖ 57.337.1

Қ. А. Ясауи атындағы Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті Сенат отырысында қаралды және мақұлданды

Хаттама № ____ « ____ » _____ 2022ж

© Бегімбекова Лаззат Мыктыбекқызы 2022

МАЗМҰНЫ

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ.....	3
КІРІСПЕ	5
1 Тарау	
БАЛА АҒЗАСЫНЫҢ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ДАМУ	
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.....	6
2 Тарау	
БАЛАЛАРДЫ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ:	
ЖАЛПЫ, АРНАЙЫ ЖӘНЕ ҚОСЫМША	11
3 Тарау	
ЕТЕККІР ЦИКЛЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ РЕТТЕЛУІ.....	21
4 Тарау	
ҚЫЗДАРДЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ЖЕТІЛУІН БАҒАЛАУ	24
5 Тарау	
ӘЙЕЛДЕГІ РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕ ҚЫЗМЕТІНІҢ	
БҰЗЫЛЫСЫ.....	28
6 Тарау	
ЮВЕНИЛЬДЫ ЖАТЫРДАН ҚАН КЕТУ	42
7 Тарау	
АМЕНОРЕЯ	55
8 Тарау	
АНАЛЫҚ БЕЗІНІҢ ПОЛИКИСТОЗДЫ СИНДРОМЫ.....	64
9 Тарау	
ҚЫЗ БАЛА ҚЫНАБЫНЫҢ ӘРТҮРЛІ КЕЗЕҢДЕГІ МИКРОФЛОРА	
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.....	72
10 Тарау	
ВУЛЬВОВАГИНИТТЕР.....	75
11 Тарау	
ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ДАМУ АҚАУЛАРЫ.....	87
12 Тарау	
ӘРТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДАРДЫҢ ЖЫНЫС ГИГИЕНАСЫ ЖӘНЕ ГЕНИТАЛЬДЫ	
АЙМАҚТЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ... ..	98
Тест сұрақтары.....	103
Тест сұрақтарының жауаптары.....	108

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

АГС – адреногенитальды синдром
АКТГ – адренокортикотропты гормон
ГРГ – гонадотропин-рилизинг гормон, гонадолиберин
АЖҚК – аномальды жатырдан қан кету
ДЭАС – дегидроэпиандростерон
ЖЖК – жыныстық жетілудің кешеуілдеуі
КПИ – кариопикнотикалық индекс
ЛГ – лютеиндеуші гормон
МСГ – мюллер субстанциясының гені
ЖЖЖИ – жыныстық жолмен жұғатын инфекция
П – прогестерон
ЕЖЖ – ерте жыныстық жетілу
ПРЛ – пролактин
ПТР – полимеразды тізбекті реакция
АБПК – аналық бездің поликистозды синдромы
Т – тестостерон
ТТГ – тиреотропты гормон
ФСГ – фолликулостимулдаушы гормон, фоллитропин
ХГ – хориондық гонадотропин
Э1 – эстрон
Э2 – 17-β эстрадиол
Э3 – эстриол

КІРІСПЕ

Оқу құралы "акушерлік және гинекология" пәні бойынша дәрігер-интерндер мен резиденттерге, дәрігерлерге "балалар гинекологиясы" пәнін меңгеру үшін құрылған. Бұл оқу құралының мақсаты - бағдарламаны меңгерудің сапасын жоғарылату және одан әрі алған білімдерін практика жүзінде енгізу.

Балалар гинекологиясы – балалардағы гинекологиялық аурулар мәселелерін шешуге мүмкіндік беретін педиатрия және гинекология мамандықтарының түйіскен жерінде құрылған мамандық. Гинекологиялық проблемалар, жалпы қабылданған пікірге қайшы, әрқашан жыныстық өмірдің басталуымен байланысты емес: репродуктивті жүйенің көптеген аурулары ерте жаста пайда болады [1]. Жасөспірім қыз балалар мен қыздар үлкен ересек әйелдерге қарағанда әлеуметтік, экономикалық, тұрмыстық, экологиялық қолайсыз әсерлерге көбірек ұшырасады, сондықтан медициналық және медициналық емес шараларды өткізу қажет. Қыз балалар мен жасөспірімдер гинекологында үнемі бақылауда болуы гинекологиялық аурулардың алдын-алу шараларын анықтау, емдеуді тағайындау ғана емес, сонымен қатар қыздарды алдағы уақытта ана болуға, балаларды босанудағы жауапкершілікке дайындайды. Қыздардың денсаулығына мұқият қарау болашақта дені сау балалардың бақытты аналары болуға және елдегі демографиялық қауіпсіздік мәселесін шешуге көмектеседі [1-3].

Жасөспірім қыздар-бұл елдің негізгі әлеуеті, демографиялық жағдайды қамтамасыз ететін генофонд, ұлттың, мемлекеттің болашағы. Кез келген елде денсаулық, салауатты өмір салты және жауапты ата-ана мәселесіне үлкен назар аударылады. Сонымен қатар, репродуктивті денсаулық жыныстық жетілу немесе жыныстық қатынас кезеңінде басталмайды, антенатальды кезеңде қалыптасады [1,3,4].

Қазіргі жағдайдағы жасөспірім қыздардың денсаулық жағдайы репродуктивті жүйенің қалыптасуының бұзылуымен, созылмалы және созылмалы аурулардың өршу үлесінің едәуір артуымен сипатталады. Жасөспірім кезеңінде көбінесе соматикалық аурулары бар қыздар гинекологиялық аурулардан және жыныстық бұзылулардан зардап шегеді. Соңғы онжылдықта қыздарда қабыну сипатындағы жыныс мүшелерінің аурулары 5,4 есе өсті. Бұл тек жыныстық жолмен берілетін ауруларға ғана емес, сонымен қатар жыныстық өмір сүрмейтін қыздардағы спецификалық емес вульвовагиниттер. Соңғы жылдардағы жарияланымдар көрсетіп отырғандай балалардағы гинекологиялық патологияның, оның ішінде вульваның және қынаптың жұқпалы ауруларының таралуының айтарлықтай өсуі дәлел бола алады. Жасөспірім кезде жыныс мүшелерінің қабыну аурулары санының өсуі тек төмен санитарлық жағдаймен ғана емес, қынаптың микроэкологиясының бұзылуымен, жедел немесе созылмалы аурулар, антибиотиктерді қолдану, сонымен қатар жыныстық қатынастардың көбеюімен де анықталады. Қазіргі уақытта трихомониаз, хламидиоз, уреа-микоплазмалық инфекциялар, гонорея және т. б. жиі анықталады [3-7].

Сонымен қатар, соңғы онжылдықта жасөспірімдердің физикалық құндылықтарында өзгерістер болды. Байқағанымыздай жыныстық жетілудің басталу жасы қысқаруы, физикалық даму темпінің жылдамдауы, жыныстық жетілу уақыты мен қоғамдық ересектену арасындағы уақыт алшақтауына, ал жасөспірімдердің жыныстық белсенділігінің артуы - моральдық критерийлердің жоғалуына, жыныстық өмірдің ертерек басталуына және жүктіліктің жиілігінің артуына алып әкелді.

Өкінішке орай, қазіргі уақытта бірінші жыныстық дебют 15-16 жыл, ал кейбір жағдайларда 14 жаста басталады. Әдебиет деректері бойынша экстрагениталды және гениталды патология жыныстық өмір сүрмейтін қыздар қыздарға қарағанда, жыныстық белсенді қыздарда 2,7 есе көбірек кездеседі [5-8].

Жасөспірімдердің тамақтануын саналы түрде бұзу, тамақтанудан толық бас тартуға дейінгі салмақ жоғалтуға ұмтылу және вегетариандық өмір салты дене салмағының жасанды жетіспеушілігін тудырады, бұл кейіннен етеккір бұзылыстарының дамуына – екіншілік аменореяның қалыптастыруына алып келеді. Бұқаралық ақпарат құралдарымен контрацептивті заттардың кеңінен насихатталуы, интернет-мәліметтердің қолжетімділігі жасөспірімдердің жыныстық қатынасқа деген қызығушылығының артуына себепші болады [9,10].

Соматикалық және гинекологиялық ауруларды кеш диагностикалау және емдеу, дәрі-дәрмектерді тиімсіз қолдану, емдеуден кейін толық қалпына келмеу гипоталамус-гипофиздік жүйенің дисфункциясының дамуына әкеледі, бұл фертильді жастағы әйелдерде репродуктивтік функцияның тұрақты бұзылуларына одан әрі себеп болады. Қыз балалар мен жасөспірімдердегі сыртқы жыныс мүшелерінің қабыну ауруларын ерте диагностикалау, дәрігерлік тактиканы дұрыс таңдау, болашақ ананың репродуктивті денсаулығын сақтауға ықпал етеді. Сондықтан жаңа туған қыздың, жасөспірім қыздың және әйелдің денсаулығын қорғаудың стратегиялық мемлекеттік мәні бар [1,11,12].

Жоғарыда айтылғандар қыздарға акушерлік-гинекологиялық көмекті жетілдіру қажеттілігін көрсетеді және жасөспірім қыздарға репродуктивті қалыптасу кезеңінде олардың денсаулығын барынша сақтауға мүмкіндік береді.

Оқу құралында этиология туралы өзекті мәліметтер қамтылған, балалар мен жасөспірімдердің гинекологиялық ауруларын диагностикалау, емдеу және алдын-алу, олардың патогенезі мәселелері қаралды. Қазіргі уақытта қолданылатын қосымша зерттеу және терапия әдістерінің сипаттамасы ұсынылған; олардың балалар гинекологиялық тәжірибесіндегі маңызы көрсетілген [1,12-15].

Оқу құралы көлемі жағынан кең және тек заманауи медициналық әдебиет пен гинекологиядағы практика деректерін ғана қамтымайды, сонымен қатар авторлардың педагогикалық, ғылыми-әдістемелік, емдік-диагностикалық және ғылыми зерттеулерінің көп жылдық тәжірибесі де жинақталған. Бұл оқу құралы акушер-гинекологтар, педиатрлар, балалар мен жасөспірімдер гинекологтары үшін пайдалы болуы мүмкін.

1 ТАРАУ

БАЛА АҒЗАСЫ ДАМУЫНЫҢ

АНАТОМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ішкі және сыртқы жыныс мүшелерінің қалыптасуы.

Ерлер мен әйелдердің жыныс жүйелерінің пайда болуы және одан әрі қалыптасуына бірқатар факторлар әсер етеді, олар: генетикалық (анықтайтын) және эпигенетикалық. Генетикалық механизмдер ұрықтанғаннан бастап әсер ете бастайды, яғни ерлер мен әйелдер гаметаларының бірігуі. Эпигенетикалық факторлар ішкі (ферментативті жүйелер, геномдық индукторлар, гормондар) және сыртқы (қоршаған ортаның әсер етуі, физикалық, химиялық, инфекциялық және т. б.) болып бөлінеді. Әйел жынысты ұрықтың сыртқы жыныс ағзаларының пайда болуы еркектерге қарағанда әлдеқайда кешірек жүреді, ал өсуі және сыртқы жыныс ағзаларының

дифференциациясы ұрықтың бүйрек үсті бездерінің сыртқы аймағының қатысуымен шығарылатын гормонмен реттеледі (мүмкін эстроген).

Эмбрионның ішкі жыныс мүшелері жатыр түтіктеріне, жатырға және жатыр мойнының жоғарғы үштен біріне бастау беретін мюллер түтікшесінен дамиды. Жатыр түтіктері құрсақішілік дамудың 10-шы аптасында қалыптаса бастайды және толығымен анатомиялық түрде гестацияның 16-шы аптасы қалыптасып бітеді. Жатыр денесінің дамуы 11-ші аптада жүреді. 12 апталық ұрықта жатыр екі мүйізді пішінді болады, ал 14-ші аптада ол ер-тоқым сипатқа ие болады, ол жүктіліктің 18-ші аптасына дейін созылады. Алдағы уақытта аналық және өзіндік эстрогендердің әсерінен жатыр мөлшері ұлғаяды және оның морфогенезі аяқталады. Туылу кезінде жатыр іш қуысында орналасады және жасымық тәрізді пішінге ие болады және түбі ер-тоқымға ұқсас болып келеді. Эндометрий гистогенезі дамудың 24-ші аптасында аяқталады [1,15-19].

Қыз баланың сыртқы жыныс мүшелері индифферентті бастамадан *жыныс төмпешігі, жыныс қатпарлары және жыныстық жастықшасынан* қалыптасады. Жыныс төмпешігінен клитор дамиды, жыныс қатпарларынан кіші жыныс еріндері, жыныс жастықшаларынан үлкен жыныс еріндері дамиды. Қынаптың төменгі 2/3 урогентиальды синустан қалыптасады. 10-шы аптаға дейін қыздың сыртқы жыныс мүшелерінің құрылымы бисексуалды болады. 11-ші аптадан 13-ші аптаға қарай ұрықта әйел жыныстық төмпешіктің бағыты өзгереді және дорсокаудалды болады. 14-16-шы аптада сыртқы жыныс мүшелерінің жағдайы айтарлықтай өзгермейді - олардың тек мөлшері ұлғаяды. Жыныс төмпешігі үлкен болып көрінеді және дамыған аздап жыныстық еріннен жоғары тұрады. Жатыршілік дамудың 17-19 апталарында сыртқы жыныс мүшелерінде арнайы әйелге тән ерекшеліктер қалыптаса бастайды: үлкен жыныс еріндерінің жылдам дамуы, клитор көлденең мөлшерде ұлғаяды, урогенитальды саңылаудың шеттерінен кіші жыныс еріндері пайда болады, олар клиторға жақын орналасқан. Кейінгі даму кезеңдерінде сыртқы жыныс мүшелері біркелкі ұлғаяды. Туылуына қарай үлкен жыныс еріндері ұзындығы бойынша жыныс саңылауының ұзындығына тең және оны толығымен жабады. Толық дамыған ұрықта клитор ұзындығының оның еніне қатынасы 1:1-ге жақындайды.

Мерзімдермен шектелген құрсақішілік өмір кезеңінің 24–34 аптасын зерттелген эндокриндік бездер мен репродуктивті жүйенің буындарының қызметін қалыптасуындағы қауіптілігі жоғары мәселелердің бірі ретінде қарастырылуы керек. Ұрықтың фетальды кезеңінде әр түрлі органдар үшін дифференциацияланған өзіндік түйінді, қауіптілігі жоғары кезеңдері болады. Зақымдайтын фактордың әрекеті қауіптілігі жоғары кезеңдерде әсіресе зиянды болуы мүмкін. Бірқатар гинекологиялық аурулардың этиологиясында (біріншілік гипопитуитаризм, гипо-, гипертиреоз, инфантилизм, ювенильді қан кетулер, біріншілік бедеулік, біріншілік түтікті жүктілік, біріншілік аменорея және т. б.) құрсақішілік даму жағдайы қолайсыз рөл атқарады.

Алайда, егер эндокриндік жетіспеушілік туғаннан кейін бірден пайда болса, онда жыныстық жетіспеушілік пен мүшелердегі ақауларды кейде тек жыныстық жетілу кезеңінде, кейде жыныстық өмірдің басталуымен ғана анықтауға болады.

Әйелдердегі *жас кезеңдерін* бөлуі келесідей жүреді:

- 1) антенатальды кезең (40 аптаға дейін);
- 2) нәрестелік кезең (1 жасқа дейін);
- 3) балалық шақ кезеңі (1-8 жас);

- 4) пре- және пубертантты кезең (8-18 жас);
- 5) репродуктивті кезең (18-45 жас);
- 6) перименопауза кезеңі (45-55 жыл).

Жыныстық даму процесінде гормоналды өзгерістер.

Жас кезеңдеріне байланысты қыздың сыртқы және ішкі жыныс ағзаларының өзгеріске ұшырап отырады.

Аналық бездердің дифференциациясы және фолликулалардың өсуі жүктіліктің 10-12-ші аптасынан бастап ұрықтың гипофизі бөліп шығаратын лютеиндеуші гормон (ЛГ) мен фоллитропиннің (ФСГ), ал II және III триместрде хорионикалық гонадотропиннің (ХГ) әсерінен болады. Жүктіліктің 6-шы аптасынан бастап гипоталамуста гонадотропин шығаратын гормон (ГРГ) секреция жасай бастайды, ол жүктіліктің I триместрінің аяғынан бастап гипофиздің гонадотропты гормондарының секрециясын ынталандырады. ЛГ және ФСГ секрециясы 25-26-шы аптада көбейеді, бұл ең алғашқы екіншілік және үшіншілік фолликулдардың пайда болуына сәйкес келеді. Туылу кезіне қарай гонадотропты гормондардың деңгейі төмендейді, бұл теріс кері байланыс механизмдерінің жетілуімен түсіндіріледі [1,17-22].

Ұрықтың құрсақішілік дамуының соңында аналық эстрогендердің жоғары деңгейі ұрық гипофизінің гонадотропиндерінің секрециясын тежейді; ана эстрогендерінің жаңа туған нәрестенің ағзасындағы күрт төмендеуі қыздың аденогипофизінен ФСГ және ЛГ шығарылуын ынталандырады, бұл қысқа мерзімге аналық бездерінің қызметін күшейту қамтамасыз етеді. Жаңа туған нәрестенің өмірінің 10-шы күніне қарай эстрогендік әсердің көріністері жойылады.

Жаңа туылған нәрестелерде гипоталамуспен гонадолибериннің импульсті секрециясы салыстырмалы түрде жоғары белсенді болады, нәтижесінде қандағы ФСГ және ЛГ деңгейі ересек әйелдердің қандағы гонадотропиндердің базальды деңгейінің орташа көрсеткіштеріне сәйкес келеді. *Жаңа туған қыз баланың* жыныс мүшелері жоғары дифференциацияланған. Жаңа туған нәрестенің қынабында инфекциядан қорғаудың өзіндік механизмдері бар, осы жастағы аналық бездердің ерекшелігі - примордиалдың фолликулдардың болуы, әдетте саны 500000-700000 шегінде болады.

Туғаннан кейінгі алғашқы күндерде жаңа туған қыз балада плацентарлы жыныстық стероидтар (прогестерон, эстрогендер) шығарылады, сондықтан олардың қандағы деңгейі төмендейді, бұған жауап ретінде сарысудағы ЛГ және ФСГ концентрациясы жоғарылайды. ЛГ және ФСГ гормондарының импульсті секрециясы эстрадиол (Е2) деңгейінің транзиторлы өсуімен жүреді, тиісінше қыздарда өмірдің 12-ші күнінен бастап 12 айға дейін сақталады, сонымен қатар өмірдің бірінші жылындағы қыздарда ФСГ деңгейі сол жастағы ұлдарға қарағанда жоғары.

Бір жасстан кейін гипоталамус-гипофиздік жүйеде теріс кері байланыс механизмі ғана жұмыс істейді, ал гипоталамустың эстрадиолдың ингибиторлық әсеріне сезімталдығы өте жоғары болады, ал гипофиздің гонадолиберинге сезімталдығы төмендейді. Тіпті препубертантты жастағы қыздарға тән қандағы эстроген деңгейі гонадотропиндердің секрециясын басады. Сондықтан қандағы ЛГ және ФСГ деңгейі жыныстық жетілу кезеңіне дейін 1 ХБ/л аспайды. Мұндай жағдайда жұмыртқа жасушадағы фолликулдар жетілудің белгілі бір сатысына жетпей тұрып *атрезияға* ұшырайды.

2-4 жасқа қарай гипоталамус-гипофиз жүйесінің "төмен орнату нүктесі" пайда болады. ГРГ секрециясының импульстік сипаты тежелген, гонадотропиндер мен жыныстық гормондардың секрециясы төмен. Гипоталамус-гипофиз жүйесінің

жыныстық гормондарға жоғары сезімталдығы препубертантты кезеңінің соңына дейін сақталады.

Бейтарап кезеңде сыртқы жыныс мүшелері, ішкі жыныс ағзалары сияқты, баяу дамиды, жыныстық гормондардың деңгейі төмен, ішкі жыныс мүшелері кіші жамбас астауына баяу түсіріледі. Препубертантты кезеңдегі жыныс ағзаларының даму ерекшеліктеріне олардың майлы тіндердің өсуіне байланысты ұлғаюы жатады.

Пубертантты кезеңде гипоталамус-гипофиз кешенінің эстрогендердің тежегіш әсеріне сезімталдығының төмендеуі, гипофиздің гонадолиберинге сезімталдығының жоғарылауы, гипоталамуспен гонадолибериннің моноаминергиялық және опиоидті секрециясын бақылау өзгерісі жоғарылайды. Түнгі ұйқының парадоксальды фаза кезеңінің басында көрінетін гонадолиберин секрециясының импульсты жиілігі мен амплитудасының жоғарылауы, гонадотропиндердің импульстік секрециясының жеткілікті түрде жоғарылауы және қандағы эстрадиол деңгейінің жоғарылауы байқалады.

Ароматаза ферментінің әсерінен бүйрек үсті бездерінің май тінінде және ұрық жұмыртқадағы андрогендерде пайда болатын эстрон, эстрогеннің эндогенді көзі ретінде, жыныстық дамудың бастапқы механизмінің рөлінде болуы мүмкін. Жыныстық жетілу кезеңінің басында, 2 жыл бұрын, гонадотропты және жыныстық стероидты гормондардың секрециясының жоғарылауына қарағанда, бүйрек үсті безінің қыртысты қабатының белсенділігі байқалады, бұл қандағы дегидроэпиандростерон мен дегидроэпиандростерон сульфатының, андростендионның көбеюімен қатар жүреді. Май тінінің көбеюіне байланысты, ондағы андростендионның эстронға дейінгі ароматизациясы жүру есебінен қандағы эстрон мөлшері едәуір артады. Эстрон әсерінен гипоталамустың эстрогендердің ингибиторлық әсеріне сезімталдық шегі жоғарылайды, нәтижесінде гонадотропиндердің базальды деңгейі жоғарылайды, бұл өз кезегінде аналық бездегі фолликулалардың өсуіне әкеледі. Гонадотропты ынталандыруға сезімтал антральды фолликулалар пайда болады, аналық бездердің эстрадиол секрециясы артады. Май жасушалары (адипоциттер) "тіндік гормон" лептин шығарады, ол гипоталамуспен гонадолиберин секрециясын күшейтеді. Осылайша, май тінінің мөлшері жыныстық жетілу процесінде шешуші мағынаға ие.

Кейінгі сатылардағы эстрогендердің негізгі көзі пубертаттық даму кезеңінде аналық без болып табылады. Репродуктивті жүйенің барлық бөлімдерінің жасушаларында жыныстық стероидтарға рецепторлардың саны артады. Перифериялық және аналық бездердің әсерінен жатыр гормондарының мөлшері артады, эндометрияның пролиферациясы жүреді. 11-13 жаста менархе пайда болады. Бұл процестерді бастау үшін қажетті дене салмағы 45-47 кг құрайды. Перифериялық және овариальды эстрогендердің әсерінен гипофиздің гонадотрофтарының эстрогендерге сенситизациясы жүреді, яғни. аналық бездер мен гипофиз арасындағы оң кері байланыс. Оң кері байланыс механизмі гипофиздің гонадотропин секрециясының салыстырмалы түрде қысқа мерзімді (36-48 сағат) жоғарылауымен көрінеді, ол доминантты фолликулдағы эстрогеннің өнімінің жоғарылауымен жүреді. Бұл механизм доминантты фолликуланың өсуін және овуляцияны одан әрі қамтамасыз етеді. Гипоталамус-гипофиз-аналық без жүйесінде репродуктивті жасқа тән қатынастардың қалыптасуы тұрақты овуляциялық менструалды циклдың болуымен, алғашқы етеккірден шамамен 1,5–2 жыл өткен соң қалыптасуымен аяқталады.

Жыныстық жетілуде бірнеше кезеңдер бар.

Бірінші кезең – препубертантты (8-10 жас) - дене өсуінің ұзындыққа ауысуымен, жамбас сүйектерінің дамуымен, екіншілік жыныстық белгілердің көрінуімен сипатталады. Пубертантты кезеңдегі өсуді жеделдетудегі басты рөлді соматотропты гормон атқарады, оның қандағы мөлшері менархенің басталуынан бір жыл бұрын ересек әйелдермен салыстырғанда айтарлықтай асып түседі. Бүйрек үсті андрогендері, перифериялық және аналық эстрогендер өсу-салмақ көрсеткіштерінің жоғарылауында айтарлықтай мәнге ие. Жыныстық стероидты гормондар да түтікшелі сүйектердің эпифиздік өсу аймақтарының жабылуына ықпал етеді, содан кейін дененің өсуі ұзындығына байланысты тоқтайды.

Баланың күшейтілген физикалық дамуы жүреді, әйелдің физикалық қалыптасуы, біріншілік жыныстық көріністердің байқалуы мүмкін. Көбінесе бұл телархе (сүт бездерінің өсуі) немесе жыныстық түктердің біріншілік өсуі болуы мүмкін. Өмірдің осы кезеңінде әйел жыныс гормондары - эстроген синтезі төмен. Ұзақ уақыт бойы жыныстық жетілуге дейін қыздардың жыныстық гонадтары интактты деп саналды, бірақ соңғы онжылдықта қыздардың аналық бездері туғаннан бастап белсенді екені дәлелденді. Аналық жасушада аз мөлшерде фолликулалардың өсуі мен дамуы жүреді, ал кейбір экзогендік факторлар (инфекциялық, алиментарлық) гонадотропты қоздыруы және белсендіруі мүмкін, ол өз кезегінде мерзімінен бұрын жыныстық дамуға алып келеді. Жыныстық жетілу кезеңіне дейін қыз бала ооциттердің бастапқы санынан 1/10 айырылады. Қалқанша безі осы кезеңде белсендіріледі [1,5,23].

Кеш пубертантты кезеңде гипоталамус-гипофизарлы жүйенің стероидтерге сезімталдығы төмендеу байқалады, ГРГ-ның түнгі ұйқы уақытында шығарылу амплитудасы мен жиілігі артады. Гонадотрофтардың ГРГ іс-әрекетіне сезімталдығы артады және ЛГ және ФСГ секрециясы ұлғаяды, нәтижесінде Э2 секрециясы артады.

Екінші кезең - пубертантты кезеңнің бірінші сатысы(10– 13 жас) - одан әрі физикалық өсуімен, дене салмағының артуымен сипатталады. Люлиберин секрециясының және гипофиздің гонадотропты функциясының жоғарылауы байқалады, бұл фолликуланың дамуын ынталандыруға және қанда эстроген құрамының жоғарылауына әкеледі. Күнделікті циклдік және ФСГ, ЛГ секрециясының жоғарылауы қалыптасады, бұл жыныстық гормондардың синтезін ынталандырады. Эстрогендердің белгілі бір деңгейіне жеткенде гонадотропиндердің шығарылуы және жетілген фолликуланың овуляциясы ынталандырылады. Біріншілік жыныстық белгілердің қалыптасуы аяқталады және 2-ші кезеңнің соңында менархе пайда болады, менструальды цикл қалыптасады, индивидуалды әйел фенотипінің қалыптасуы, эстрогендер санының біртіндеп артуы болады.

Үшінші кезең - пубертантты кезеңінің екінші фазасы (13–16 жас) - жыныстық гормондардың босатылуының қалыпты циклдік ырғағының қалыптасуымен, жоғары деңгейде ФСГ, ЛГ шығарылуымен, ГТРФ бөлінуінің тұрақты ырғағымен сипатталады (орталық жүйке жүйесінің гипоталамус-гипофиздік жүйеге тежейтін әсерінің әлсіреуі). Сүт бездерінің дамуы аяқталады, дененің өсуі іс жүзінде тоқтайды, әйел фенотипінің қалыптасуы толық сипаттамаларға ие болады, етеккір цикл екі фазалы овуляторлыққа айналады. Тұрақты овуляторлық циклдің қалыптасуы түтікті сүйектердегі "өсу аймақтарының" жабылуымен қатар жүреді және дене көлемінің ұлғаюының ұзындығына қарай тоқтайды. Рентгенологиялық анықталған "сүйек жасы" күнтізбелік жасқа (жылдардағы жасқа) қарағанда биологиялық жасқа (жыныстық даму сатысына) көбірек сәйкес келеді.

Жасөспірім қыздың ағзасындағы гормоналды фонның ерекшеліктері:

- ФСГ өндірілуі басым, ал ЛГ және ПРЛ жеткіліксіз өндіріледі;
- аналық бездердің гормоналды қызметі прогестеронның салыстырмалы жетіспеушілігімен гипোэстрогения ретінде сипатталады; айқын, жыныстық жетілудің қалыпты қалыптасуы өте сирек кездеседі.

Репродуктивті жүйедегі дисбалансқа әкелетін негізгі факторлар:

- құрсақішілік кезеңнің патологиясы (ұрықтың созылмалы гипоксиясы, босану жарақаттары);
- созылмалы жұқпалы аурулар;
- созылмалы тонзиллит және тонзиллэктомия 8-15 жас;
- аппендицит;
- дене салмағының бұзылуы;
- ревматизм;
- туберкулез;
- физикалық және психикалық дамудағы ауытқулар.

Жыныстық жетілу кезеңі көптеген адамдарда күрделі бір немесе бірнеше ауырлататын дигормоналды бұзылыстар болған жағдайда асқынуы мүмкін, ең алдымен:

- жоғары жүйке жүйесі деңгейінде реттеуші функциялардың жеткіліксіздігі
- бас миының қыртысты қабатында дифференциацияның жеткіліксіз болуы;
- жатырдың және эндометрийдың рецепторлық аппаратының жеткіліксіздігі

[1, 16-24].

2 ТАРАУ

ҚЫЗ БАЛАЛАРДЫ ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ: ЖАЛПЫ, АРНАЙЫ ЖӘНЕ ҚОСЫМША

Қыздарды алғашқы гинекологиялық тексеру перзентханада жүреді: бұл жыныс мүшелерінің дамуындағы әртүрлі бұзылуларды, гормоналды дағдарыстарды диагностикалауға және қабыну процестерін анықтауға мүмкіндік береді. Балалар гинекологиясындағы алғашқы проблемасымен жас пациенттер туылғаннан кейін бірнеше күннен кейін кездесуі мүмкін: жатыр, фаллопиев түтіктері және аналық бездер адам ағзасының кез-келген басқа мүшесі секілді әртүрлі ауруларға ұшырауы мүмкін.

Балалар мен жасөспірімдерді диспансерлеуді ұйымдастыру негізіне қыздарды 3 топқа бөлу қағидасы қойылған:

1-ші "дені сау" тобына дені сау қыздар кіреді. Скринингтік тексерулер 3 жаста (мектепке дейінгі балалар мекемесіне белгілеудің алдында), 6-7 жаста (мектепке түсудің алдында), 11 және 12 жас, 15 жастан 18 жас аралығында жыл сайын;

2-ші "қауіп" тобына кіреді:

- туылған кездегі дене салмағы <2500 немесе одан көп 4000 г;
- экстрагенитальды және гинекологиялық патологиясы бар аналардан туғандар;
- босану кезінде гипоксия, босану жарақаты және т. б. патология;
- жаңа туған кезеңде гемолитикалық аурумен, пневмониямен, экссудативті диатезбен, септикалық және басқа да аурулармен;
- суық тиюмен жиі және ұзақ ауыратын балалар;

- әлеуметтік жағдайы төмен отбасылардан шыққан балалар;
- созылмалы соматикалық патологиядан зардап шегетіндер;
- құрсақ қуысына ота жасалғандар мен бас сүйек-ми жарақаттары;
- жүктілікті үзгеннен кейін;
- зорлаудан кейін.

3 – топ-бұл *диспансерлік есеп тобы* (экстрагенитальды патологиясы бар қыздар; репродуктивті бұзылулары бар қыздар, ювенильді қан кетулер, жыныстық даму бұзылыстары, ісік тәрізді түзілімдер және т. б., емдеу, оңалту кезеңдері және т.б.).

Гинекологиялық тексерулер кезінде баланың психологиялық жағдайы үшін жауапкершілік гинекологтың жауапкершілігіне айналады.

Тексеру анамнез жинаудан басталады. Анадәйі жүктілік пен босану ағымына, бала кезіндегі өткізген ауруларына ерекше назар аударылады. Жасөспірімнің өмір сүру салты, физикалық дамуы, күн тәртібі және тамақтануы туралы толықтай білу қажет.

Ауру тарихы мыналарды қамтиды: аурудың ұзақтығы мен басталуы, шағымдардың сипаты. Баланың жалпы денсаулық жағдайын анықтау: созылмалы жұқпалы аурулар болуы, аллергиялық көріністер, отбасылық анамнез, жұқпалы науқастармен байланыстың болуы. Гигиеналық жағдайларға, қолайсыз эндогендік және экзогендік факторларға ерекше назар аударылады.

Репродуктивті функцияның қалыптасу сипаты: бастапқы біріншілік және екіншілік жыныстық көріністердің пайда болуы, етеккірдің қалыптасуы мен ағымы. Жыныстық даму сатысын және сыртқы жыныс мүшелерінің құрылысын бағалау.

Арнайы зерттеу әдістері:

Жыныстық даму сатысын бағалай отырып, пациенттерді қарап-тексеру және сыртқы жыныс мүшелерінің *қарап бағалау*.

Гинекологиялық тексеру. Сыртқы жыныс мүшелерін тексеруді жүргізу үшін, сондай-ақ қажет болған жағдайда тік ішек-іш қуысын зерттеу кезінде дәрігердің басты міндеті - жасөспіріммен және анамен психологиялық байланыс іздеу. Тексерудің кез-келген түрі жасөспірімде қорқыныш және маманға барудан жағымсыз реакция қалдыруға себеп болмауы керек.

Қосымша зерттеу әдістері:

Бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу үшін *қынаптан жағынды алу*.

Қынаптық жағындының типтері:

Жағындының гипоэстрогендік типі - жағындыда әртүрлі қабаттардың жасушалары болады. Кариопикнотикалық индекс (КПИ) – 200 жасушаға есептелген кезде мүйізденген және аралық жасушалардың қатынасының саны. КПИ 50% -дан аз, ЭИ 15% - ға дейін.

Гиперэстрогенді жағынды түрі құрамында жұқа цитоплазмасы, вакуоль және пикнотикалық ядролары бар жалпақ беткі жасушалардан, КПИ 90% - ға дейін, ЭИ 80% - ға дейін.

Гиполютеиндік түрі - бүктелу, бұралу, жасушалардың топталуымен қатар КПИ жоғары деңгейде сақталады.

Жағындының атрофиялық түрі - жағындыда қынап эпителийінің терең қабаттарының жасушалары анықталады: базальды және парабазальды, көптеген

лейкоциттер (өткір гипострогения нәтижесінде), эритроциттер болуы мүмкін. Мұндай жағынды постменопаузаға тән.

Андрогендік түрі - базальды және парабазальды жасушалардың басым болуымен сипатталады, жуылуы үлкен (бозғылт) протоплазма және ірі вакуольдер, ашық ядролар, хроматині нашар. Жағындының бұл түрі айқын гиперандрогенияда кездеседі.

Хламидиоз инфекциясын диагностикалау үшін әртүрлі әдістер қолданылады. Оларға мыналар жатады:

- *дақылдық әдіс* диагностиканың "алтын стандарты" болып табылады, бірақ практикалық жұмыс кезінде әрқашан қол жетімді емес;

- полимеразды тізбекті реакция (ПТР), оның принципі сэндвич будандастыру жолы арқылы хламидиозды ДНҚ-ны анықтауға негізделген;

- Серологиялық зерттеулер - А, М, G класындағы антиденелерді анықтауға негізделген:

- иммуноферменттік талдау көмегімен(ИФТ, кесте.1)

- комплементті байланыстыру реакциясы көмегімен(КБР).

Иммуноцитологиялық әдіс, *Chlamydia trachomatis* антигенінің болуын анықтайды:

- тікелей иммунофлюоресценция арқылы (ПИФ). ПИФ-бұл біріншілік диагностиканың маңызды скринингтік әдісі;

- жанама иммунофлюоресценция. Бояудан кейін мүмкіндік беретін *Бактериоскопиялық* әдіс, жағындыларды бояудан кейін хламидияның цитоплазматикалық қосындыларын анықтау.

1 Кесте. - ИФТ нәтижелерін түсіндіру

Антихламидиальды антиденелердің класы	Интерпретация
IgM антиденелерінің болуы	Аурудың жіті кезеңі. 8-10 күннен бастап концентрация төмендей бастайды және қалыпты жағдайға оралады
IgA антиденелерінің болуы	Аурудың жіті кезеңі. Аурудың 10-шы күнінен бастап антиденелер анықталады
IgM және IgA антиденелерінің болуы	Жұқпалы процестің қозу кезеңі. Қысқа мерзім аралығында бірдей анықталуы байқалады
Диагностикалық титрде IgG антиденелерінің болуы	Процестің созылмалы кезеңге өтуі. Антиденелер аурудың басталуынан 15-20-шы күні пайда болады
Төмен титрде IgG антиденелерінің болуы	Процестің белсенділігі жоқ, болып өткен хламидиоздың дәлелі

Ұзақ уақыт бойы тұрақты төмен титрде IgA -антиденелердің болуы	Қоздырғыштың тұрақтылығы
IgA және IgG антиденелері деңгейінің көтерілуі	Реинфекция немесе реактивация

Диагностикалық әдістердің келесі комбинациялары орындалады:

1. Шырышты қабаттан қырынды + ИФА.
2. ИФА + ПТР.
3. ПТР + ПИФ.

Хламидиозды анықтау үшін қырынды алған кезде материалды алудың ережелері келесі:

1. Қыз бала антибиотиктерді 2 апта бойы қабылдамауы керек.
2. Қыздардан қынап кіреберісінің шырышты қабығынан қырынды алынады.
3. Жаңа туылған нәрестелерде көздің конъюнктивасынан, жұтқыншақтың артқы қабырғасынан қырынды алынады.

Жыныстық өмір сүретін жасөспірімдерде гинекологпен жатыр мойнының цервикалды каналынан материал алу жүргізеді:

- Эндометрийдың аспирациясы (аз қолданылады).
- Эндометрийдың биопсиясы (жатыр қуысы мен жатыр мойны каналының бөлек диагностикалық кюретажы).
- Жатырдың зондтау.
- Кульдоцентез.

Кіші жамбас мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу.

Жасөспірімдер гинекологиясындағы диагностикалық маңызы бар әдіс. УДЗ ішкі ағзадағы ақаулар мен ауытқуларды анықтауға, жыныстық даму дәрежесін нақтылауға, кисталарды, ісіктерді және басқа гинекологиялық ауруларды диагностикалауға, қыздың гормоналды жағдайына алдын-ала бағалауға мүмкіндік береді (кесте.2).

2 Кесте. – Қыз балалардағы жатыр мен аналық бездердің жасқа байланысты эхографиялық параметрлері

Жасы	2-7 жас	8-9 жас	10-11 жас	12-13жас	14-16жас	17-18жас
Жатыр						
Дене ұзындығы, мм	16-18	17-21	24-27	37-41	41-45	45-49
Алдыңғы-артқы, мм	6-7	7-9	11-14	22-26	26-30	28-33
Ені, мм	13-16	16-20	23-26	36-40	42-46	44-48

Оң жақ аналық без						
Дене ұзындығы, мм	15-17	18-22	25-29	28-33	32-34	34-36
Алд ыңғы-артқы, мм	8-10	11-13	12-15	15-19	17-20	19-21
Сол жақ аналық без						
Дене ұзындығы, мм	15-17	18-22	25-29	28-33	32-34	34-36
Алд ыңғы-артқы, мм	8-10	11-13	12-15	15-19	17-20	19-21

Циклдың 5-ші күнінен бастап фолликулалардың өсуін бақылауға болады. Бұл жағдайда басым фолликуланы тек етеккірдің 8-ші күнінен 12-ші күні аралығында диаметрі 15 мм жеткенде ғана анықтауға болады. Доминантты фолликуланың диаметрі күніне 2 мм жылдамдықпен артады және овуляция кезінде ортақ есеппен 20 мм (18-24 мм) жетеді.

Овуляция жақындағаны туралы куәландырылатын белгілер:

- диаметрі 17 мм-ден асатын фолликуланың болуы;
- доминантты фолликулада жарты ай ("жұмыртқа төмпешігі"); гиперехогендік болуы
- Қос контур, сондай-ақ фрагментарлы қалыңдау, доминантты фолликуланың ішкі контурының тегіс болмауы.

Овуляцияның болғандығын көрсететін белгілер:

- доминантты фолликул қабырғаларының деформациясымен бөлшектердің толық немесе азая отырып жойылуы;
- доминантты фолликулдың ішкі құрамының эхогенділігінің күшеюі;
- Дуглас кеңестігінде сұйықтықтың пайда болуы.

Сары дененің мөлшері жетілген фолликулаға қарағанда кіші, айқын ішкі контуры жоқ қабырғалары фрагментарлы қалыңдаған. Оның экоструктурасы айтарлықтай әртүрлілігімен ерекшеленеді - эхогендіктің әр түрлі дәрежесіндегі анехогендікке дейін.

Функционалдық диагностика әдістері ("қарашық" феномені, базальды температура, КПИ, жатыр мойны шырышының керілуі, шырыштың арборизациясы).

"Қарашық феномені" аналық бездердегі эстроген өндірісін бағалауға мүмкіндік береді. Екі фазалы етеккір циклында 5-ші күнінен бастап жатыр мойны каналының сыртқы өзегі кеңейе бастайды, овуляцияға дейін жетеді, онда шыны тәрізді тығыз шырыш пайда болады. Циклдің екінші кезеңінде жатыр мойнының өзегі біртіндеп жабыла бастайды, ал оның саңылауында шырыш болмайды. Ановуляциялық циклдарда "қарашық" симптомы ұзақ уақыт бойы сақталады.

Базальды температураны өлшеу

Ректалды температураны бірнеше ай бойы өлшеу (кем дегенде 3 ай) етеккір функциясының қалыптасуы, ұзақтығы, циклдің жеке фазалары, овуляцияның болуы

немесе болмауы туралы мәліметтер алуға мүмкіндік береді. Ректалды температураны бір термометрмен 5 минут ішінде таңертең төсекте, дәретханаға барғаннан кейін өлшеу керек. (Гуркин Ю.А., 1998).

Толық бірінші және екінші фазалы овуляциялық циклда базальды температура овуляциядан кейін $0,5^{\circ}\text{C}$ жоғарылайды және осы деңгейде ішінде 12–14 күн сақталады (әдістің дәлдігі – 80%).

Изометриялық қисық аналық безде циклдік өзгерістердің болмауын және овуляцияның болмауын көрсетеді. Цикл фазалары арасындағы шағын температура айырмашылығы ($0,4^{\circ}\text{C}$ -тан аз) сары дене жеткіліксіздігін көрсетеді. *Сары дененің жеткіліксіздігі* кезінде гипертермиялық фазаның 8-10 күнге дейін қысқаруы байқалады, кезең-кезеңмен көтеріліп отыруы немесе мерзімді құлауы $t^{\circ} 37^{\circ}\text{C}$ -тан төмен. 37°C -қа қарай ығысқан изометриялық қисық сызықты көрсетеді гипোэстрогенияға көрсетеді; сонымен бірге оны $36,2\text{--}36,4^{\circ}\text{C}$ белгісіне ауысуы шамадан тыс эстрогендік фонды көрсетеді. Температура қисығы 15-16 жастан кейін екі фазалы бола бастайды. Қызба және субфебрилитте әдістің диагностикалық мәні жоғалады.

Кольпоцитологиялық зерттеулер

Жағынды қынаптың бүйір доғасынан, етеккір циклі кезінде бірнеше рет алынады. Кольпоцитологиялық көрініс әртүрлі жас кезеңдерінде өзгереді және дененің эстрогендік қанығу деңгейіне сәйкес келеді. Бейтарап кезеңде қандағы эстрогендердің төмен деңгейін көрсететін базальды және парабазальды жасушалар байқалады. Беткей жасушалар препубертантты және әсіресе пубертантты кезеңде пайда болады. Беткей жасушалар (мүйізденген және аралық) неғұрлым жоғары және базальды жасушалар аз болса, соғұрлым эстроген концентрациясы жоғары болады. Пубертантты кезеңнен бастап цитологиялық көріністегі циклдік өзгерістерді атап өтуге болады, КПИ және оның динамикасын есептеуге болады. Әйелдерде овуляциялық етеккір циклі кезінде КПИ-тің мынадай өзгерістері байқалады: бірінші фазада – 25-30%, овуляция кезінде – 60-80%, екінші кезеңнің ортасында – 25-30%.

Эндоскопиялық зерттеу әдістері:

- вагиноскопия;
- кольпоскопия;
- цервикоскопия;
- гистероскопия;
- лапароскопия.

Рентгендік зерттеу (көбінесе баланың сүйек жасын анықтау үшін қолданылады):

- компьютерлік томография;
- ядролық-магниттік-резонанстық томография.

Жалпы клиникалық зерттеулер: қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қанның биохимиялық талдауы, қан ұю факторларын зерттеу, гемостазиограмма және басқалар.

Зерттеудің жалпы клиникалық әдістері клиницист дәрігерге жасөспірімдік кезеңнің әр түрлі жай-күйін бағалап диагноз қою кезінде және дифференциалды диагностика жасауға мүмкіндік береді.

Әртүрлі жас кезеңдерінде қыздардың гонадотропты және жыныстық гормондарының құрамын және олардың метаболиттерінің несеппен шығарылуын зерттеу (кесте.3).

3 Кесте. -Әртүрлі жастағы қыздардың қан плазмасындағы гормондар деңгейі

Жас, жыл	Е ₂ , пмоль/л	ЛГ, МЕ/л	ФСГ, МЕ/л	ПРЛ, мМЕ/л
8	55,6- 84,0	1,5-2,2	0,5-1,7	172-324
9	87-125	1,4-2,8	1-1,8	163-366
10	103-154	1,1-2,1	1-2,1	157-443
11	80-254	2,0-4,3	1,3-2,9	172-373
12	105-159	3,0-4,7	1,8-2,8	115-220
13	83-141	2,4-4,6	2,3-3,3	153-254
14	307-433	5,6-8,4	5,0-8,4	363-516

Репродуктивті жүйенің гормондарын анықтау үшін қатаң цикл күндеріне сәйкес қан тапсырады:

- ЛГ, ФСГ-3-5-ші күн;
- Эстрадиол-7-ші немесе 21-23-ші күн;
- Прогестерон-21-23-ші күн;
- Пролактин, 17-ОН-прогестерон, ДЭАС – сульфат, тестостерон-7-9 күн.

Функционалды сынамалар гонадтардың, нысана ағзалардың қызметін бағалауға және гипоталамо-гипофизарлық жүйенің жай-күйін бағалауға арналған.

Функционалдық сынамалардың көмегімен гонадолиберинге жауап ретінде гонадотропиндердің секрециясын, экзогенді жыныстық гормондарды енгізуге эндометрияның реакциясы және нысана ағзаарға экзогенді гормондардың биологиялық әсерінің нәтижесін бағалайды.

Гестагендермен сынама.

Әдіс – 6 күн ішінде бұлшықет ішіне 1 мл-ден 1% прогестерон енгізіледі (немесе 10 күн ішінде таблеткаланған гестагендік препараттар-дюфастон, утрожестан қолданылады).

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер:

- олигоменорея.
- аменореяның жатырлық формасына күдік.

Нәтижелерді бағалау

- Препаратты енгізгеннен кейін 2-4 күн өткен соң етеккір тәрізді қан кету пайда болған кезде сынама оң деп бағаланады, бұл аменореяның жатырдың нұсқасын жоққа шығарады және эндометрияға гестагеннің жеткіліксіз әсерін көрсетеді.

- Теріс сынама (етеккір тәрізді реакция жоқ) эстроген жеткіліксіздігін немесе

- аменореяның жатыр формасын дәделдейді (мысалы, Ашерман синдромы, Рокитанский синдромы).

Эстрогендермен және гестагендермен сынама

Әдіс – Этинил эстрадиол (микрофоллин) 10-14 күн бойы 0,1 мг дозада, содан кейін прогестерон алдыңғы сынамадағыдай қолданылады. Бұл сынама сонымен қатар біріктірілген эстроген-гестагендік препараттармен жүргізілуі мүмкін (контрацептивтік немесе ЗГТ арналған препараттар). Препараттар әдеттегі 21 күндік схема бойынша қолданылады.

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер:

- Аменорея, олигоменорея.
- Аменореяның жатырлық формасына күдік.

Нәтижелерді бағалау

- Оң сынама кезінде препаратты енгізгеннен кейін 2-4 күн өткен соң етеккір тәрізді қан кету пайда болады, бұл біріншілік эстрогендік жеткіліксіздікті көрсетеді.

- Теріс реакция эндометрияның органикалық өзгерісінің болуын немесе жатырдың болмауын көрсетеді.

Дексаметазонмен сынама

Бүйрекүсті безі мен аналық бездің гиперандрогениясын дифференциалды диагностикалау үшін жүргізіледі. Сынама глюкокортикоидтардың гипофиздің алдыңғы бөлігіндегі АКТГ секрециясын басу қабілетіне негізделген, бұл бүйрекүсті безінің қыртысты қабатынан андроген түзілудің төмендеуіне әкеледі.

Әдіс

Дексаметазонды тәулігіне 2 мг дозада (0,5 мг-нан 4 рет) тағайындайды.

Сынамадан бірнеше күн бұрын қандағы Т және ДЭАС немесе күнделікті зәрдегі 17-КС анықтайды. Дексаметазонды 2 күн қабылдағаннан кейін көрсетілген зерттеулер қайталанады.

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

Генезі анықталмаған гиперандрогенемия.

Нәтижелерді бағалау

- Егер бағаланатын көрсеткіштер 50% - ға және одан да көп төмендесе, сынама оң деп саналады, бұл андрогендердің қалыптасуының көзі бүйрекүсті безі екендігін дәлелдейді.

- Егер көрсеткіштердің төмендеуі 25-30% болса, сынақ теріс деп саналады, бұл автономды немесе овариальды гиперандрогения.

Андрогендердің жоғары фондық деңгейінде және теріс дексаметазонмен сынама кезінде үлкен дексаметазон сынама жүргізеді. Дексаметазонды тәулігіне 4 рет 2 мг-нан 3 күн (барлығы 24 мг), содан кейін андроген деңгейін зерттейді. Теріс сынаманы алу андрогендерді дербес шығаратын бүйрекүсті бездерінің вирилизациялайтын андробластомасының болуын көрсетеді.

Адамның хорионикалық гонадотропинімен сынама (аХГ)

Көрсеткіштер

Овариальды гиперандрогенияны көрсететін дексаметазонмен теріс сынама.

Әдіс

Дексаметазонды қабылдауды жалғастыру барысында аХГ бұлшықет ішіне 1500 бірліктен күніне 2 мг қолданылады.

Нәтижелерді бағалау

Хорионикалық гонадотропин енгізілгеннен кейінгі қандағы бос және жалпы тестостерон, андростендион деңгейінің жоғарылауы овариальды гиперандрогенияны көрсетеді.

АКТГ сынамасы

Адреногенитальды синдромның жасырын түрін анықтау үшін өткізіледі, бұл кезде экзогендік АКТГ енгізу барысында қанда 17-гидроксипрогестерон деңгейінің едәуір артуы байқалады.

Бромкриптинмен сынама

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

- Функционалдық және органикалық гиперпролактинемияның дифференциалды диагностикасы.
- Гипофиздің пролактин секрециялаушы аденомасы.

Әдіс

Бромкриптин 5 мг дозада таңертең аш қарынға қолданылады, 2-4 сағаттан қандағы пролактин деңгейін анықтайды.

Нәтижелерді бағалау

Теріс сынама (сынамадан кейін пролактин деңгейінің өзгеруінің болмауы) гиперпролактинемияның органикалық сипатын және пролактинома жасушаларында дофаминдік рецепторлардың болмауын көрсетеді.

Метоклопрамидпен сынама

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

Гиперпролактинемия.

Әдіс

Гиперпролактинемиясы бар пациенттерде көктамыр ішіне 10 мг препаратты енгізгеннен кейін 1-2 сағаттан кейін қандағы пролактин деңгейінің өзгеруі бағаланады.

Нәтижелерді бағалау

- Қандағы пролактиннің аздап жоғарылауы немесе оның жетіспеушілігі гипофиздің порталдық жүйесінде дофаминнің төмен деңгейін көрсетеді.
- Шамадан тыс жауап - қандағы пролактин деңгейінің 4-5 есе өсуі гипофиздің алдыңғы бөлігінің дофаминергиялық тежелуінің жоғарылауын көрсетеді.

Тиролиберинмен сынама

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

Функционалдық және органикалық (ісік) гиперпролактинемияның дифференциалды диагностикасы.

Әдіс

Тиролиберинді көктамыр ішіне 200-500 мкг немесе интраназальды 2 мг енгізгеннен кейін қандағы ТТГ және ПРЛ деңгейінің өзгеруі бағаланады.

Нәтижелерді бағалау

- Әдетте, 1 сағаттан кейін қандағы ТТГ және ПРЛ деңгейі 3-5 есе артады.
- ТТГ-ға күшейтілген реакция субклиникалық
- гипотиреоз немесе гипофиздің алдыңғы бөлігінің дофаминдік тежелуінің төмендеуін көрсетеді.
- Пролактинге күшейтілген реакция сау әйелдерде босанғаннан кейінгі ерте кезеңде, біріншілік гипотиреоздың кезінде байқалады.
- Тиролиберинді енгізген кездегі пролактин реакциясының төмендеуі немесе болмауы гипофиздің пролактин секрециялайтын аденомасы бар науқастарға тән.

- ТТГ мен пролактиннің бастапқы деңгейінің төмендігі және тиролиберинге реакцияның болмауы гипофиздің біріншілік зақымдануын көрсетеді.

Гонадолиберинмен сынама

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

Гипоталамикалық немесе аменореяның гипофизарлық генезіне дифференциалды диагностика.

Әдіс

ЛГ және ФСГ деңгейлері екі қан сынамасында – гонадорелин (гонадорелин) 2,5 мкг/кг дозада (100 мкг артық емес) 15 минут бұрын және тікелей вена ішіне ағынды енгізуге дейін анықталады. Содан кейін оны енгізген соң 15, 30, 45, 60, 90 және 120 минуттан кейін.

Нәтижелерді бағалау

- Дені сау қыздарда препубертат кезеңінде гонадорелин енгізілгеннен кейін ЛГ деңгейі 2-4 есе, ал жыныстық жетілу кезеңінде 8-10 есе артады. ФСГ секрециясы гонадолиберинге жауап ретінде де артады, бірақ жыныстық жетілу мен босануға дейінгі кезеңдер арасындағы айырмашылық онша үлкен емес. Сондықтан ФСГ деңгейінің өзгеруі гипоталамус – гипофиз жүйесінің функционалды жетілуінің аз сенімді көрсеткіші болып табылады.

- Реакцияның болмауы гипофиздегі біріншілік зақымдануды көрсетеді.

Гипоталамикалық және гипофиздік гипогонадизмді дифференциалды диагностикалау үшін ГРГ сынама қолданылмайды, өйткені кез-келген формада реакция төмендеуі мүмкін.

Эстрадиолмен сынама

Сынама жүргізуге арналған көрсеткіштер

Аналық без және гипофиз арасындағы оң кері байланыс механизмін бағалау мақсатында жүргізіледі.

Әдіс

Қандағы ЛГ анықтау күн сайын 5 күн бойына жүргізіледі. Алғашқы 2 күн ішінде бұлшықет ішіне 2 мг эстрадиол енгізіледі.

Нәтижелерді бағалау

- Гипоталамо-гипофиз-аналық без жүйесінде қалыпты өзара қарым-қатынас кезінде дені сау әйелдердегі овуляциялық шыңға сәйкес келетін 2-ші күні қандағы ЛГ деңгейінің төмендеуі (теріс кері байланыс механизміне сәйкес), ал 4-5-ші күні ЛГ деңгейінің жоғарылауы байқалады.

- Қандағы ЛГ жоғарылауының болмауы аналық без бен гипофиз арасындағы оң кері байланыс механизмінің зақымдалғанын көрсетеді.

1. ***Цитогенетикалық зерттеу*** (Х және Y жыныстық хроматин, кариотип анықтамасы) сыртқы жыныс мүшелерінің аномальды құрылымы, Шерешевский-Тернер синдромы, жыныстық дамудың кідіріс синдромы, біріншілік және екіншілік аменорея белгілері бар барлық қыздарға көрсетілген.

2. ***Аналық без антигендеріне аутоантиденелерді анықтау***

3. Бұл зерттеу аналық без жеткіліксіздігінің аутоиммунды сипатына күдік туындаған кезде көрсетілген. Аналық бездердің микросомальды стероидты жасушаларының фракцияларына аутоантиденелерді зерттеу ең ақпараттылық болып саналады [2-4, 9-18].

3 ТАРАУ

МЕНСТРУАЛЬДЫҚ ЦИКЛ ЖӘНЕ ОНЫҢ РЕТТЕЛУІ

Әр етеккір циклінде әдетте овуляция процессі болады және онда бір фолликул пісіп жетіледі, бірақ кейде аналық безде бір сары денеге қарағанда көп нәрсені табуға болады. Фолликула пісіп жетілуінің және оның овуляциясы арасындағы уақытты дәл белгілемейді, бірақ фолликуланың овуляцияға дайын болғанға дейін пісіп-жетілуіне ең азы 10-12 күнді құрайды. Гонадотропты гормондардың әсерінен болатын фолликулалардың өсуі болатын етеккір циклінің фазасы - фолликулярлық фаза деп аталады (сурет.1).



С1 Сурет. – Етеккір циклінің гормональды регуляциясы
(William M. Kettyle, Ronald A. Arky, 2001)

Гонадотропин секрециясының болжамды шыңының басталуы эстрадиол секрециясының көбеюінің нәтижесі болып табылады. Овуляцияға дейінгі фолликул өндіретін прогестерон (П) ЛГ овуляциялық шыңының ұзақтығы мен қарқындылығын арттырады.

Овуляция фолликуланың тез өсуінен тұрады, ол шығыңқы, аналық бездің қыртысты қабатын созып, соңында оны жыртады; ооцит іргелес жұмыртқамен бірге төмпешікті фимбрияға, содан кейін фаллопиялық түтіктің ампулярлық бөлігіне түседі. Бұл процесс ЛГ овуляциялық шыңынан 5-6 күн бұрын басталады және шыңнан кейін орта есеппен 16 сағаттан кейін пайда болатын фолликуланың жыртылуымен аяқталады. Фолликула жарылуының артынан тека жасушадағы капиллярлар және фибробласттар базальды мембранадан пролиферацияланады және пенетрацияланады. Фолликуланың қабырғаның түйіршікті жасушалары лютеинизацияланады және айналасындағы тека жасушалар тамырлармен бірге сары денені құрайды. Сары дене - бұл лютеинді фазадағы аналық бездің жыныстық гормондарының (Е2 және Р) негізгі көзі болып табылатын *эндокриндік безі*. **Сары дененің дұрыс дамуы үшін сізге қажет келесі шарттар қажет:**

- қалыпты гендік аппарат;

- түйіршікті жасушалардың жеткілікті саны;
- тығыздығы төмен липопротеиндерді жеткізуді жүзеге асыру үшін
- (ТТЛП) соңғы өнімі стероидтер болып табылатын гранулездің жасушаларына доминантты фолликулдың толық васкуляризациясы;
- жұмыртқа жасушаның экспульсиясы.

Сары дененің гормон шығаратын жасушаларының белсенділігін реттейтін негізгі гормондар - ЛГ және пролактин. Сары дене орта есеппен 14 ± 2 күн жұмыс істейді, содан кейін өздігінен регрессияға ұшырайды және ақ дене деп аталатын тамырсыз тыртықпен ауыстырылады. Егер жүктілік пайда болса, ұрықтың трофобластымен бөлінетін хорионикалық гонадотропин прогестеронның сары дененің секрециясын ұзартады, бұл ерте кезеңдерде жүктілікті сақтау үшін қажет.

Сары дененің негізгі өнімдері:

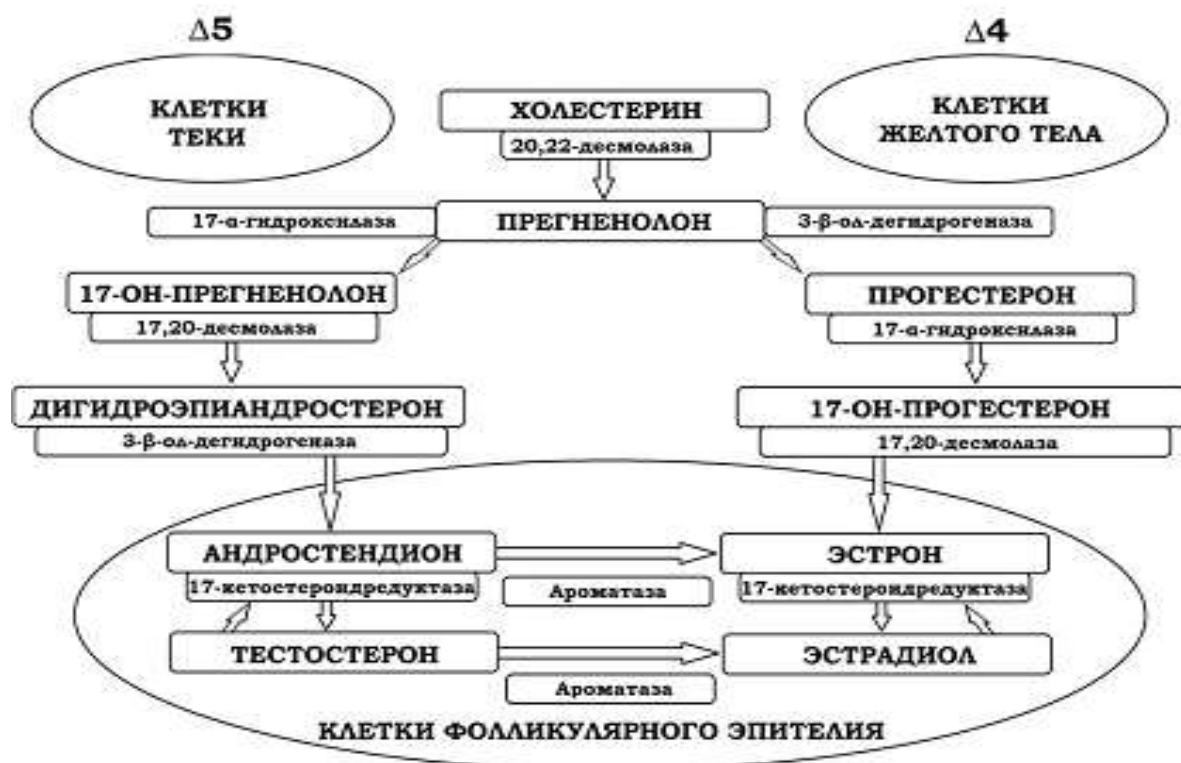
- прогестерон;
- андростендион;
- эстрон, эстрадиол;
- релаксин;
- дезоксикортикостерон;
- окситоцин, вазопрессин.

Аналық бездерде жыныстық стероидті гормондардың үш түрі синтезделеді: **гестагендер, эстрогендер және андрогендер**. Олардың барлығы холестериннен синтезделеді.

Эстрогендер. Адамның биологиялық сұйықтықтарынан 30-дан астам эстроген бөлінеді. Олардың негізгілері-эстрон (E_1), $17\text{-}\beta$ эстрадиол (E_2) және эстриол (E_3). $17\text{-}\beta$ эстрадиол ең айқын әсерге ие, оның 95% - ы аналық бездің жетілген фолликулаларынан бөлінеді, ең азы – эстриол. E_2 және E_1

гонадотропты гормондардың әсерінен етеккір циклінің сатысына тікелей байланысты овариальды фолликулалар шығарады. Сонымен қатар, E_1 -бұл E_2 метаболиті және андростендионның аналық бездерінен тыс жерінде пайда болады. Жетілген фолликулалары болмаған кезде эстрогендер плазмада тек E_1 түрінде болады, ол негізінен майлы тіндер мен бауырда андрогендерді хош иістендіру арқылы қалыптасады. Фолликуладағы эстроген синтезінің негізгі субстраттары ЛГ әсерінен тека жасушаларын шығаратын андрогендер (андростендион және тестостерон). Андрогендерді эстрогендерге айналдыру ароматаза - түйіршікті жасушаларының ферментімен қамтамасыз етіледі, оның белсенділігі ФСГ әсеріне байланысты (сурет.2).

Эстрогендердің биологиялық, анаболикалық әсері қынаптың, жатырдың, сүт бездерінің дамуын, жамбас сүйектерінің пайда болуын және май тіндерінің әйел типтес таралуын ынталандырудан тұрады. Эстрогендер теріс және оң кері байланыс қағидасы бойынша гонадотропиндердің секрециясын реттеушілер болып табылады, қалыпты етеккір циклі кезінде гонадотропиндердің циклдік шығарылуын қамтамасыз етеді. Олар сондай-ақ фолликулалардың өсуін тудырады, аналық бездердің өсуі мен дамуына, эндометрийдің қалыңдауын тудырады, прогестеронмен бірге ондағы циклдік өзгерістерге әсер етеді. E_1 және E_2 бауырда тез метаболизмге және конъюгацияға ұшырайды, шамамен 50% несеппен шығарылады және 50% С өтпен ішекке түседі, басым бөлігі бауырға порталдық жүйе бойынша қайтарылады.



2 Сурет. - Аналық бездердегі стероидты гормондардың биосинтезі. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Гестагендер. Гестагендер туындыларына прогестерон, 17-гидроксипрогестерон және 20α-гидроксипрогестерон кіреді. Негізгі гестаген - прогестерон (П) болып табылады. Жүктіліктен тыс кезде сары дененің П басты өнімі болып саналады. Алайда, кішігірім мөлшерде ол бірінші, фолликулярлық фазада бөлінеді. П қамтамасыз етеді:

- 1-фазада ФСГ өсуі;
- 2-ші фазадағы ФСГ секрециясының тоқтауын;
- преовуляторлық күндердегі ЛГ ең жоғары шығарылымы;
- аноксигендік әсер (прегненолонсульфат метаболиті есебінен);
- сүт бездерінің альвеолаларының өсуін ынталандырады, ПРЛ-мен бірлесіп лактацияны қамтамасыз етуді, сүт бездерінде жолдарды және бөлікшелерді қамтамасыз етеді;
- жатырда пролиферативті процестерді және тамырлардың өсуін күшейтеді;
- окситоцин мен простагландиндердің әсерін бейтараптандырады;
- симпатикалық жүйке жүйесін белсендіреді;
- холестериннен стероидты гормондардың прекурсоры;
- жүктілік кезінде эмбрионды имплантациялау;
- менструальдық цикл уақытында эндометрияның секреторлық гиперплазиясын тудырады;
- жатыр мен қынаптағы пролиферативті процестерді тежеу;
- эндометрий бездерінің секреторлық белсенділігінің артуы.

П-ның спецификалық емес әсері дене температурасын реттейтін гипоталамус ядроларына әсер етуден тұрады, нәтижесінде циклдің 2-ші фазасында

әйелдің дене температурасы орташа есеппен 0,5°C-қа артады. П, негізінен бауырда метаболизацияланады, негізгі метаболиттері – прегнандиол және прегненолон.

Андрогендер. Аналық бездердің шығаратын негізгі андрогендер - андростендион және тестостерон болып табылады. Андрогендердің синтезі интерстициальды жасушалар және стромальды тека жасушалармен іске асырылады. Тестостерон плазмалық деңгейі етеккір циклының фазаларымен байланысты емес. Андростендионның концентрациясы фолликулярлық фазаға қарағанда лютеинді фазада жоғары. Тестостерон мен андростендион 17 кетостероидқа дейін метаболизденеді және несеппен шығарылады. Андрогендер әйел денесіндегі эстрогендермен бірге анаболикалық әсерге ие, сүйек тінінің өсуі мен жетілуін жеделдетуге әсер етеді, жыныстық түктенудің дамуына және либидоның қалыптасуына себеп болады [1, 6, 25].

4-ТАРАУ ҚЫЗДАРДЫҢ ЖЫНЫСТЫҚ ДАМУЫН БАҒАЛАУ

Пубертаттық кезең үшін жасөспірімдердің бір бөлігінде күнтізбелік және биологиялық жас арасындағы сәйкессіздік тән. Тек жасөспірімдердің күнтізбелік жасына назар аудару жеткіліксіз, өйткені биологиялық, психикалық және психологиялық реактивтілік биологиялық жаспен көбірек анықталады. Егер биологиялық жас күнтізбеге сәйкес келмесе, қыздар бірқатар психологиялық және әлеуметтік проблемаларға тап болады, көбіне, оқу тапсырмаларын орындау қиынырақ.

Жасөспірімнің физиологиялық жетілуі- бұл белгілі бір соматикалық мәртебеге, жыныстық даму сатысына және мінез-құлық реакцияларына қол жеткізу. Физиологиялық жетілуді бағалау кезінде қыздың жеке биологиялық жасының оның күнтізбелік жасының типтік сипаттамаларына сәйкестігі тексеріледі. Биологиялық жасты анықтаудың 3 түрлі әдісі қолданылады. Оны *тіс формуласы* бойынша бағалауға болады (тістің жетілуі) – тұрақты тістердің саны бойынша. Бұл әдіс ең қарапайым, бірақ 6-13 жас аралығында ғана тиімді.

Екінші жыныстық белгілердің және сыртқы жыныс мүшелерінің дамуын бағалау (жыныстық формула, жыныстық даму сатысы) өте қарапайым. Бұл көрсеткіштер әдетте 10-15 жас аралығындағы күнтізбелік жасқа сәйкес келеді.

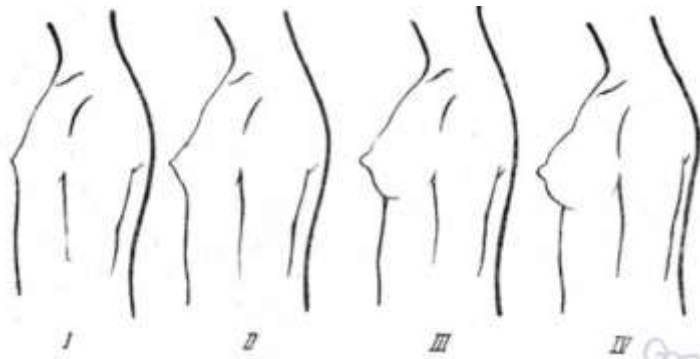
Сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің даму дәрежесін, екінші жыныстық белгілердің дамуын бағалауды қарап тексеру арқылы және кіші жамбас ағзаларының ультрадыбыстық зерттеуі арқылы жүргізеді.

Қыздардағы қалыпты жыныстық даму 8,5 жастан 13 жасқа дейін, орта есеппен 10,5 жаста басталады. Екінші жыныстық белгілердің дамуына қатаң реттілік тән, бұл жыныстық жетілу кезеңінің дұрыстығының критерийлерінің бірі болып табылады. Жыныстық жетілудің алғашқы көрнекі белгісі-сүт бездерінің ұлғаюы, содан кейін қасаға аймағында, содан кейін қолтықтарда шаштың пайда болуы. Бұл фонда менархе келеді.

Бастапқы сатылардағы сүт бездерінің жетілуі тек ареоланы қамтиды, ареола томпайып пигменттеледі. Кейіннен безді тіндердің қалыптасуы жүреді: алдымен субареолярлы түйін түрінде, содан кейін процесс ареоладан тыс таралады. Бір мезгілде жамбас сүйектері өсіп, әйел типінде май тіні жиналады. Екінші жыныстық белгілердің дамуын бағалау Э. Таннер, Бутурлин Янг, Л. Г. Тумилович т.б.

градациялары бойынша жүргізіледі. Әр белгінің символы және өзіндік коэффициенті бар: сүт бездері – Ма (1,2 балл), қасағаның түктенуі – Р (0,3 балл), аксиллярлық түктену – Ах (0,4 балл), етеккір – Ме (2,1 балл). Жыныстық формула құрастырылады: Ма + Р + Ах + Ме қосып, жалпы "жыныстық даму балы" есептеледі.

3-суретте сүт безінің даму кезеңдері көрсетілген:



Сурет 3. Сүт безінің даму сатылары.

Жыныстық формуланың көрсеткіштері (кесте- 4, 5):

- Сүт бездері – Ма (1,2 балл) – *телархе*:
- Ма0 – сүт безі үлкеймеген, емізік кішкентай, пигменттелмеген;
- Ма1 – үрпі шеңберінің ісінуі, оның диаметрінің ұлғаюы, пигменттелмеген;
- Ма2 – конустық пішінді сүт безі, периоск шеңбері пигменттелмеген, емізік томпаймаған;
- Ма3 – дөңгелек пішінді кеуде, периоск шеңбері пигменттелген, емізік томпайған;
- Ма4 – "жетілген кеуде" дөңгелек пішінді.
- Қасағаның түктенуі Р (0,3 балл) – *пубархе*.
- Аксиллярлық түктену (0,4 балл):
- Р0аh0 – қасаға мен қолтықта түктену жоқ;
- Р1аh1 – бірен саран түзу түк;
- Р2аh2 – түктер қалыңырақ және ұзындау, аймақтардың ортасында орналасқан;
- Р3аh3 – қасағаның барлық үшбұрышында және жыныс мүшерелінде қалың, ұзын, қолтық түктермен жабылған.
- Етеккір–Ме (1,2 балл) - *менархе*:
- –Ме0 - етеккірдің болмауы;
- Ме1 - менархе тексеру кезінде 1 ай ішінде;
- Ме2 - тұрақты емес, ауыру сезіммен, тұрақтанбаған;
- Ме3-тұрақты етеккір.

Мысалдар:

12 жастағы жыныстық формула- $Ma3P2Ax1Me0 = 3,6 + 0,6 + 0,4 + 0 = 4,6$ – қалыпты немесе жыныстық даму қарқынының біршама үдеуі.

17 жастағы жыныстық формула- $Ma3P3Ax3Me3 = 3,6 + 0,9 + 1,2 + 6,3 = 12$ – қалыпты жыныстық жетілу.

13 жастағы жыныстық формула- $Ma1P0Ax0Me0 = 1,2 + 0 + 0 + 0 = 1,2$ – кешіктірілген жыныстық жетілу.

Кесте 4. –М.В. Максимов бойынша қыздардың жыныстық даму стандарттары:

ас	Қалыпты даму формуласы	Қалыпты даму бағалары	Кідіру	Ерте жетілу
0	$Ma0Pb0Ax0Me0$ – ден $Ma2Pb1Ax0Me0$ дейін	0-ден 2,7 дейін	-	2,7 ден көп
1	$Ma1Pb0Ax0Me0$ -ден $Ma2Pb1Ax0Me0$ дейін	1,2-ден 2,7 дейін	аз 1,2-ден	2,7 ден көп
2	$Ma1Pb0Ax0Me0$ -ден $Ma3Pb3Ax1Me1$ дейін	1,2-ден 7,0 дейін	аз 1,2-ден	7,0-ден көп
3	$Ma3Pb2Ax0Me0$ -ден $Ma3Pb2Ax2Me3$ дейін	3,0-ден 11,6 дейін	аз 3,0-ден	11,6-дан көп
4	$Ma3Pb2Ax2Me0$ -ден $Ma3Pb3Ax3Me3$ дейін	5,0-ден 12,0 дейін	аз 5,0-ден	-
5	$Ma3Pb3Ax2Me3$ -ден $Ma3Pb3Ax3Me3$ дейін	11,6-дан жоғары	аз 11,6-ден	-

5 Кесте. - Қыздарда жыныстық түктенудің даму дәрежесі және сүт бездерінің ұлғаю дәрежесі (Tanner J., 1980).

Дәрежесі	Қасағаның түктенуі (Р)	Қолтықтың түктенуі (А)	Сүт бездері (Ма)
I	жоқ	жоқ	жоқ
II	Қасаға және үлкен жыныс еріндері аймағында бірен-саран түктену.	Қолтық аймағында бірен-саран түктер.	Ареоланың үлкеюі және бездің ісінуі.
III	Қасаға және үлкен жыныс еріндері аймағында бұйраланған түктену.	Қолтық аймағында бұйраланған түктер.	Ареола мен бездің шекарасыз үлкеюі.
IV	Қасағаның түктенуі ересектердікіндей, бірақ аралық пен санның ішкі бетіне таралмаған.	-	Ареола мен емізктің екіншілік төмпешік түзіп шығыңқы болуы.
V	Қасағаның түктенуі санның ішкі аймағына таралған.	-	Сүт безі ересектер сияқты.

Баланың фенотипін бағалауда тұқым қуалайтын факторлар үлкен рөл атқарады. Анасының жыныстық дамуы басталған уақытты нақтылау қажет, ата-аналардың этникалық ерекшеліктерімен байланысты. Сонымен, европоидтық және азиялық,

негроидтық нәсілдегі жыныстық дамудың басталуындағы айырмашылық 2-2,5 жылға жетеді.

Қаңқалық жетілу- сол қолдың рентгенограммасында білек, қол және білек сүйектерінің оссификация дәрежесімен анықталады, кең диапазонда, тіпті тексерілетіндердің биологиялық жасын барынша дәл анықтауға мүмкіндік береді. Техника зиянсыз, өйткені тек білек пен қол сәулеленуге ұшырайды.

Жыныстық жетілу аналық бездердің ұлғаюымен, кіші жыныс еріндерінің, жатырдың өсуімен және қынап қабырғаларының қалындауымен бірге жүреді. Қыздың даму процесіндегі анатомиялық өзгерістердегі схемалық түрде келесідей ұсынуға болады:

8-9 жас – жамбас шеңберінің тез өсуі, жамбаста май тінінің пайда болуы;

9-10 жас-сүт бездерінің өсуінің басталуы;

11 жас – қасағаның түктенуі;

12-13 жас – еміздіктердің пигментациясы, сүт бездерінің ұлғаюы, менарханың пайда болуы;

13-14 жас – қолтықтардың түктенуі;

15-16 жас – екі фазалы етеккір циклінің құрылуы;

16-18 жас – қаңқа өсуінің баяулауы.

Алайда, барлық осы белгілер тұқым қуалаушылыққа байланысты айтарлықтай өзгеріске ұшырайды. Сондықтан, егер қыздың анасы мен әжесінің етеккірі шамамен 16 жастан басталса, педиатрлар мен басқа дәрігерлердің 14 жастағы қызда етеккірдің болмауы туралы алаңдаушылығы әрдайым нақтыланбайды. Қазіргі уақытта менарханың пайда болуының физиологиялық жасы 9-дан 15 жасқа дейінгі кезең болып саналады.

Антропометриялық әдіспен морфотиптерді анықтау жыныстық дамуды бағалау үшін қолданылады.

Жыныстық дамудың кешеуілдеуі үшін келесі морфотиптер тән:

– макроскелетикалық;

– интерсексуалдық;

- нәресте.

Ерте жыныстық дамуға келесі морфотиптер тән:

- брахиқаңқалық;

- сексуалдық;

- біркелкі жетілу.

Гинеколог қабылдауына жіберу үшін көрсеткіштер:

- мектепке дейінгі балалар мекемелеріне бару кезінде, мектепке барғанда, 11-12 жасқа толғанда, 14-15 жасқа толғанда, 15 жастан жоғары – жыл сайын (Беларусь Республикасының заңнамасына сәйкес 18 жасқа дейін заңды өкілдердің жазбаша келісімімен);

- жыныс жолдарының ақ түсті бөлінділердің пайда болуы (ауыр, патологиялық түрі);

- кез келген жаста іштің ауыруы;

- іштің көлемі мен пішінінің өзгеруі;

- жыныстық даму белгілерінің пайда болуы (сүт бездерінің өсуі, қасағада түктенудің пайда болуы) 8 жасқа дейін;

- 12-13 жаста екіншілік жыныстық белгілердің болмауы;

- 15 жастан кейін етеккірдің болмауы;

- етеккір циклінің бұзылуы, етеккір арасындағы 3 айдан астам үзіліс;

- зәрдің анализіндегі өзгерістер (бактериурия, лейкоцитурия және т. б.);
- сыртқы әйел жыныс мүшелері құрылысының бұзылуы;
- жыныстық жетілу кезеңінде 2-3 дәрежелі семіздік немесе дене салмағының жетіспеушілігі >10%;
- ерлер сияқты түктену;
- физикалық дамудың кешігуі, қысқа бойлылық, ұзын бойлылық;
- хирургиялық араласудан кейінгі жағдай: аппендицит, перитонит және т. б.;
- созылмалы тонзиллиттің декомпенсацияланған түрі, жасөспірім кезіндегі тонзиллэктомия;
- жыныстық даму кезеңіндегі сүт бездерінің патологиялық жағдайы;
- іштің және сыртқы жыныс мүшелерінің жарақаттары, тіпті тері және шырышты қабат тұтастығы бұзылмаса да;
- әртүрлі экстрагениталдық аурулармен ұзақ уақыттан бері ауыратын балалар (эндокринді, аллергиялық, инфекциялық және т. б.);
- жыныстық өмірдің басталуымен.

Шұғыл стационарға емдеуге жатқызу көрсеткіштері:

1. Жедел хирургиялық емдеуді талап ететін ішкі жыныс мүшелерінің аурулары, "жедел іш":
 - аналық без кистасының аяқшаларының айналуы;
 - аналық без кистасының жарылуы;
 - тубоовариальді абсцесстің жарылуы;
 - жатырдан тыс жүктілік және т. б.
2. Жүктіліктің қан кетумен қатар жүретін асқынулары.
3. Кәмелетке толмағандардағы қан кету.
4. Репродуктивті жүйенің ағзаларындағы түрлі этиологиялы қабыну процестерінен туындаған септикалық асқынулар.
5. Әйел жыныс мүшелерінің функцияның бұзылуымен, қан кетумен жүретін жарақаттары. Пациенттердің осы санаты тұрғылықты жері бойынша жақын маңдағы гинекологиялық стационарларға және "Ана мен бала"РҒТО емдеуге жатқызылады [1,19-26].

5 ТАРАУ

ӘЙЕЛДЕР РЕПРОДУКТИВТІ ЖҮЙЕСІ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ

Қыздарда жыныстық дамудың келесідей бұзылуларын ажыратады (6 кесте).

6 Кесте. - Жыныстық дамудың бұзылуы

	Репродуктивті жүйенің зақымдану деңгейі мен сипаты	Аналық бездің функционалды жағдайы	Аналық бездің құрылымы	Етеккір циклінің бұзылу сипаты
1. Ерте жыныстық жетілу				
Изосексуалды	Гипоталомиялық	Овуляциялық циклдер	Репродуктивті жасқа	Қалыпты

	құрылымдардың функционалдық немесе органикалық бұзылулары		сәйкес	етеккір
	Аналық бездің феминизациялауш ы ісіктері	-	Гранулез ді-тека жасушалы ісіктер	Ац иклді қанды бөліністе р
Гетеросек суалды (туа біткен АГС)	Бүйрек үсті безінің қыртысты қабаты, моногенді мутация	Балалық жасқа сәйкес келеді	Приморд иалді және преантралді фолликулдар	
	Бүйрек үсті безінің қыртысты қабаты, вирилизациялаушы ісік			
2. Жыныстық жетілудің кешеуілдеуі				
Жынысты қ жетілудің кешеуілдеуі	Гипоталамо- гипофизарлы құрылымдардың функционалді немесе органикалық бұзылыстары	Препубе ртатты жасқа сәйкес келеді	Приморд иальді, преантралді, антралді фолликулдар	Бірі ншілік аменорея
3. Жыныстық жетілудің болмауы				
Гонад дисгенезиясы	Гонадтар; Жыныс хромосомаларыны ң сандық және сапалық патологиясы	-	Дәнекер тіні, строма элементтері	Бірі ншілік аменорея
Типтік түрі				
Таза түрі				
Жасырын түрі			Бірен саран премордиалді фолликулдар	
Аралас түрі			Дамымағ ан аналық без элементтері	

Жыныстық дифференциацияның бұзылуынсыз жыныстық жетілу ауытқулары:

- ерте жыныстық жетілу;
- жыныстық жетілудің кешігуі.

Жыныстық дифференциацияның бұзылуымен жүретін жыныстық жетілу ауытқулары:

- туа біткен аденогениталді синдром;
- гонад дисгенезиясы;
- жатыр мен қынаптың даму ақаулары.

Мерзімінен бұрын жыныстық даму

Патологиялық процесс орталық жүйке жүйесінде, бүйрекүсті безінің қыртысты қабатында, аналық бездерде орналасқан (7 кесте).

7 кесте. - Ерте жыныстық жетілудің жіктелуі

Түрі	Этиологиясы
1. Шынайы ерте жыныстық даму	
А. Толық Б. Толық емес	Идиопатиялық. Орталық жүйке жүйесінің ісіктері (глиома, астроцитомы, дисгерминома, тератома). Сұр төбе гамартомасы. Гипофиздің гонадотропин өндіретін ісіктері. Эпифиздің паренхималық емес ісіктері (глиома, астроцитомы, тератома). Орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымданулары (инфекция салдары, жарақат, гипертензия-гидроцефалиялық синдром). Бас сүйек пен мидың дамуындағы ауытқулар (септо-оптикалық дисплазия). Емделмеген біріншілік гипотиреоз. Бүйрекүсті андрогендерінің ерте артық мөлшерін емдеу (Бүйрекүсті безінің туа біткен гиперплазиясы, бүйрекүсті безінің андроген шығаратын ісіктері). Генетикалық синдромдар (Маккьюн-Олбрайт, Рассел-Сильвер).
2. Жалған ерте жыныстық даму	
А. Изосексуалді форма (әйел типі бойынша)	Аналық бездердің эстроген өндіретін ісіктері (гранулезоклеткалы, лютеома), фолликулалық кисталар Бүйрекүсті безінің эстроген өндіретін ісіктері Экзогендік эстрогендер
Б. Гетеросексуалді форма (еркек типі бойынша)	Бүйрекүсті безінің туа біткен гиперплазиясы Бүйрекүсті безінің андроген шығаратын ісіктері Аналық бездердің андроген шығаратын ісіктері (арренобластома) Бүйрекүсті безінің қыртысты қабатының жасушалары бар тератома Экзогендік андрогендер
3. Толық емес ерте жыныстық даму	
	Оқшауланған телархе

Ерте жыныстық даму - барлық немесе кейбір екіншілік жыныстық белгілердің 3SD-де және орташа мерзімнен ертерек пайда болуы (қыздарда 7 жасқа дейін).

Ерте (жеделдетілген) жыныстық жетілу- 2-ден 3 SD -ге дейін жыныстық жетілу белгілерінің пайда болуы (7-ден 8 жасқа дейінгі қыздарда).

Таннер бойынша (В.Маршалл, Дж. Таннер,1969) жыныстық даму сатыларын ескере отырып сүт бездерінің өсуін 8,9 жасқа дейін, қасаға түктенуі – 9,0 жасқа дейін және менархе – 10,8 жасқа дейін болуын ерте деп санауға болады.

Ерте жыныстық дамудың және ерте жыныстық жетілудің жиілігі популяцияда 0,5%, ал қыз балаларда ұлдарға қарағанда 4-5 есе жиі кездеседі.

Халықаралық жіктеулерде ерте жыныстық дамудың "гонадотропинге тәуелді" және "гонадотропинге тәуелді емес" түрлері бар. Сонымен қатар, ерте жыныстық дамудың 2 түрі бар:

шынайы (pubertas praecox vera) және жалған (pseudopubertas praecox). Ерте жыныстық дамуы бар қыздарды дұрыс жүргізу тактикасын анықтау үшін репродуктивті жүйенің зақымдану деңгейін уақытылы анықтау, орталық және перифериялық генезді ерте жыныстық дамуды айыра білу неғұрлым маңызды.

Соңғы жылдары ерте жыныстық дамудың жіктелуінде гонадотропин-тәуелсіз түрлері ажыратылуда—Мак-Кьюн-Олбрайт-Брицев синдромы, Рассел-Сильвер синдромы, Ван-Викк-Громбах синдромы. Аурудың барлық аталған формаларында жыныстық жетілу прогрессивті жыныстық жетілудің барлық негізгі сипаттамаларына ие және ерте жыныстық дамудың толық формасы ретінде сипатталады.

Сондай-ақ, аурудың аталған түрлерінің ешқайсысына сәйкес келмейтін ерте жыныстық даму нұсқалары бар: декомпенсацияланған біріншілік гипотиреоз фонында дамыған ерте жыныстық даму, бүйре үсті безі қыртысты қабатының ту біткен дисфункциясын кеш емдеу.

Шынайы немесе орталық форма- бұл орталық жүйке жүйесінің әртүрлі органикалық немесе функционалдық бұзылыстардың нәтижесінде пайда болады- гонадотропинтәуелді ерте жыныстық даму, гипоталамо-гипофизарлық жүйенің мезгілінен ерте белсендірілуімен сипатталады, егер екіншілік жыныстық белгілердің және етеккірдің болуы дамыған болса, **толық** болуы мүмкін. Бірақ екіншілік жыныстық белгілердің даму қарқыны физиологиялық жыныстық жетілуден бұрын болады.

Толық емес ерте жыныстық даму-егер екіншілік жыныстық белгілердің даму дәрежесі әртүрлі болуы және етеккірдің болмауы.

Ерте жыныстық дамудың толық емес нұсқалары: *Телархе*- екінші жылы сүт бездерінің үлкеюі, көбінесе екі жақты болады, біраз уақыттан кейін өздігінен қалпына келеді. Бұл қайтымды жағдай және ем қажет етпейді.

Адренархе және пубархе – жыныстық түктенудің ерте пайда болуы. Жиі кездеседі. Шаш өсуі дегидроэпиандростерон деңгейінің жоғарылауына және оның тестостеронға ауысуының артуына байланысты.

Менархе (алғашқы етеккір) толық емес формада 10-11 жаста болады.

Жалған (перифериялық) ерте жыныстық даму гонадтар мен бүйрек үсті бездерінің гормон өндіретін ісіктерімен жыныстық гормондардың гиперсекрециясына байланысты және ГТ секрециясына тәуелді емес. Негізгі көріністер: изосексуалдық

ерте жыныстық даму, екіншілік жыныстық белгілердің пайда болу реттілігі бұзылған жыныстық ерте даму, жыныстық ерте дамудың өтпелі формасы, гетеросексуалдық жыныстық ерте даму.

Изосексуалдық ерте жыныстық даму-бұл 8 жасқа дейінгі қыздарда екіншілік жыныстық белгілер мен етеккірдің пайда болуы. Бұл патология органикалық немесе функционалды церебральды патологияға байланысты. Патологиялық процесс аналық бездерде болуы мүмкін.



4 сурет. - Изосексуалдық ерте жыныстық дамудың толық формасы.

10 жастағы қыз. Менархе 6 жаста. Дене ұзындығы 152 см, сүйек жасы 18-де. (бақылау М.Г.Мороз [1, 15]).

Изосексуалдық ерте жыныстық дамудың церебральды формасы-шынайы ерте жыныстық даму деп аталады. Процеске гипоталамус (РГЛ гормонының мерзімінен бұрын секрециясы), гипофиз (гонадотропиндердің шығарылуымен) қатысады.

Бұл жоғары құрылымдар фолликулалардың жетілуіне, эстроген гормонының өндірілуіне және нысана ағзаларға әсер етуіне алып келеді.

Орталық жүйке жүйесінің патологиясы **органикалық сипатта** болуы мүмкін:

- перинаталды патология (ұрықтың жатыр ішілік гипоксиясы, босану жарақаты, шала туылуы, ұрықтың құрсақ ішілік дамуының кідіруі);

- бала өмірінің бірінші жылындағы инфекциялық-уытты аурулар;

- ми ісіктері: астроцитомы, ганглиневромалар және басқалар. **функционалды сипатта:**

- тонзиллогендік инфекция;

- перинаталдық кезеңде зиянды факторлардың әсері (гестоздар, күрделі босану, анадағы соматикалық патология).

Изосексуалдық ерте жыныстық дамудың **аналық формасы** (жалған ерте жыныстық жетілу). Бұл форма аналық без ісіктерінің болуымен байланысты. Көбінесе аналық бездердің гормон өндіретін (гранулеоз жасушасы және текажасушалы) ісіктерімен байланысты. Аналық бездердің фолликулалық кисталары өтпелі эстрогендік белсенділікке ие.

Гетеросексуалдық ерте жыныстық жетілу-бұл өмірдің алғашқы 10 жылына дейін қыздарда еркек типті жыныстық жетілу белгілерінің пайда болуы. Гетеросексуалдық ерте жыныстық жетілудің жиі кездесетін клиникалық түрі-адреногенитальды синдром (бүйрек үсті безінің туа біткен гиперплазиясы, жалған әйел гермафродитизмі немесе гетеросексуалдық типтегі қыздардың мерзімінен бұрын жыныстық жетілуі).

Адреногенитальды синдром (АГС) бүйрек үсті безінің стероидты гормондарын синтездеуге қатысатын ферменттік жүйелердің туа біткен жетіспеушілігінің салдары болып табылады. Бұл генетикалық ақау рецессивті жолмен тұқым қуалайды. Туа біткен адреногенитальды синдромдағы бүйрек үсті кортексіндегі андрогендердің гиперпродукциясы моногенді мутацияның, яғни С21-гидролаза ферменттік жүйесінің туа біткен жетіспеушілігінің нәтижесі болып табылады, нәтижесінде бүйрек үсті бездеріндегі кортизол синтезі бұзылады. Бүйрек үсті бездерінде кортизолдың түзілуі төмендейді, кері байланыс қағидаты бойынша гипофиздің алдыңғы бөлігінде АКТГ түзілуі артады. Осылайша, кортизол ізашарларының синтезі күшейеді, ал олардан андрогендер түзіледі.

С21-гидроксилазаның жетіспеушілігі онтогенездің әртүрлі кезеңдерінде пайда болуы мүмкін және осыған байланысты АГС формалары бөлінеді:

- туа біткен;
- пубертаттық;
- постпубертаттық.

Жыныстық жетілу кезіндегі жыныстық дамудың бұзылуы (жасырын вирилизация түрі бойынша). Патологиялық өзгерістер ОЖЖ, аналық безде, бүйрекүсті безінде орналасады. Патологиялық процестің деңгейіне байланысты көріністердің сипаты әр түрлі: аналық бездің дисфункциясы (гиперандрогения), бүйрек үсті безінің дисфункциясы (пубертаттық АГС). Клиникалық көріністер метаболикалық-вегетативті бұзылулардан, етеккір циклінің бұзылуынан, жасырын вирилизацияның белгілерінен тұрады.

Себептері: *Стейн-Левенталь синдромы* (аналық бездің ферменттік жүйелерінің жеткіліксіздігі), *бүйрек үсті безінің гиперандрогениясы, диэнцефалиялық генезді гиперандрогения*. Бұл жыныстық жетілу кезінде бастан өткерген нейротропты инфекциялардың нәтижесі.

Менархеге дейін ауырған қыздарда ерте жыныстық жетілу байқалады. Менархе әдеттегіден ертерек пайда болады, тұрақты етеккір циклі болмайды, ювенилді жатырдан қан кету, шамалы гирсутизм, семіздік, сүт бездерінің гипертрофиясы, сүт бездерінің, іштің, жамбастың терісінде стриялар анықталады.

Бір немесе бірнеше екіншілік жыныстық белгілер мерзімінен бұрын пайда болған кезде қыз баланы қарап – тексеру мынадай әдістерді қамтуы тиіс: - бойының өсуін, өсу қарқынын, дененің сәйкестілігін, майдың жиналу түрін, бұлшықет жүйесінің дамуын, сыртқы жыныс мүшелерінің дамуын және екіншілік жыныстық белгілердің айқындылығын бағалау.

- "Сүйек" жасын анықтау.
- Жатыр мен аналық безінің УДЗ.

- Гормондық тексеру: қандағы ЛГ, ФСГ, ПРЛ, эстрадиол, тестостерон деңгейлерін анықтау, бүйрек үсті бездерінің қызметін зерттеу (ДЭАС, андростендион концентрациясы, 17-гидроксипрогестерон, қандағы 11-дезоксикортизол, несеппен 17-КС тәуліктік экскрециясы) ТТГ, бос Т4, бос Т3.

- Функционалдық сынамалар жүргізу ("апталық" дексаметазондық тест, ГРГ сынамасы).

- Бүйрек үсті бездерін визуализациялау, мидың МРТ немесе КТ.
- Электроэнцефалограмма.

-Қан сарысуында ЛГ, ФСГ, эстрадиол жоғарылаған кезде ЛГ-РГ сынамасын (декапептил немесе диферелин–25-50 мкг/м² т/а бір рет), кейіннен веноздық қанды алу және әрбір 30 минут сайын (барлығы 5 рет) орындау міндетті. *Пубертаттық*

жауап түрі-ЛГ-ның бастапқы мәндерден 10 есе артуы ерте жыныстық дамудың орталық формасының болуын көрсетеді, *пребубертатты түрі*-2-4 есе; ФСГ-нің басым жоғарылауы ерте жыныстық дамудың орталық формасының жоқтығын көрсетеді, бірақ ерте телархе үшін патогенді болып табылады.

Қосымша тексеру әдістері:

- оқшауланған телархе кезінде: сүт бездерінің, қалқанша безінің УДЗ;
- оқшауланған адренархе кезінде: бүйрек үсті бездерінің МРТ, УДЗ, гормондардың тәуліктік ырғағы (сағат 8.00 және 23.00 саралығында: кортизол, Т, 17-ОР, қан сарысуындағы ДЭАС);

-17-ОПГ және/немесе ДЭАС, кортизол және Т жоғары мәндерінде дексаметазонмен кіші сынама (күніне 4 рет 0,5 мг екі күн ішінде) жүргізу қажет. Сынаманы препаратты қабылдауды бастар алдында таңертең және қабылдаудың екінші күнінен кейін таңертең (17-ҚӨК, ДЭАС, Т деңгейін анықтау үшін) қан алу арқылы жүргізеді. Бұл сынама бүйрек үсті безі ісіктерін жоққа шығаруға мүмкіндік береді. "Синактенмен" (синтетикалық АКГГ) сынама 17-ҚӨК, ДЭАС жоғары деңгейінде және кортизолдың төмен немесе қалыпты деңгейінде бүйрек үсті безі қыртысының туа біткен гиперплазиясының классикалық емес түрін жоққа шығару үшін қолданылады.

Ерте жыныстың дамуды емдеу

Шынайы ерте жыныстық дамудың дәрі-дәрмектік терапиясы

а. ми ісігі салдарынан шынайы ерте жыныстық дамуда нейрохирургиялық араласудың мүмкіндігі мен қажеттілігі туралы мәселені шешеді. Егер операция қазіргі уақытта көрсетілмесе, шынайы ерет жыныстық дамудың барлық басқа жағдайларда консервативті антигонадотропты терапия жүргізіледі. Гонадотропты гормондардың өндірісін тежейтін препараттар 8-кестеде келтірілген.

8 кесте. - Ерте жыныстық дамудың дәрі-дәрмектік терапиясы

	Гонадолибериннің суперагонсті	Гестагендер	Тестостерон девиаты
Препараттар, орташа дозасы	Бусерелиннің орташа дозалары тәулігіне 600-1800 мкг интраназальді, 2-3 рет қабылдау. Нафалерин (синарел) 800-1600 мкг/тәулік интраназальді 2 рет. Трипторелин 50-100 мкг/кг бұлшықет ішіне 4 аптада 1 рет. Лейпрорелин (люпрон-депо) 300 мкг/кг внутримышечно 1 рет 4 апта.	Ципротерон ацетаты 50– 100 мг/м2 энтеральді түрде 1 қабылдағанда. Медроксипрогестерон ацетаты 100-200 мг внутримышечно 2 аптада 1 рет.	Даназол 100-400 мг/тәулігіне 1 қабылдау дозасына сәйкес.
Дозасының адекваттылығын тексеру	• екінші жыныстық белгілердің кері дамуы; • оссификация қарқынының тұрақтануы: "сүйек"жасын / хронологиялық жас кезеңін анықтау ≤ 1 ;		

	• ЛГ, ФСГ, эстрадиол деңгейлерінің қалыпқа келуі;		
Емдеу ұзақтығы	12-13 жасқа дейін	9-10 жасқа дейін (біртіндеп қабылдауды тоқтатамыз!)	9-10 жасқа дейін

В. Бүйрек үсті безінің туа біткен гипоплазиясынан пайда болған *жалған жыныстық ерте жетілуде* глюкокортикоидты және қажет болған жағдайда минерокортикоидты препараттарды тағайындайды. Бүйрек үсті безінің, гонадтар ісіктері жалған жыныстық ерте жетілуге әкеледі, бұл жағдай хирургиялық емдеуді қажет етеді.

Жыныстық жетілудің кідіруі – 13-14 жас аралығына дейін екіншілік жыныстық белгілердің болмауы немесе жартылай дамуы және 16 жасқа дейін етеккірдің болмауы. Жыныстық дамудың кешігуі эстроген секрециясының уақытша, функционалды бұзылуы болып саналады, бұл жыныстық дамудың баяулауына әкеледі. Осылайша, жыныстық жетілудің тежелуі орташа мерзіммен салыстырғанда жыныстық даму белгілерінің пайда болуының 2 жылдан аса кешігуі. Жыныстық жетілудің басталуына "ішкі" және "сыртқы факторлар" әсер етеді. "Ішкі" факторларға гонадтың жетілуінің конституционалдық (отбасылық) ерекшеліктері, қыздың салмағы және ағзадағы май тінінің құрамы жатады. Менархенің пайда болуы үшін қыздың орташа салмағы кем дегенде $47,0 \pm 2,0$ кг болуы керек, май тінінің құрамы 10-15% - дан кем болмауы керек. Пубертаттық жыныстық даму май тінінің мөлшері кем дегенде 16%, адренархе – кем дегенде 19%, ал менархе – май тінінің мөлшері кем дегенде 24% болған кезде басталады. Қыздардағы жыныстық дамудың тежелуінің негізгі формалары 9-кестеде келтірілген.

9 кесте. Қыздарда жыныстық дамудың кідіруінің негізгі формаларының жіктелуі және сипаттамасы.

Клиникалық көріністері	Лабораториялық көрсеткіштері
1. Конституционалді	
Қалыпты репродуктивті функциясы бар ата-аналарда немесе аналық бездерде жыныстық дамудың кідірісі. "Сүйек" жасының 2-3 жылға артта қалуы бар. Өсу қарқыны мен физикалық дамуы сүйек жасына сәйкес келеді. Соматикалық патологияны тексеру кезінде анықталмайды. Жыныстық даму "сүйек" 12 жасқа толғанда басталады. Жыныстық жетілудің реттілігі мен қарқыны әдетте қалыпты жағдай. Гонадотропиндер мен эстрадиол деңгейінің жоғарылауы жыныстық жетілу белгілерінің пайда болуынан бірнеше ай бұрын пайда болады. ГРГ сынамасынан кейін ЛГ деңгейінің жоғарылауы пубертаттық кезеңге сәйкес және жыныстық жетілудің алғашқы белгісінің пайда болуынан 1 жылға жуық алда.	ЛГ, ФСГ және Е2 базальды деңгейлері пубертаттық кезеңге сәйкес келеді. ГРГ-мен стимуляциялағанда ЛГ-нің мәні пубертаттық кезеңге сәйкес болуы мүмкін-теріс немесе пубертаттық кезеңге сәйкес-оң.

II. Соматогендік және дене салмағының жетіспеушілігі кезінде	
Жыныстық жетілу кезінде 10% май тінінің жоғалуы етеккірдің тоқтатылуына әкеледі. Салмақтың бойдан 30% -ға дейін артық болуы жыныстық дамудың ертерек басталуын тудырады, ал 30% - дан артық салмақ жыныстық дамудың баяулауына әкеледі. Жыныстық жетілудің баяулауы жүйелі созылмалы ауруларда (жүрек ақаулары, созылмалы пневмония және басқа өкпе аурулары, асқазан-ішек жолдарының аурулары, бауыр, бүйрек және т.б.), сондай - ақ тамақтанудың бұзылуымен, соның ішінде жүйкелік анорексия, гипо-немесе авитаминоз, ақуыз немесе минералды заттардың жетіспеушілігінен дамиды. Егер энтерит немесе созылмалы өкпе немесе бүйрек ауруларында жеткілікті тамақтану және дене салмағы сақталса, гонадотропин секрециясының бұзылуы әдетте дамымайды. Дене салмағы бой бойынша қалыптының 80% - на жетпеген кезде гонадотропиндердің жеткіліксіздігі дамуы мүмкін. Біраз уақыттан кейін, дене салмағын қалпына келтіргеннен кейін, гипоталамус-гипофиз жүйесінің қызметі қалыпқа келеді.	-\\-\\-
III. Белсенді физикалық жүктеме кезінде	
Спортпен және балетпен айналысатын қыздардың қарқынды физикалық белсенділігі кезінде дене салмағы мен май мөлшері физикалық аз белсенді қыздарға қарағанда аз болады. Оларда көбінесе жыныстық жетілудің кешеуілдеуін, біріншілік немесе екіншілік аменорея кездеседі. Қарқынды физикалық белсенділік тоқтаған кезде жыныстық жетілу процесі қайта басталып, менархе пайда болады. Бұл жағдайда жыныстық дамудың кідіруі себептері май тінінің жетіспеушілігі және қарқынды дене белсенділігі болып табылады, екі фактор да синергист ретінде әрекет етеді. Гонадархе тежелуіне қарамастан, адренархе әдетте кідірмейді.	-\\-\\-

Жыныстық дамудың кідірісі болуы мүмкін:

- церебральды генезді (гипогонадотропты гипогонадизм);
- аналық без генезді (гипергонадотропты гипогонадизм).

Процестің орналасуы: орталық жүйке жүйесі, аналық без. Негізгі клиникалық көріністер: екіншілік жыныстық белгілердің дамымауы, аменорея немесе гипоменструальды синдром, біріншілік аменорея.

ОЖЖ құрылымдарының зақымдану деңгейіне байланысты жыныстық дамудың кідіруі *гипоталамустық* және *гипофиздік* формаларға бөлінеді. Бұл формаларды ажырату емдеу тактикасын анықтау үшін маңызды.

Церебральды формалар (гипогонадотропты гипогонадизм) гипоталамустық құрылымдар функциясының мынадай себептермен бұзылуына байланысты;

-балалық шақтағы жұқпалы аурулар, интоксикация, жарақат, стресстік жағдайлардың әсерінен;

-стресс салдарынан болған психоз, невроз;

- жүйкелік анорексия (тамақтанудан бас тарту); бұл жағдай организмдегі жыныстық өзгерістерге жауап ретінде жүйкелік реакция ретінде қарастырылады;

- дене салмағының жоғалуы аясында жыныстық дамудың кешігуі; жыныстық жетілу кезіндегі көптеген эмоционалды тұрақсыз қыз балалар (13-15 жас) косметикалық диетаны ұстана бастайды, бұл дене салмағының айтарлықтай азаюына әкеледі. Менструация тоқтайды немесе біріншілік аменорея байқалады, сүт бездерінің дамуы тоқтайды, жыныстық түктену азаяды, жатырдың қклемі азаяды.

Гипофиз патологиясна байланысты жыныстық дамудың кідіруі:

- гипофиз ісіктері (көбінесе пролактин өндіретін аденомалар);

- гипофизбен пролактинінің функционалдық гиперпродукциясы;

- алдыңғы гипофиздің туа біткен ақауы, онда гонадотропиндер түзілмейді (оқшауланған гипофиздік гипогонадизм).

Церебральды жыныстық дамудың кідіруінің клиникалық көріністері:

- менструация жоқ немесе өте сирек (жылына 1-2 рет);

- екіншілік жыныстық белгілер дамымаған;

- сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің гипоплазиясы;

- қыздардың бой өсуі қарқынды;

- аяқтар мен қолдардың ұзындығының ұлғаюы;

- дене қысқа;

- жамбастың көлденең өлшемдері азаяды;

- евнухоидты дене бітім;

- гипофиздің гонадотропты функциясы төмендейді;

- аналық бездердің эстрогендік қызметі төмендейді.

Гиперпролактинемиясы бар қыздарда (гипофиздің пролактиномасы немесе функционалды гиперпролактинемия), әдетте, жатырдың шамалы гипоплазиясымен бірге біріншілік аменорея жыныстық дамудың кешеуілдеуінің белгісі болып табылады. Мұндай қыздардың дене бітімі, бойы жас нормаларына сәйкес келеді және сүт бездері гиперпролактинемияға байланысты дұрыс дамыған немесе кішкене гипертрофияланған.

Өсу гормонының функциясы бұзылмаса, қыздар қалыпты өседі. Пангипопититаризмде науқастар аласа боймен ерекшеленеді. Бұл науқастарда Кариотип 46 XX. Орталық генезді жыныстық дамудың кідіруінде аналық бездердің жұмысын реттеудің орталық механизмдерінің дамуы кідіреді және гонадотропты гормондардың секрециясы төмен болып қалады.

Клиникалық белгілері: 13-14 жас аралығындағы екіншілік жыныстық белгілердің болмауы немесе толық емес дамуы, 15-16 жас аралығындағы етеккірдің болмауы, сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің гипоплазиясы, вагинальды жағындының атрофиялық түрі, гипозэстргенияның аталған белгілерінің дене салмағының айқын жетіспеушілігімен, немесе көру қабілетінің төмендеуімен, немесе терморегуляцияның бұзылуымен, немесе ұзақ бас ауруымен, немесе неврологиялық патологияның басқа көріністерімен үйлесуі.

Диагноз және клиникалық зерттеулер.

- антропометрия;

- жыныс мүшелерін, қалқанша безін УДЗ;
- жыныстық хроматин мен кариотипті зерттеу;
- гормондық зерттеулер (гонадотропиндердің, эстрадиолдың, пролактиннің, тиреоидты гормондардың, кортизолдың секрециясы);
- краниограмма;
- биологиялық (сүйек) жасын анықтау;
- контрастты құралдарды қолдана отырып, бас ми МРТ;
- Электроэнцефалография;
- гонадолибериндермен сынама (бусерелин, декапептил және т.б.);
- невропатолог, психотерапевт және басқа мамандар көрсеткіштер бойынша кеңес береді;
- вагиноскопия және кольпоскопия;
- жағындының микроскопиясы.

Фармакотерапияның жалпы принциптері. Гонадолибериндермен оң сынама кезінде (яғни гипофиздің резервтік мүмкіндіктері сақталған кезінде) орталық жүйке жүйесі функциясының гемодинамикалық және алмасу көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған ем жүргізу. Алиментарлы жетіспеушілікпен қыз балаларда дұрыс тамақтану және дене салмағын қалыпқа келтіру, шамадан тыс физикалық немесе эмоционалды стрессті жою және т. б. гипоталамо-гипофиздік бұзылыстарды тудыратын ауруларды емдеу (гипофиз аденомалары және т. б. неоплазмалар, орталық жүйке жүйесінің қабыну аурулары мен олардың салдарын емдеу, қант диабетін, гипотиреозды, Кушинг синдромын және т.б. емдеу). *Гонадолибериндермен теріс сынама кезінде*-жүктілік туралы мәселе туындағанға дейін бірнеше жыл бойы секвенциалды режимде эстроген-гестагенді препараттармен гормондарды алмастыратын терапияны жүргізу.

Аналық без генезді (гипергонадотропты гипогонадизм) аналық без генезді жыныстық дамудың кідіруі үшін физикалық және жыныстық дамудың күнтізбелік жасына айқын сәйкес келмеуі тән. Аналық без генезді жыныстық даму кідіруінің жиі себебі гонад дисгенезиясына байланысты – бұл 10-12 мың тірі туылған нәрестелерде 1-еу анықталатын өте сирек кездесетін патология, бұл әртүрлі мамандықтағы дәрігерлер үшін айтарлықтай қиындық тудырады.

Гонад дисгенезиясының жеке формаларын дифференциалды диагностикалау және кезең-кезеңмен орынбасушы гормоналді терапияны дұрыс таңдау қиындық тудырады. Гонадтық жыныстық дамудың кідіруінің барлық түрлері үшін жалпы патогенетикалық белгі-бұл эстрогендер мөлшері төмен және гонадотропиндердің, әсіресе ФСГ-нің жоғары деңгейі. Репродуктивті жастағы әйелдің етеккір цикліндегі ең жоғары деңгейден ФСГ деңгейі 5-6,5 есе, ал ЛГ 1,5–2 есе жоғары болады.

Аналық без генезді жыныстық дамудың кідіруінің **классификациясы**:

- гонад дисгенезиясы;
- Шершевский-Тернер синдромы (классикалық, типтік форма немесе Тернер синдромы) –
- 46-XX және 46-XU кезіндегі гонад дисгенезиясының "таза" түрі (Свайер синдромы);
- аралас форма (асимметриялық) гонад дисгенезиясы;
- аналық бездің резистенттілігі синдромы;
- сарқылған аналық без синдромы;
- постовариэктомия синдромы;

-ХУ – жыныстық реверсия (толық емес формалы-тестикулярлық феминизация синдромы, аяқталмаған еркектену синдромы).

Бұл патологияның патогенезінде балалардың жұқпалы аурулары немесе уытты әсерлер үлкен рөл атқарады, бұл әсерлер фолликулалық аппараттың бұзылуына немесе аналық бездердің иннервациясына әкеледі, осыдан кейін олардың гонадотропиндерге сезімталдығы өзгереді.

Гипергонадотропты гипогонадизмнің клиникалық көріністері:

- дене бітімінде интерсексуалді белгілері анықталады: кеуде шеңберінің ұлғаюы, жамбас көлемінің төмендеуі. Сүйек жасы күнтізбелік жастан артта қалады.

- Аналық бездердің эстрогендік функциясының күрт төмендеуі тән, қандағы эстроген концентрациясы күрт төмендейді.

- Гипофиздің гипергонадотропты белсенділігі байқалады, қандағы гонадотропиндердің мөлшері жас нормасынан 2-2,5 есе артады.

- Менструациясы жоқ немесе менструация сирек және аз мөлшерлі.

- Екінші жыныстық белгілер дамымаған.

- Сүт бездері дамымаған.

- Жатырдың гипоплазиясы, аналық бездердің көлемі кішкентай.

- *Жыныстық жетілудің болмауы.* Патологиялық процестің негізінде аналық бездің аплазиясы жатыр (хромосомалардың дамуындағы ауытқулар). Бұл топқа *Тернер синдромы, гонад дисгенезиясының таза және аралас түрлері* кіреді.

- Менархенің болмауы.

- 16 жастан кейін қасаға және қолтың түктенуі болмауы.

Жыныстық дамудың болмау себептері:

- Гонад аплазиясы.

- Аналық бездердің функционалды белсенді гормонды шығаратын тіндерінің болмауымен гонадтардың ақаулары.

- Генетикалық ақаулар-классикалық гонад дисгенезиясы.

Гонад дисгенезиясының 4 түрі бар:

- типтік (немесе Шершевский – Тернер синдромы);

- жасырын;

- "таза";

- аралас.

8-10 жас аралығындағы аналық безді алып тастау.

Сүт бездерінің дамуының оқшауланған кідірісі

Сүт бездерінің туа біткен гипоплазия немесе аплазиясы кезінде қыздың қалыпты өсу қарқыны, уақтылы адренархе және менархе байқалады. Сүт бездерінің дамуында оқшауланған кідірісі бар жасөспірімдерді тексеру мыналарды қамтуы тиіс:

- қыз баланы жалпы тексеру (бой-салмақ көрсеткіштері, басқа да екіншілік жыныстық белгілердің даму дәрежесі);

- қандағы гонадотропиндердің, пролактиннің, эстрадиолдың және прогестеронның құрамын анықтау;

- жамбас мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу;

- сүт бездерін ультрадыбыстық зерттеу.

Жатыр мен аналық бездердің эхографиясы ішкі жыныс мүшелерінің қалыпты дамуын, жыныстық дамудың жасына және сатысына сәйкестілігін көрсетеді. Сүт бездерін ультрадыбыстық зерттеу кезінде безді тіндердің болмауы немесе айқын жетіспеушілігі анықталуы мүмкін. Мұндай жасөспірімде қандағы гонадотропиндер мен жыныстық стероидты гормондардың деңгейі овуляциялық етеккір циклінің

болуын көрсетеді. Эстрогендерді тағайындау арқылы сүт бездерінің өсуін ынталандыру әдетте сәтсіз аяқталады. Бұл жағдайды маммопластикаға көрсеткіш ретінде қарастыруға болады.

Түктенудің ерте пайда болуымен сүт бездерінің даму белгілерінің болмауы бүйрекүсті қыртысты қабатының туа біткен вирилизациялық гиперплазиясының классикалық емес нұсқасының симптомы болуы мүмкін (АГС тақырыбын қараңыз).

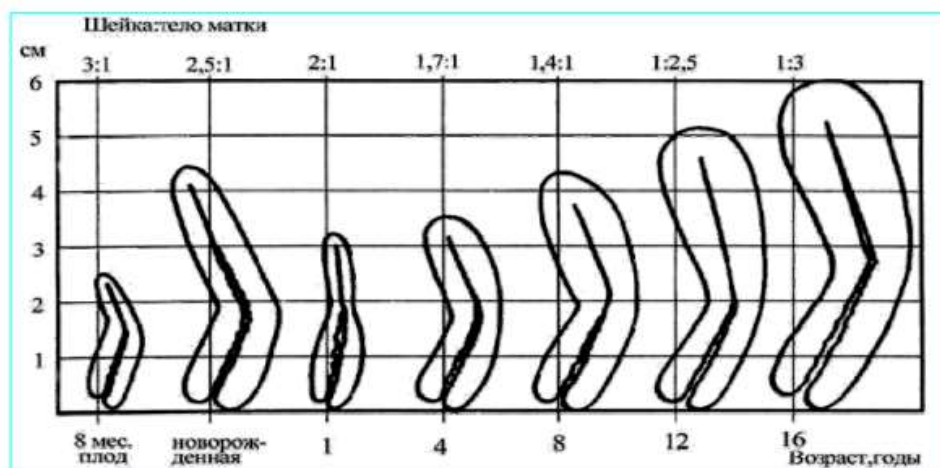
Тестикулярлы феминизация синдромының толық емес формасы

Науқастарда еркектік келбет алғашқы онжылдықтарда-ақ пайда болады. Сыртқы жыныс мүшелері ерлер түріне қарай дамыған: үлкен жыныс еріндерінің бірігуі, клитордың ұлғаюы, урогенитальды синустың персистенциясы байқалады. Жыныстық жетілу кезінде гипертрихоз дамиды және сүт бездері аздап ұлғаяды. Жатыр мен жатыр түтіктері жоқ, аналық бездер әдетте іш қуысында болады.

Жыныстық инфантилизм-бұл жыныс мүшелерінің анатомиялық және гистологиялық дамымауы мен гипофункциясы.

Этиологиялық факторлар: кұрсақішілік дамудың асқынған ағымы, гиповитаминоз, балалар инфекциясы, тонзиллит, ревматизм, бала кезіндегі аналық бездегі оталар.

Жатырішілік даму кезеңінен бастап жыныстық жетілу кезеңінің соңына дейін *жатыр мойны мен денесінің мөлшері, жатырдың өсуі* қатынасы өзгередіні белгілі (5 сурет).



5 сурет. Жатыр мойны мен жатыр денесі мөлшерінің кұрсақішілік даму кезеңінен жыныстық жетілу кезеңінің соңына дейінгі арақатынасы (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.).

Сондықтан клиникалық жалпы инфантилизм: жыныс мүшелерінің дамымауы, қаңқаның дұрыс дамымауымен (аласа бой немесе ұзын бой, эвнухоидты дене бітім) сипатталады. Жыныстық инфантилизм жыныс мүшелерінің дамымауы мен дене бітім арасындағы сәйкессіздікпен сипатталады. Жетекші орынды жатырдың гипоплазиясы алады.

Жатыр гипоплазиясының 3 дәрежесі бар:

1. Рудиментальды немесе ұрықтық жатыр (жатыр денесінің ұзындығы-1-3 см; жатыр мойнының ұзындығы жатырдың жалпы ұзындығының 50% құрайды).

Клиникалық көріністері:

- гипоэстрогения;

- тұрақты аменорея.

Менструальдық және репродуктивті функцияны қалпына келтіру болжамы қолайсыз.

2. *Нәресте жатыры.* Жатыр денесінің ұзындығы >3 см, жатыр мойны мен дене ұзындығының арақатынасы-3: 1. Науқастарда сирек және ауыру сезімді етеккір болады.

3. *Гипопластикалық жатыр.* Жатыр денесінің ұзындығы 6-7 см, жатыр мойны мен жатыр денесінің ұзындығының қатынасы 1:3.

Жыныстық дамудың кідіруін емдеу көбінесе гормоналды препараттарды қамтымайды.

Бірінші кезекте:

– инфекция ошақтарын санациялау,

– диета және рационалді физикалық күш салу арқылы дене салмағын қалыпқа келтіреді,

– циклдік витаминотерапия.

Жыныстық дамудың кідіруінің гипоталамустық түрінде:

Бірінші нұсқа:

I фаза (15 күн) – фолий қышқылы – 0,02 г, күніне 3 рет; глутамин қышқылы – 0,25 г күніне 3 рет; Е дәрумені – күнара 0,2 г.

II фаза (15 күн) – Е дәрумені – күн сайын 0,2 г және С дәрумені – күніне 1,0 г.

Екінші нұсқа:

I фаза (20 күн) – В дәрумені мен глутамин қышқылының кешені – күніне 0,25 г 3 рет.

II кезең (10 күн) – Е дәрумені күніне $0,2 \text{ г} \times 1$ рет; С дәрумені күніне 1,0 г.

16 жастан асқан қыздарда ем-шара тиімсіз болса эстрогендердің аз мөлшерімен циклдік гормондық терапия тағайындалады: микрофоллин – күніне 1/4 таблетка 15 күн қатарынан, содан кейін 6 күн гестаген – күніне бір рет 20 мг дюфастон, нарколут немесе прегнин.

Ноотропил $0,4 \times 2$ рет 1 ай көлемінде немесе глицин $0,1 \times 3$ рет күніне тіл астына 1-2-3 ай немесе винпоцетин күніне 1 таблеткадан 1 ай көлемінде, кавинтон $0,005 \times$ күніне 3 рет 1 ай, немесе трентал күніне $0,4 \times 2$ рет немесе дифенин күніне 0,1 г 3-6 ай, финлепсин 0,1 г түнде 2-4 ай.

Жеткіліксіз тамақтану кезінде Берламин-Модуляр 2-3 ай; мультивитаминдер немесе витрум немесе мультитабс 2-3 ай. Коэнзим-Композит 2,2 мл күніне 3 рет № 20 немесе убихинон-композит 2,2 мл 3 рет № 20.

Эндоnazальды гальванизация № 10-12 немесе Щербак бойынша аймақты гальванизациялау № 10-12 немесе аймақты қашықтықтан импульсі төмен жиілікті электростатикалық өріспен әсер ету № 10-12.

Гипофиздік жыныстық дамудың кідіруі: дәрі-дәрмектердің бірімен өмір бойы орын басушы гормоналды терапия: фемостон 2/10, дивина, климонорм, климен, трисеквенс, дивитрен, дивисек.

Аналық без генезді жыныстық дамудың кідіруі: У-хромосома болған жағдайда гонадтардың малигнизациясының қаупі жоғары болуына байланысты лапароскопиялық әдіспен жедел жою қажет. Кариотипте У-хромосома болмаған кезде немесе гонадаларды ота жолымен алып тастағаннан кейін орын басушы гормоналді терапия жүргізіледі.

I кезең (сүйек жасы 4-тен 11 жасқа дейінгі пациенттерде): соматропин немесе генотропин немесе нордитропин (өсу гормоны) 0,14 ХБ/кг немесе 4,3 ХБ/м2

күн сайын тері астына немесе нандролон (ретаболон), оксандролон, соматропин және оксандролонды өсу гормонының жеткіліксіздігін анықтаған кезде краниография немесе ми томографиясының бақылауымен эндокринолог тағайындайды. *Қант диабеті* бар немесе диабетке отбасылық бейімділігі бар пациенттерге өсу гормонын сақтықпен тағайындау керек. Соматропин қабылдау аясында *гипотиреозы* бар пациенттерде левотироксин дозасын коррекциялау қажет. Өсу гормонын қабылдаған кезде кальций препараттары міндетті түрде тағайындалады.

Баламалы емдеу ретінде өсудің спецификалық емес ынталандыру схемасы пайдаланылуы мүмкін: ретинол –1 капсуладан күніне 3 рет 1 ай бойы (5000 ХБ), 1 ай бойы тамақтанар алдында 15-30 минут бұрын қабылдауға 1 г глутамин қышқылы күніне 3 рет 1 ай бойы, фолий қышқылы 5 мг және аскорбин қышқылы 100-200 мг тамақтанғаннан кейін 1 ай бойы тәулігіне 1 рет, мультитабс В-кешені тәулігіне 1 таблеткадан 1 ай, токоферола ацетаты 200 ХБ тәулігіне 1 капсуладан 1 ай бойы, ақжелкен тамырының қайнатпасы айына 10 күн 8 айлық курстық терапия барысында.

II кезең: "типтік" түрінде сүйек жасы 11-12,5 жастағы пациенттерге алғашқы етеккір реакциясы пайда болғанға дейін тұрақты режимде табиғи эстрогендерді оральді немесе трансдермальды қабылдау, содан кейін дивитрен немесе дивисек тағайындау немесе дивигель немесе климар қабылдауды жалғастыру, бірақ секвенциалды режимде прогестагендермен (дюфастон) 19-28 күндері двигелді қолдану.

Пациенттердің кеш қаралуында (*16 жастан асқан*) екіншілік жыныстық белгілердің тез пайда болуы және жатырдың ұлғаюы үшін дивитренді тағайындаған жөн. Қажетті нәтижеге қол жеткізгеннен кейін емдік әсерді циклдік препараттарды қабылдауға алмастыруға болады (фемостон 2/10, дивина, дивисек, климонорм, климен және т.б.).

Жүйелі гормондық терапиямен қатар атрофиялық вульвовагиниттің қайталануының алдын алу мақсатында эстриолды (овестинді) жергілікті қолданған жөн. Емдеу аурудың ауырлығына байланысты жеке, ұзақ, көп деңгейлі болады. Барлық жағдайларда балалар мен олардың ата-аналары психологтың көмегіне мұқтаж [1,2 17-28].

6-ТАРАУ

ЮВЕНИЛЬДІ ЖАТЫРДАН ҚАН КЕТУ

Ювенильді жатырдан қан кету (ЮЖҚК) – жасөспірім қыздарда жыныстық органдардың органикалық патологиясы болмаған кезде алғашқы етеккірден 18 жасқа дейін стероидты гормондардың циклдік өнімі бұзылуына байланысты эндометридің секрециясының бұзылуынан болатын патологиялық қан кетулер.

Жатырдан қан кетудің нақты себебін анықтау қиын, бұл ата-аналардың немесе қыздың мамандарға сирек және кеш жүгінуіне, сондай-ақ балалар емханасы мен әйелдер консультациясында учаскелік дәрігерлерінің жасөспірімнің жағдайын дұрыс бағаламауына байланысты болуы мүмкін. Репродуктивті жүйені реттеу механизмдерін басқаратын жоғары жүйке қызметінің функционалдық жағдайы жыныстық жетілу кезеңінде тұрақсыз; жатыр мен аналық бездердің рецепторлық аппараттары жетілмеген. Белсенді экзогендік және эндогендік тітіркендіргіштер репродуктивті жүйенің реттеуші механизмдерін оңай бұзуы мүмкін, бұл клиникалық түрде жатырдан қан кетуімен көрінуі мүмкін. Ұзақ және ауыр қан кетулермен

геморрагиялық анемия дамиды, бұл жұмыс қабілеттілігі мен оқу үлгеріміне әсер етеді. Пациент әлсіздікке, шаршағыштыққа, бас айналуына шағымданады. Қанның ұюы мен антивертинг жүйесінің көрсеткіштерінде ауытқулар жиі кездеседі. Жасөспірім қыздарда жатырдан қан кету себептерін анықтау маңызды рөл атқарады, кейіннен қайталанудың алдын алуға, некедегі репродуктивті денсаулық мәселелерін шешуге мүмкіндік береді.

Негізгі этиологиялық факторлар:

- Перинаталдық кезеңнің қолайсыз ағымы.
- Созылмалы және жіті инфекциялық аурулар (созылмалы тонзиллогенді инфекция, ЛОР-ағзалар аурулары, жіті вирустық нейроинфекциялар).
- Созылмалы соматикалық инфекциялар (бауырдың, асқазан-ішек жолының созылмалы аурулары, жүрек-тамыр жүйесі аурулары). Бауыр ауруларының рөлін ерекше атап өту керек, өйткені жыныстық стероидтердің 90% - ы ақуызбен байланысқан күйде қан айналымында. Жыныстық стероидтердің инактивациясы мен секрециясы негізінен бауыр арқылы жүзеге асырылады, сондықтан бауырдың ақуыз түзілу функциясының бұзылуы гормоналды гемостаздың бұзылуына әкеледі және кері байланыс механизмдері арқылы бұл өзгерістер гипоталамо-гипофиздік гормондар секрециясының қалыпты ырғағының бұзылуына әкеледі. Сонымен қатар, бауырда қанның ұю жүйесі мен фибринолиз жүйесінің плазмалық факторларының (VII, X, IX, II, V, XI, протромбин, проконвертин факторлары) бірқатар синтезі жүзеге асырылады. Гормоналды гомеостаздың бұзылуы гемостаз жүйесінің қалыптыдан ауытқуымен қосарланады.
- ***Эндокриндік бездердің (қалқанша безінің) дисфункциясы.***
- *Балалар психикалық жарақаттары, стресс, физикалық жарақаттар және шамадан тыс күштеме.*
- *Гиповитаминоз және алиментарлық факторлар* (дұрыс тамақтанбау, тамақтану мінез-құлқының ауытқуы, вегетарианизм, гельминттік аурулар, ішек дисбактериозы).
- *Зиянды әдеттер* (темекі шегу, алкогольді ішу).
- *Аутоиммунды аурулардың* (поливалентті аллергия, бронх демікпесі, нейродермит, псориаз) дамуымен қатар жүретін иммундық жүйенің дисфункциялары.
- *Туа біткен дәнекер тіндік дисплазия.*

Аналық бездердегі функционалды және морфологиялық өзгерістерге байланысты ЮЖҚК овуляциялық және ановуляциялық болып бөлінетіні белгілі. Сонымен қатар, жыныстық жетілу кезінде көбінесе фолликулалардың атрезиясына, және сирек фолликулалардың атрезиясына байланысты пайда болатын ановуляторлық ациклді қан кетулер кездеседі. Жасөспірімдердің гинекологиялық аурулары құрылымындағы ювенилді жатырдан қан кету жиілігі 2,5-тен 38,2% - ға дейін өзгереді. Жыныстық жетілу кезіндегі дисфункционалды жатырдан қан кетудің (ДМК) жоғары жиілігі осы кезеңдегі гипоталамус-гипофиз-аналық без жүйесінің жетілмегендігімен және ондағы кері байланыстың бұзылуымен байланысты. Сонымен қатар, бұл ювенилді жатырдан қан кетудің патогенезінде жатырдың жасқа байланысты жетілмегендігінен жатырдың нейро-рецепторлық аппаратының дұрыс дамымауы, жыныстық стероидты гормондарға сезімталдықтың төмендеуі, миометрияның төмен контрактильді белсенділігі маңызды рөл атқарады.

Ювенильді жатырдан қан кетудің себебі-прогестерон жетіспеушілігінен туындаған салыстырмалы гиперестрогения. Ювенилді жатырдан қан кету, әдетте, әртүрлі ұзақтықтағы (2 аптадан бастап және одан да көп) етеккірдің кешігуі аясында

басталады. Қан кетуге себепші болған эндометриялық гиперплазия доминантты фолликуламен өндірілетін эстрогендердің әсерінен дамиды, бұл кезде эстрогендердің эндометрияға әсер ету уақыты менархеден кейінгі алғашқы 1,5–2 жылда ановуляторлық циклдары бар сау қыздармен салыстырғанда артады (тұрақты фолликул). Ары қарай доминантты фолликул атрезияға ұшырайды немесе лютеинизацияланады. Бұл жағдайда прогестерон аз мөлшерде өндіріледі. Бірқатар пациенттерде фолликулалар толық жетілмей атрезияға ұшырайды. Сары дененің толық жетілмеуінде эндометридің секреторлық өзгерістері шамалы болады немесе мүлдем болмайды. Эстроген секрециясының біртіндеп төмендеуі гиперплазияланған эндометридің қоректенуінің бұзылуына, ондағы некроз бен біркелкі емес қан кетулердің пайда болуына әкеледі. Эндометридің десквамацияланған аймақтарынан қан кету үдейді, аймақтар эпителизацияланып қан кету баяулайды, көрші аймақтардың десквамациясынан қан кету жаңарады. Бұл механизм дисфункционалды қан кетудің ұзақтығын анықтайды.

Клиникалық көрінісі менструация 14-16 күннен 1,5–6 айға дейін кідіргеннен кейін жыныс жолдарынан қан келуден тұрады. Қан кету көп болуы мүмкін және анемияға, әлсіздікке, бас айналуға әкелуі мүмкін. Егер мұндай қан кету бірнеше күнге созылса, қан ұю жүйесінің екіншілік ТШҚҰ синдромымен асқынуы мүмкін, ол кезде қан кету одан әрі күшейеді. Кейбір науқастарда азмөлшерлі қан кету болуы мүмкін, ол өз кезегінде анемиямен бірге жүрмейді, бірақ 10-15 күн немесе одан да көп уақытқа созылады. Пубертаттық кезеңде жиі кездесетін гиперменореядан ювенильді жатырдан қан кету қанның көп мөлшерімен, ондағы қан ұйындыларының болуымен және ұзақтығы 7 күннен көп болуымен ерекшеленеді.

Ювенильді жатырдан қан кетудің клиникалық сипаттамасы:

- менархеде басталып, 18 жасқа дейін пайда болады;
- анамнезде жүктілік пен босанудың болмауы;
- 7 күннен астам уақытқа созылады;
- 21 күннен кейін жиі қайталаанады;
- қан жоғалту көлемі 80 мл-ден асады (әдеттегі етеккірге қарағанда көп) және жасөспірімнің анемизациясына әкеледі.

Ювенильді жатырдан қан кетудің үш нұсқасы болуы мүмкін:

- көп мөлшерлі қан кету, бірақ қысқа (5-8) күн, жедел анемияның дамуы мүмкін;

- аз мөлшерлі, созылмалы анемияның дамуына әкелетін, мерзімі белгісіз (1-1, 5 айға дейін және одан да ұзақ) қан кету, созылмалы анемияның дамуына әкеледі;

- ретсіз (аз мөлшерлі, мерзімді тоқтатумен немесе үдеумен).

Ювенильді қан кетудің клиникалық түрлері:

1. *Асқынбаған*-негізгі көрініс жатырдан қан кету (постгеморрагиялық анемия, гемостаз және репродуктивті жүйесінде патологиялық өзгерістер жоқ).

2. *Асқынған*-постгеморрагиялық анемияның, қайталама бактериялық эндометриттің, гемостаз жүйесіндегі қайталама бұзылулардың болуы.

3. *Біріктірілген*-гемостаз жүйесінің аурулары, ұрпақты болу жүйесінің ерекше қабыну аурулары бар қыздарда жатырдан қан кетудің пайда болуымен сипатталады.

Ауыр, ұзақ және қайталанатын қан кетулермен науқастың анемизациясы, гемостаз жүйесіндегі қайталама бұзылулар (Дик-синдромның жасырын және созылмалы түрлерінің дамуына дейін), өсіп келе жатқан инфекциядан және жатыр қуысында некротикалық тіңдер мен қан ұйығыштарының жиналуынан туындаған субакутты эндометрит түрінде асқынулар пайда болады.

Ювенилді жатырдан қан кетудің диагностикасы қан кетуді тоқтатқанға дейін және гемостаздан кейін репродуктивті жүйесіндегі өзгерістердің деңгейі мен сипатын анықтау үшін жүзеге асырылады. Мынадай іс-шараларды қамтиды:

1. Екінші жыныстық белгіледің даму дәрежесін бағалау, "сүйек жасын" анықтау. Етеккір функциясының қалыптасу сипатын бағалау.

2. Физикалық даму дәрежесін бағалау.

3. Ана мен жасөспірімнің тарихы (жүктілік және босану).

4. Гинекологиялық тексеру: тексеру мәліметтері, вагиноскопия, бимануальді зерттеу, ректалды-абдоминальды зерттеу, қынапта кондилома, қынап пен жатыр мойнында ісіктердің жоқтығын дәлелдеуге мүмкіндік береді. Қынаптың шырышты қабығының жағдайын, эстрогендік қанықтылықты бағалаңыз.

Гиперэстрогения белгілері:

- қынаптың айқын бүктелуі, гименнің ылғалдылығы;
- жатыр мойны цилиндр пішінді, жатыр мойны шырышы 5-7 см-ден астам созылған кезде "қарашық" белгілерінің айқын көрінуі;
- шырышпен аралас орташа, мезгіл-мезгіл ауысатын ауыр қан келу;
- жатыр көлемінің ұлғаюының клиникалық және эхографиялық белгілері;
- эндометридің айқын қалыңдауы (1,2 см-ден астам);
- аналық бездерде әртүрлі калибрлі (диаметрі 1,0-3,5 см) қосылыстардың болуы;
- абсолютті немесе салыстырмалы эстрогения.

Гипоэстрогения мыналармен сипатталады:

- қынап қабырғаларының әлсіз бүктелуі және бозаруы, гименнің жұқаруы;
- жатыр мойны шырышы созылған кезде 3-4 см-ден аспайды, "қарашық" симптомы әлсіз, жатыр мойны субконустық немесе конустық;
- шырыш қоспасынсыз монотонды ұзақ мерзімді орташа немесе аз мөлшерлі қанды бөлінулер;

ЮЖҚК диагностикасы қан кетуді тоқтатқанға дейін және гемостаздан кейін репродуктивті жүйедегі өзгерістердің деңгейі мен сипатын анықтау үшін жүзеге асырылады. Келесі іс-шараларды қамтиды:

1. Екінші жыныстық жетілуінің даму дәрежесін бағалау, "сүйек жасын" анықтау. Етеккір функциясының қалыптасу сипатын бағалау.

2. Физикалық даму дәрежесін бағалау.

3. Ана мен жасөспірімнің тарихы (жүктілік және босану).

4. Гинекологиялық тексеру: қарап тексеру, вагиноскопия, бимануальды зерттеу, қынапты абдоминальды ректалды зерттеу арқылы қынаптағы бөгде затты, кондилама, қынап пен жатыр мойнында ісіктердің болуын аныққауға мүмкіндік береді. Қынаптың шырышты қабығының жағдайын, эстрогенмен қанығуын бағалау.

Гиперэстрогения белгілері:

- қынаптың айқын қатпарлануы, қыздық перденің ылғалдылығы;
- жатыр мойнының шырышын 5-7 см-ден астам созған кезде "Қарашық" симптомдарының айқын білінуі, жатыр мойнының цилиндрлік пішіні;
- шырыш қоспасы бар орташа, мезгіл-мезгіл мол, қан кету;
- жатыр көлемінің ұлғаюының клиникалық және эхографиялық белгілері;
- эндометрияның айқын тұрақты қалыңдауы (1,2 см-ден астам);
- аналық бездерде ірі көлемді әр түрлі калибрлі (диаметрі 1,0-3,5 см) түзілістердің анықталуы;
- абсолютті немесе салыстырмалы эстрогения.

Гипоэстрогения тән:

- қынап қабырғаларының әлсіз бүктелуі және бозаруы, қыздық перденің жұқаруы;
- жатыр мойнының шырышын 3-4 см-ге дейін созған кезде "Қарашық" симптомдарының әлсіз білінуі, жатыр мойны субконикалық немесе конустық пішінде;
- шырыш қоспасынсыз монотонды ұзақ мерзімді орташа немесе аз қанды бөлінулер;
- жатыр инфантилизмінің клиникалық және эхографиялық белгілері;
- эндометрияның қалыңдауының болмауы немесе орташа (0,8-1,0 см) ;
- екі аналық безде де бірнеше ұсақ кисталық (диаметрі 0,3-0,6 см) түзілістердің болуы;
- қан плазмасындағы эстрадиолдың төмен деңгейі

5. Науқастың психологиялық ерекшеліктерін нақтылау.

6. Жамбас УДЗ жатырдың мөлшерін, жүктіліктің бар-жоғын нақтылау үшін эндометрияның жағдайын, жатыр мен қынаптың ақауларын, жатыр мен эндометрияның патологиясын (аденомиоз, полиптер немесе эндометрия гиперплазиясы, эндометрит), аналық бездердің мөлшері мен құрылымын, көлемін бағалауға, функционалды кисталарды – фолликулалық, сары дене кисталарын анықтауға мүмкіндік береді. Жатырдың көлемді түзілімдерін анықтау үшін динамикада доплерометрия жүргізген жөн.

ЮЖҚК бар пациенттердегі персистирлеуші фолликулалардың клиникалық және эхографиялық белгілері:

- айқын эстрогенизация,
- аналық бездердің шамалы ұлғаюы,
- эхонегативті дөңгелек пішінді, диаметрі 1,5-тен 2,5 см-ге дейін, бір немесе екі аналық безде айқын контуры бар түзіліс.

Фолликулярлық кисталардың болуы сипатталады:

- аналық без көлемінің ұлғаюы;
- 3-тен 6 см-ге дейін аналық бездердің бірінде айқын контуры бар дөңгелек пішінді эхонегативті түзілімдер. Фолликулалық кисталарды 6-16 апта ішінде динамикалық бақылау арқылы анықтауға болады; персистирлеуші фолликулалар 4-6 аптаға дейін сақталады; гормондық терапияның әсерінен персистирлеуші фолликулалар мен фолликулалық кисталар кері дамуға ұшырайды, оларды диагностикалық белгі ретінде қолдануға болады.

7. Зертханалық зерттеулер:

- гемосиндроммен қанның клиникалық талдауы,
- қанның биохимиялық талдауы (глюкоза, креатинин, билирубин, несепнәр, сарысулы темір, трансферрин концентрацияларын зерттеу), коагулограмма;
- қалқанша без функциясын нақтылау үшін *ТТГ* және бос *Т4* концентрациясын анықтау; *ФСГ*, *ЛГ*; эстрадиол, тестостерон, ДЭАС, бүйрек үсті безі қыртысының туа біткен гиперплазиясын болдырмау үшін *кортизол* секрециясының тәуліктік ырғағы, гиперпролактинемияны, қан сарысуындағы *прогестеронды* (28 күндік етеккір циклі кезінде 21-ші күні немесе 32 күндік етеккір циклі кезінде 25-ші күні), ЕҚ ановуляторлық сипатын растау үшін; аналық без поликистозды синдромындағы (АБПС) және артық дене салмағындағы көмірсуларға төзімділік сынағы (дене салмағының индексі 25 кг/м² және одан жоғары);
- Функционалдық диагностика тестілерін жүргізеді;

- базальды температураны өлшеу (етеккір аралық кезеңде). Бір фазалы етеккір циклінде базальды температура монотонды болады.

8. Аспаптық зерттеу әдістері:

-қынаптан флораға жағынды, урогенитальды инфекцияны болдырмау үшін ПТР-диагностика;

- вагиноскопия, кольпоскопия;
- бүйрекүсті безі мен қалқанша безінің эхографиясы;
- түрік ер-тоқымының проекциясында бас сүйегінің рентгенографиясы;
- ЭЭГ, эхоэнцефалография;
- Гипофиз ісігіне күдік болған кезде КТ немесе ЯМР;
- гистероскопия, жатырдың сілемей қабатын жекелей диагностикалық қыру.

9. Невропатолог, гематолог, эндокринолог, окулист (көз түбінің жағдайы, көздің түрлі-түсті өрістерін анықтау), психиатр мамандарынан кеңес алу. АМЖҚК диагнозы жатырдың қан кетуімен көрінетін басқа гинекологиялық және экстрагенитальды ауруларды болдырмаудан тұрады. Осылайша, АМЖҚК-бұл "ерекшелік диагнозы", келесі аурулармен дифференциалды диагноз жасалады:

1. Гемостаз жүйесіндегі біріншілік ақаулары кезінде жатырдан қан кетумен:

- тромбоцитопения;
- тромбастения; жатырдың эндометрий қабатын қыру.
- апластикалық анемия;
- гемостаздың тұқым қуалайтын бұзылулары (Виллебрандт ауруы, гемофилия С және т. б.);
- тромбоцитопениялық пурпура (Верльгоф ауруы) ерте жастан бастап мұрыннан қан кету, кесу және көгеру кезінде қан кетудің жоғарылауы, тістерді жұлғаннан кейін, пациенттердің терісінде, әдетте, бірнеше көгеру, петехия көрінеді;
- геморрагиялық васкулиттер (Шенляйн–Геноха ауруы) бұл санатқа бірінші, екінші етеккір кезінде меноррагияның көрінуі, мұрыннан қан кету, анамнездегі көптеген тері астындағы геморрагиялар тән.

2. Репродуктивті жүйенің органикалық аурулары кезінде жатырдан қан кетумен:

- репродуктивті жүйесінің даму аномалиялары;
- жыныстық инфантилизм;
- аналық бездің гормонды өндіретін ісіктері, жатырдың, жатыр мойнының, қынаптың ісіктері мен ісік тәрізді аурулары;
- аденомиоз (жатырдан қан кету айқын дисменореямен, етеккірге дейін және одан кейін тән қоңыр реңкпен ұзақ жағылатын қан бөлінуімен сипатталады. анамнездегі көптеген тері астындағы геморрагиялар.

3. Репродуктивті жүйенің белгілі бір қабыну ауруларында (жыныстық туберкулез, гонорея, урогенитальды инфекция) жатырдан қан кету, әдетте, ациклді сипатқа ие. Науқастарды іштің төменгі бөліктеріндегі ауырсыну, етеккірден тыс көп мөлшердегі бөлінділер мазалайды.

4. Жыныс мүшелерінің жарақаттарымен.

5. Жүктілік кезінде жатырдан қан кету.

6. Орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдануы (гипофиз және гипоталамус ісіктері).

7. СПКЯ: пайда болған СПКЯ-мен жатырдың қан кетуінде, етеккірдің кешеуілдеуіне қатысты шағымдармен қатар, шаштың шамадан тыс өсуі, бет, кеуде,

иық, арқа, бөкселер мен жамбастар бар, олигоменорея түрі бойынша етеккір циклінің прогрессивті бұзылулары бар кеш менархтың белгілері бар.

8. Қалқанша безінің бұзылуы. ЮЖҚК, әдетте, субклиникалық немесе клиникалық гипотиреозы бар науқастарда пайда болады. Науқастар тоңғыштық, ісіну, дене салмағының жоғарлауы, есте сақтаудың төмендеуі, ұйқышылдық, депрессияға шағымданады. Гипотиреоз кезінде пальпация және қалқанша безінің УЛЬТРАДЫБЫСЫ оның ұлғаюын анықтауға мүмкіндік береді. Гипотиреозбен ауыратын науқастарға құрғақ субиктериялық тері, тіндердің пастоздылығы, беттің ісінуі, тілдің кеңеюі, брадикардия тән. Қалқанша безінің функционалды жағдайын нақтылау қандағы ТТГ, бос Т4 арқылы мүмкіндік береді.

9. Гиперпролактинемия: ЮЖҚК себебі ретінде гиперпролактинемияны болдырмау үшін, емшектен бөлінетін заттың сипатын анықтай отырып, сүт бездерін тексеру және пальпациялау, қандағы пролактиннің, бас миының МРТ көрсетілген.

10. Жасөспірімдердегі ЮЖҚК терапиясы үш кезеңнен тұрады:

I – қан кетуді тоқтату. Жасөспірімдік жасында гемостаз алгоритм бойынша "кішіден үлкенге" жүргізіледі. Қан кету қарқындылығын, анемия дәрежесін, физикалық және жыныстық даму ерекшелігін, зертханалық зерттеу нәтижелерінің деректерін, тұқым қуалаушылықты, қан кетудің болжамды себебін ескереді. Емдеу әдісін таңдағанда қолданылады:

- симптоматикалық ем,
- гормональды емес гемостаз,
- гормоналды гемостаз,
- ауыр жағдайларда хирургиялық гемостаз.

1. Жалпы емдеу:

- төсектік режимі;
- психотерапия;
- сасықшөп тұнбасын күніне 3 рет тамақтанар алдында 15 тамшыдан;
- Валериан таблеткалары күніне 0, 02х3;
- глицин, грандаксин 1 таблеткадан күніне 2-3 рет 2-3 ай ішінде.

Стационарға түскен кезде пациентке емдеу-қорғау режимін құру, онымен және оның ата-анасымен теріс эмоцияларды, өз өмірі үшін қорқынышты жеңілдетуге бағытталған әңгіме жүргізу қажет.

2. Симптоматикалық гемостатикалық терапия, егер анемизация өте айқын болмаса (*гемоглобин 100 г/л-ден астам, гематокрит 30% - дан астам*) және ультрадыбыстық зерттеу бойынша эндометрии гиперплазияның белгілері болмаса:

Плазминогеннің плазминге (*транексам қышқылы (Транексам) немесе Эпсилон-аминокапрон қышқылы*) өтуін тежейтін препараттар түрінде **гемостатикалық агенттерді** қолданыңыз.

Транексам қышқылы плазминнің белсенділігін толығымен басады, коагуляция факторлары мен фибринді тұрақтандырады, тамырлардың өткізгіштігін төмендетеді және гемостатикалық әсер береді. Транексамға метроррагияның айқындылығына және клиникалық әсеріне байланысты тәулігіне 0,5–1,5 г дозада *per os* тағайындалады. Терапияның ұзақтығы 3-5 күн. Транексам қышқылы эпсилон-аминокапрон қышқылына қарағанда белсенді, бұл оның тұрақты және берік құрылымына байланысты. Тіндердегі транексам қышқылының антифибринолитикалық белсенділігі 17 сағатқа дейін сақталады, Транексам көмегімен гемостаздың тиімділігі біріктірілген ауызша контрацептивтерді (КОК) қолданған кезде салыстыруға болады. *Дицинон* 2,0 мл б/е күніне 1-2 рет немесе күніне

1-2 таблеткадан. 2-3 рет 3-5 күн; 12,5% натрий этамзилаты тәулігіне 100 мг-ға дейін; перитол тәулігіне 3 рет 4 мг-ден.

- **Жатырды жиыратын** дәрілер (0,5–1,0 мл Окситоцин күніне 2 рет б/е немесе одан сирек вена ішіне 5-10% глюкоза ерітіндісінде 400 мл + 5 бірлік инсулин + 5% аскорбин қышқылының ерітіндісі 4 мл, метилэргометрил 1 мл бұлшықет ішіне күніне 1-2 рет, дезаминокситоцин " 1 таблеткадан күніне 3 рет.

- **Тамыр қабырғасын нығайтатын дәрілер** (Аскорутин 1 таблеткадан күніне 3 рет).

- **Антианемиялық және гемостимуляциялық препараттар** (Ферро-Фолгамма, Венофер, Мальтофер, Фенюльс).

- **Витаминотерапия.** Аскорбин қышқылы 0,1 г тәулігіне 3 рет немесе 3-5 мл б/е немесе В/і 5% ерітіндіден; В1 және В6 витаминдері күн сайын 20 күн ішінде 1,0 мл в/м-ден; рутин күніне 3 рет 1 таблеткадан; Е витамині күніне 100-200 мг-ден; К витамині (викасол 1% В/М ерітіндісі келесі схема бойынша: 1-ші күні тәулігіне 3 рет, 2-ші күні 1 мл тәулігіне 2 рет, 3-ші күні 3 1 мл-ден тәулігіне 1 рет немесе 1 таблеткадан күніне 3 рет 3 күннен артық емес).

- **Фитотерапия:** қалақай немесе жұмырсақ тұнбасы, жусан, дала жылқысы, вибурнум қабығы, күніне 3 рет 20 тамшы су бұрышының сығындысы, жинақтар мен сорпалардағы немесе тұнбалар, тұндырма түрінде.

- **Физиотерапия:** В1 дәрумені бар эндон кальций хлориді бар электрофорез 10 күн ішінде немесе жаға аймағына, новокаинмен жатыр мойны симпатикалық түйіндерінің электрофорезі.

- **Инерефлексотерапия әдісі:** жоғарғы, төменгі және бастың сегменттік және алыс биологиялық белсенді нүктелеріне әсер етеді. Инерефлексотерапияға *көрсеткіштері* анемиясыз және 10-13 жас аралығындағы анемияның жеңіл дәрежесімен, 14-17 жас аралығындағы гормоналды статустың бұзылуларынсыз. Инерефлексотерапияны қолдануға *қарсы көрсетілім*-қайталанатын ауыр және орташа анемиямен, қайталанатын ЮЖҚК, коагулопатия бойынша тұқым қуалаушылық (жиі мұрыннан қан кету, қызыл иектен қан кету, қыздардың аналарында экхимоздардың, АЖҚК болуы) және тексерілушілерде коагулопатияның болуы.

ЖҚК-мен бірге түскен, қанның ұю және ұйытуға қарсы жүйесінің бұзылулары анықталған барлық пациенттерге симптоматикалық немесе гормондық терапиямен қатар гематологтармен бірге келісілген ерекше емдеу жүргізіледі.

Виллебранд ауруы кезінде гемостатикалық мақсатта симптоматикалық Транексам және гормондық терапиямен қатар антигемофильді плазма, Криопреципитатпен трансфузиялық терапия жүргізіледі.

Тромбоастения кезінде: транексам қышқылы 10 мг/кг дене салмағына в/і немесе оральды 2-4 күн; тромбоцитопениялық пурпурасы бар пациенттерге – преднизолон тәулігіне 2-8 мг/кг есебінен.

3. Симптоматикалық гемостатикалық терапияның тиімсіздігімен **гормоналды гемостаз** жасалады.

Гормоналды гемостазға арналған *көрсеткіштер*:

- 1) симптоматикалық емнің тиімсіздігі кезінде 7 күн ішінде (қан кету тапшы және анемизация болмаған жағдайда да), анемияның жеңіл дәрежесі бар пациенттерде 4-6 күн, ауырлығы орташа анемиясы бар қыздарда 2-3 күн және ауыр анемиясы бар пациенттерде 6-12 сағат;

2) 2) жалғасып жатқан ауыр қан кету және анемизацияның болуы (НВ 90 г/л дейін төмендеуі, Нт 30-25%);

3) 3) қайталанатын ювенильді қан кетулер;

4) 4) бактериялық эндометриттің болуы;

5) 5) эндометрияның гиперпластикалық өзгерістері (УДЗ деректері бойынша 14 мм-ден артық);

6) 6) аналық бездерде сұйықтық қосылыстарының болуы (УДЗ деректері бойынша 16-18 мм-ден астам);

7) 7) УДЗ деректері бойынша аналық бездердің айқын поликистозды өзгерістерінің болуы (аналық бездердің мөлшері 35 мм-ден астам, диаметрі 7-8 мм және одан да көп көптеген фолликулалары бар 25 мм).

Гормоналды гемостазға **қарсы көрсеткіштер:**

1) гемостазиограмма деректері бойынша гиперкоагуляцияның болуы;

2) бауыр функциясының ауыр бұзылуы;

3) ревматизмнің активті фазасы.

Гормоналды гемостатикалық терапияның таңдау түрлері:

- Гемостазды **таза эстрогендермен терапия** айқын гипоестрогениясы бар және эндометрияда гиперпластикалық өзгерістер болмаған (6 мм-ге дейін) пациенттерге ұсынылады. Таза эстрогендік гемостаз сирек жасалады. Таңдау препараты тәулігіне S-2 дозасындағы Микрофоллин форте таблеткасы болып табылады. Курс ұзақтығы 10-15 күн. Токтатудан алдын 1-2 күн бұрын гестагендер тағайындалады (Дюфастон 1 таблеткадан тәулігіне 1-2 рет немесе Норколут S- 1 таблеткадан күніне 1 рет 10 күн). Одан әрі эстрогендік гемостаздан кейін рецидивтердің алдын алу мақсатында біріктірілген гомоналды эстроген-гестагенді препараттарды 2-3 циклге тағайындау ұсынылады.

- **Таза гестагендермен гемостаз** гиперэстрогения, эндометрияда айқын гиперпластикалық өзгерістер болған кезде және "жағылу" типті сирек қан кетулер кезінде ғана қолданылады. Таңдау препараттары-Дюфастон, тәулігіне 10 мг дозада, ұзақтығы 6-10 күн. Препараттың белсенді ингредиенті жатырдың шырышты қабығына селективті прогестагендік әсері бар және басқа синтетикалық прогестиндерге, тіпті табиғи прогестеронға тән жанама әсерлерінсіз дидрогестерон болып табылады. Дидрогестерон іс жүзінде бауыр функциясына әсер етпейді.

Жасөспірімдерге арналған гормоналды гемостатикалық терапияны таңдау препараты біріктірілген эстроген-гестагендік монофазиялық жоғары немесе төмен дозалы препараттар болып табылады.

Төмен дозаланған препараттарды қолдану дәрігерге препаратты жеке таңдауға және ең аз жанама әсерлері бар гемостатикалық әсер алуға мүмкіндік береді. Препаратты таңдаудың клиникалық және фармакологиялық негіздемесі "минимальді жанама әсерлері бар максималды терапиялық әсер" принципі болуы керек. Препаратты таңдау гестагеннің құрамына кіретін және оның фармакологиялық ерекшеліктерін ескере отырып жүзеге асырылады.

Эстроген-гестагенді препараттарды тағайындауға көрсеткіштер:

1. 2-3 таблеткадан КОК-ты (ЭЭ құрамы 30 мкг) гемостатикалық әсерге жеткенге дейін дозаны тәулігіне 1 таблеткаға дейін төмендетіледі. Курс ұзақтығы – 21 күн.

2. Бұл схема **ауыр қан кету және айқын, бірақ прогрессивті емес анемия** үшін қолданылады.

3. Біріктірілген оральді контрацептивтер (30 мкг ЭЭ) тәулігіне 2 таблеткадан 10 күн ішінде. Ауырлығы **орташа анемиясы** бар қыздарда қолданылады.

4. Жоғары дозаланған КОК препараттарды (50 мкг ЭЭ дейін) 4 таблеткадан бастап, тәулігіне S– 1 таблеткадағы дозаға дейіннен төмендетіп, тәулігіне ең аз белсенді дозада қалдырамыз. Препаратты 21 күн бойына күн сайын тағайындалады. **Ауыр қан кету және дамушы анемиясы бар жасөспірімдерде** қолданылады.

Синтетикалық препараттар гипоталамус-гипофиз жүйесіне ингибиторлық, эндометрияға спецификалық (пролиферативті процестердің регрессиясы) әсер етеді және тромбоциттердің агрегациялық белсенділігінің белсенділенуіне, олардың капиллярлардың интиміне адгезиясына ықпал етеді.

Гемостаз үшін гормоналды препараттарды қолдану тіпті жоғары дозада, бірақ қысқа мерзімді курстарда асқынуларға әкелмейді. Сонымен қатар, гипоталамус-гипофиз жүйесінің бір сатылы блокадасы препаратты қолданғаннан кейін бірден функциялардың жаңаруына әкелуі мүмкін, бұл өз кезегінде етеккір циклінің қалыпқа келуіне ықпал етеді.

Гормоналды таңдау препараттары:

- 1) жоғары дозаланған – *овидон, нон-овлон*;
- 2) төмен дозаланған – *ригевидон, регулон, марвелон, фемоден*.

Микродозаланған препараттар (құрамында ЭЭ 20 мг және одан төмен) гемостатикалық ем ретінде қолдаланылмайды.

Гормоналды терапия кезінде **бауырдың функционалды жағдайын үнемі қадағалап отыру керек.** Өт айдаушы препараттар мен гепатопротекторларды (*аллохол, холензим, гепатит, карсил, эссенциале және т.б.*) тағайындау ұсынылады.

Гормоналды терапия курсынан кейін пайда болатын етеккір тәртізді қан кету кезінде әрдайым симптоматикалық гемостатикалық терапия мақсатында қанның коагуляциялық потенциалын ынталандыратын дәрілер, шөп дәрілері, гомеопатиялық дәрі-дәрмектер тағайындалады.

4. Хирургиялық гемостаз-гистероскопияның бақылауымен жатырдың сілемейлі қабығын және цервикальді каналды бөлек диагностикалық қыру. Процедураны ата-анасының және емделушінің келісімімен қатаң көрсетілімдер бойынша орындалады:

1) баланың өміріне қауіп төндіретін анемизациямен ауыр қан кету (**гемоглобин 70 г/л-ден төмен және гематокрит 20% - дан төмен**);

2) жүргізілген кешенді гемостатикалық емнің әсерінің болмауы;

3) қайталанатын ювенильді қан кетулер;

4) тіпті жағылмалы қан кетулер фонында жатыр қуысының органикалық патологиясына күдік, жүктіліктің үзілуі (УДЗ-да М-эхо 15 мм-ден жоғары).

Жасөспірімде гистероскопия жүргізу оңтайлы болып саналады.

Диагностикалық қыруды жүргізудің шарттары:

1) гинекологиялық балалар айналарының болуы;

2) жыртылуды болдырмау үшін 0,25% новокаин, 64 ХБ лидаза ерітіндісімен жалпы анестезия мақсатында қыздық пердеге жергілікті енгіземіз;

3) жедел қабыну процестерінің болмауы;

4) стационар жағдайында ғана орындалады.

Қанның ұю жүйесі бұзылған емделушілерге бөлек диагностикалық қыру қарсы көрсеткіш болып табылады. Гемостаз тек синтетикалық прогестиндермен, қажет болған жағдайда глюкокортикостероидтармен бірге жүзеге асырылады.

Консервативті немесе хирургиялық емдеумен бір мезгілде **толық антианемиялық ем** жүргізу қажет: темір препараттары (Мальтофер, Фенюльс ішке, Венофер көктамыр ішіне), В12 дәрумені бұлшықет ішіне күніне 200 мкг фолий қышқылымен күніне 2-3 рет ішке; В6 дәрумені ішке 0,005 г күніне 3 рет немесе бұлшықет ішіне 1 мг 5% ерітіндіден күніне 1 рет; С дәрумені бұлшықет ішіне 1 мл 5% ерітіндіден күніне 1 рет; Р дәрумені (рутин) 0,02 г күніне 3 рет ішке. Ең соңғы жағдайда (гемоглобин деңгейі 80 г/л – ден төмен, гематокрит 25% - дан төмен) қан компоненттері - *жаңа мұздатылған плазма және эритроциттер массасы* құйылады.

II-толық гемостаздан кейін қан кетудің қайталануының алдын алу

1. Этиологиялық факторларды жою.
2. Күн тәртібін сақтау, дұрыс тамақтану, қалыпты дене белсенділігі (спорттық іс – шаралардың ең жақсы нұсқасы-бассейнге бару).
3. Үйде немесе мектепте психологтың көмегімен травматикалық жағдайды түзету(егер ол орын алса), 2-3 ай ішінде седативті терапия.
4. Созылмалы инфекция ошақтарын санациялау.
5. Нормадан ауытқу кезінде дене салмағын қалыпқа келтіру.
6. **Гормоналды емес түзету терапиясы келесі шараларды қамтиды:** 3 етеккір циклі үшін циклдік витаминдік терапия: етеккір циклінің 1 күнінен 14-ші күні аралығында *фолий қышқылы* күніне 1 таблеткадан 3 рет.; *С дәрумені* 10 күн ішінде күніне 3-4 рет, 15 күнінен 28 күнге дейін, *глутамин қышқылы* күніне 3 рет 250 мг, *Е дәрумені* күн сайын 1 капсуладан 10 күн.
7. **Комплексті фитопрепараттар:**
 - *циклодинон (агнукастон)* күніне 1 рет 40 тамшыдан 3-4 цикл бойы қолданылады. Препарат әсіресе функционалды сипаттағы аналық бездерде кистоздық өзгерістері бар, тұрақты емес етеккір циклі бар жасөспірімдерге арналған;
 - *мастодинон* ұқсас әсерге ие, күніне 20-30 тамшыдан 2 рет 3-5 цикл қолданылады. Мастодинон мен новинетті жасөспірімдердердегі хирургиялық араласулардан кейін, түсік тастауынан кейін реабилитациялық кешені ретінде тиімді қолданылады.
8. ЖЖҚК диагнозы қойылған кезде *транексамды* етеккірдің 1–ші күнінен 4-ші күніне дейін 3-4 етеккір циклі ішінде тиімді профилактикалық тағайындау, тиімді болып келеді. Бұл қан жоғалту көлемін 50% - ға азайтады, гемоглобин деңгейін арттыруға және гормоналды терапияны пайдаланбай етеккір циклын қалыпқа келтіруге ықпал етеді. Транексамды ұзақ уақыт қолдану тромботикалық асқынулардың қаупі болмайды. Өйткені транексам қышқылы тромбогендік белсенділікке ие емес, керісінше қалыптасқан тромбтардың еруін ұзартады. Транексам қышқылымен емдеудің тиімділігі оның қабынуға қарсы әсеріне байланысты.
9. **Физиотерапия** (гемостаз бұзылысы кезінде қарсы көрсеткіш). Келесі әдістер қолданылады: бром электрофорезі, В1 дәрумені новокаині эндоназальды немесе мойын аймағында, магнитотерапия, жоғарғы симпатикалық ганглияны гальванизациялау.
10. **Микроциркуляцияны жақсартатын препараттар** (көрсеткіштер бойынша тамырлы бұзылулар кезінде). Кавинтон S таблеткада күніне 2-3 рет 1 ай, Стугерон S-1 таблеткада күніне 2-3 рет 1 ай, циннаризин S–1 таблеткада күніне 2-3 рет 1 ай, детралекс 1 таблеткада күніне 2 рет 1 ай.
11. **Иммунокоригиртелеуші терапия** (элеутерококк тұнбалары 1 айда таңертең 10-15 тамшыдан, иммундық 1 айда күніне 2 рет 10-15 тамшыдан).

12. **Жатыр мойнының электростимуляциясы** ретінде жатыр гипоплазиясы бар қыздарға алоэ сұйық сығындысына, 1 мл/м сұйық плацента сығындысына күн сайын 20 инъекция курсы етеккір циклінің 8-ден 17-ші күніне дейін тағайындалады.

Қайталанатын ЮЖҚК бар барлық қыздарға қан кетудің алдын алу үшін болжамды етеккірден 2 апта бұрын келесі кешен ұсынылады: 1) аскорбин қышқылы 0,25 мг күніне 2 рет; 2) шөптердің инфузиясы: қалақай 1 ас қасық, қасық + жарма 1 ас қасық, қасық (0,5 литр су талап етіңіз және күніне 3 рет стакан тағайындалады).

Қыздарда етеккір функциясы бұзылуының реттеуші орталығының және ЮЖҚК патогенетикалық факторларын ескере отырып, мынадай емдеу схемасы ұсынылады:

- *глицин*-0,05 г-дан 2 ай ішінде 3 рет. (мидың орталық жүйке құрылымдарының қозуы мен тежелу процестерін қалыпқа келтіру әсері, седативті әсер);

- *Е дәрумені*-1 капсуладан күніне 2 рет 10 күн ішінде
- (тотығу процестерін қалыпқа келтіру, аналық бездегі стероидогенезді жақсарту);

- *В1 витамині* бар эндогенальді электрофорез 10 күн;
- *В6 витамині* 1 мл бұлшықет ішіне күніне 1 рет 10 күн бойы;
- *ноотропил*-200-400 мг күніне 2-3 рет 30 күн (жүйке жасушаларында метаболикалық процестерді, мидың микроциркуляциясын жақсарту, гипоксия немесе интоксикация салдарынан ми функциясының бұзылуы кезінде протекторлық және қалпына келтіретін әсер);

- *верошпирон* күн сайын таңертең 0,25 г дейін 3 апта (жоғарыда көрсетілген барлық терапия курстары бассүйекішілік қысымның жоғарылау белгілерінің, эндокриноз белгілерінің болуын ескере отырып, мерзімді дегидратациялық ем жүргізумен біріктіріледі); верошпирон минимальды несеп айдағыш, гипоандрогенді және калийсақтау әсеріне ие;

- *аспаркам* 3 апта ішінде 0,05 г 3 рет (магнийдің седативті әсері, жеңіл диуретикалық, гипокалиемияны қалыпқа келтіретін әсер).

Бұл емдеу кешені етеккір циклінің 7 күнінен бастап тоқсанына бір рет жыл бойы жүргізіледі және емдік дене шынықтырумен және психологтың психокоррекциясымен үйлеседі. Ем аяқталғаннан кейін пациенттердің 92-93% - ында кешенді емдеу аясында етеккір циклі 4 айдан 6 айға дейінгі кезеңде қалпына келеді.

Перифериялық эндокриндік ошақтар (қалқанша безі, бүйрек үсті бездері) жұмысының гормоналды ауытқулары анықталған кезде эндокринологпен бірге түзету жүргізіледі.

Гормондық түзету терапиясы 3-6 циклге тағайындалады және келесі көрсеткіштермен тағайындалады:

- гормоналды гемостазды қолдану;
- қайталанатын ЮЖҚК;
- күрделі немесе аралас ЮЖҚК формасы.

Гормондық терапияның түрлері:

- біріктірілген эстроген-гестагенді монофазалық контрацептивтер;
- орын басушы гормальды терапияға арналған біріктірілген эстроген-гестагендік препараттар;

- циклдік гормондық терапия (циклдің бірінші кезеңінде таза эстрогендерді және циклдің екінші кезеңінде таза гестагендерді тағайындау);

- гестагендер.

Таза гестагендермен емдеу эндометриозбен күдікті немесе расталған жасөспірімдерге, сондай-ақ *прогестеронның төмен деңгейі* және эндометрии гиперплазиясы бар қыздарға тағайындалады. Таңдау препараты-*дюфастон*, күніне 2 рет, циклдің 5-тен 25 күніне дейін, 3-6 ай немесе циклдің 11-ден 25-ші күніне дейін.

Комбинирленген оральды контрацептивтерді тағайындауға көрсеткіштер:

- аналық без кисталарының пайда болуға бейімділік;
- аналық безінің поликистикалық өзгерістері;
- гиперандрогения симптомдарының болуы;
- контрацептивтік әсердің қажеттілігі.

Түзету терапиясына арналған таңдау препараттары (*Джес, Жанин, Диана-35, Регулон, Марвелон және т. б.*) 1 таблеткадан циклдің 1-ші немесе 5-ші күніне дейін (21 күн ішінде) Инфантилизм, гипоэстрогения, жыныстық дамудың кешігу белгілері бар науқастарға *циклдік гормондық терапия* (*Цикло-Прогинова* циклдің 5 күнінен 26 күніне дейін 1 таблеткадан 2-3 цикл ішінде немесе трансдермальді 2,5 г *Эстрожель*, М-эхо 7-8 мм-ге дейін ұлғайған кезде, *утрожестан* таблеткасын 10 күн ішінде ішке 2 рет 100 мг-ден қосады).

Гиперандрогения құбылыстарында *дезогестрелмен* бірге 30-20 мкг *этинил эстрадиол* бар препараттар оңтайлы болып табылады. Дезогестрел ең аз жанама әсері бар прогестин болып табылады және α -редуктаза ферментін бұғаттау арқылы қандағы тестостерон деңгейін төмендетеді.

Кейбір жағдайларда, циклдің ортасында қатты қан кету пайда болған кезде, үш фазалы препараттарға ауысу мүмкін (*три-регол*).

Егер жасөспірімде *салыстырмалы түрде қалыпты гормоналды гемостаз болса, бірақ гормоналды емес түзету терапиясының әсері болмаса*, ОГТ үшін біріктірілген **эстроген-гестагенді препараттарды** тағайындау тиімдірек болады. Дәрі - дәрмектердің құрамына кіретін табиғи эстрадиол жас организм үшін ең физиологиялық болып табылады. ОГТ-ға арналған препараттар қан кетулердің алдын алуға және репродуктивтік жүйе функциясын қалпына келтіруге ықпал етеді және *ұзақ рецидивке қарсы гормональды терапия* қажет болған жағдайларда, оның ішінде үздіксіз схемалармен тағайындалуы мүмкін. Бірақ жоғары дозалы гормондарды тағайындау кезінде сүйек тініне, бауырға, қан ұю жүйесіне теріс мен жанама әсерін (ЭНДОКРИНОПАТИЯЛАР, қан аурулары, қант диабеті және т.б. фонында ЮМК) ескере отырып тағайындау қажет емес. Таңдау препараттарына - паузогест, фемостон жатады.

Алмастырушы терапияның бұл түрін үздіксіз режимде де (паузогест), циклдік режимде де (фемостон) қолдануға болады.

Түзетуші ем контрацептивтер ретінде де, ОГТ үшін де стандартты схема бойынша тағайындалады: циклдің 5-ші күнінен бастап 25-ші күніне дейін күніне 1 рет 1 таблеткадан [1,13-24].

7 ТАРАУ АМЕНОРЕЯ

Етеккір функциясының бұзылуына репродуктивті жастағы қыздар мен әйелдерде етеккірдің болмауы, қан кетудің ұзақтығы мен қарқындылығының және олардың арасындағы интервалдардың бұзылуы кіреді (10 кесте).

10 Кесте. - Етеккір циклының бұзылу түрлері.

Етеккір циклы бұзылысының типтері	Клиника
Біріншілік аменорея	16 жастан асқан қыздарда етеккірдің болмауы (етеккір ешқашан болған емес)
Екіншілік аменорея	3-6 ай немесе одан да көп уақыт бойы репродуктивті жасындағы етеккірі бар әйелдерде етеккірдің болмауы. Жасөспірімдердегі екіншілік аменорея деп етеккірдің 6 айдан астам уақытқа болмауы.
Гиперменорея (менор-рагия)	Уақытымен болатын көп көлемді етеккір циклі
Полименорея	Етеккір циклының ұзақтығы 7 күннен артық
Пройоменорея	Етеккір циклының интервалы 21 күннен аз
Олигоменорея	Қысқа, 1–2 күн, циклді пайда болатын етеккір циклі
Гипоменорея (спаниоменорея)	Уақытымен келетін мардымсыз етеккір циклі
Гипоменструальды синдром	Сирек, мардымсыз, ұзақтығы қысқарған етеккір циклының бірге болуы
Опсоменорея	Сирек, интервалы 35 күннен 3 айға дейін созылатын етеккір циклі
Метроррагия	Ациклді етеккір циклі
Альгоменорея	Ауырсынулы етеккір циклі

Репродуктивті жастағы сау әйелдің етеккір циклі келесі сипаттамаларға ие: қан кету уақыты 5 ± 2 күн, етеккір циклінің орташа ұзақтығы 28 ± 7 күн.

Етеккір циклінің бұзылуы ОЖЖ жүйесінің кез – келген деңгейінде зақымдану кезінде пайда болуы мүмкін – гипоталамус – гипофиз – аналық бездер-нысана органдар. Етеккір функцияның бұзылуының клиникалық сипаттамасы бірдей болғанымен пайда болу генезі әртүрлі болуы мүмкін екенін есте ұстаған жөн. Екінші жағынан, бір ауруда жатырлық қан кету де, гипоменструальды синдром және аменорея байқалуы мүмкін. Аменорея, әдетте, репродуктивті жүйенің ауыр зақымдалуымен бірге жүреді.

Біріншілік аменорея шынайы және жалған болуы мүмкін. **Шынайы біріншілік аменорея** эндометрияда циклдік өзгерістер болмайды. **Жалған біріншілік аменорея** жыныс мүшелерінің ақауларынан дамиды (қынап аплазиясы, гимен атрезиясы және т.б.), эндометриядағы циклдік процестерге қарамастан, етеккір қаны төгілмейді және жатыр қуысында және/немесе қынапта сақталады.

Репродуктивті жүйенің зақымдану деңгейіне байланысты **біріншілік аменорея** церебральды, гипоталамикалық, гипофиз, бүйрек үсті безі, аналық без және жатырлық болып бөлінеді. Практикалық дәрігер үшін аменорея пайда болатын патологиялық процестің клиникалық көрінісіне байланысты біріншілік аменореяның формаларын таңдау ұсынылады (11 кесте).

11 Кесте. - біріншілік аменореяның клиникалық түрлері.

Аменорея формасы	Себептері
Жыныстық даму белгілері болмаған жағдайда	Генетикалық негізделген гонад даму ақауы (гипергонадотропты гипогонадизм) немесе гипоталамус-гипофиз жүйесінің органикалық зақымдануы (гипогонадотропты гипогонадизм)
Екіншілік жыныстық жетілуінің кемістігі кезінде	Гипоталамус-гипофиз-аналық без жүйесінің функционалдық бұзылулары. Жыныстық дамудағы артта қалушылық репродуктивті жүйенің (ЖЖЖ) жетілуінің популяциялық мерзімдерімен салыстырғанда кешеуілдеуімен байланысты
Вирилизация симптомының фонында	Көбінесе адреногенитальды синдромда бүйрек үсті қыртысында ірі андрогендердің гиперпродукциясы нәтижесінде дамиды. Бұл андроген өндіруші бүйрек үсті безінің немесе гонада ісіктерінде, сонымен қатар жалған еркек гермафродитизмде болуы мүмкін.
Қалыпты әйелдік фенотип кезінде	Жатыр мен қынаптың даму ақаулары (Рокитанский – Кюстнер синдромы, гимен атрезиясы және т.б.) немесе тестикулярлық феминизацияның толық түрі. Сирек жағдайда гиперпролактинемия, пубертатты кезеңінің гипоталамикалық синдромы, Штейн-Левенталь синдромы біріншілік аменореяның себебі болуы мүмкін.

Жүйке анорексиясы. Анорексияның бұл түрінің белгілерінің бірі-бірінілік аменорея. Негізінен жиі жасөспірімдік жастағы қыздарда және босанғаннан кейінгі кезеңде кездеседі. Науқастар тамақтанудан бас тартады немесе тамақтан кейін жасанды түрде құсу тудырады, іш жүргізетін препараттар мен клизмаларды қабылдайды. Олар артық салмаққа патологиялық сенімділік пен салмақ жоғалтуға деген ұмтылысты дамытады. Тамақтанудан бас тарту салмақ жоғалтуға, тіпті кахексияға дейін және әртүрлі соматоэндокринді бұзылыстарға әкеледі. Клиникалық белгілерден гипогликемия атап өтуге болады. Тері құрғақ, тургоры төмендеген, іштің ауыруы, көңіл-күйдің тез өзгеруі.

Жүйке анорексиясы ЛГ-ның импульсті босату жиілігі мен амплитудасының төмендеуіне, сондай-ақ гонадотропты ридлизинг гормонының секрециясының күрт төмендеуімен сипатталады, бұл етеккір функциясының бұзылуына әкеледі. Гонадотропты гормондардың секрециясының төмендеуімен қатар гипоэстрогенемиямен көрінетін жыныстық гормондардың метаболизмі бұзылады. Эстроген метаболизмінің анорексия кезіндегі өзгерістері спецификалық емес және дене салмағының немесе тамақтану сипатының өзгеруімен байланысты. Пациенттеріндегі гипоэстрогендік жағдай остеопорозға бейімділігін туғызады. Оның ауырлығы гипоэстрогенемияның ұзақтығымен анықталады. Пролактиномалар, РМҒА эндокринологиялық ғылыми орталығы балалар клиникасының (Мәскеу) мәліметтері бойынша, аденом гипофиз диагнозы қойылған науқастар 22% құрайды. Көбінесе олар қыздарда жыныстық жетілу кезеңінде анықталды және бастапқы аменорея синдромы түрінде көрінді.

Гиперпролактинемия гипоталамус пен гипофиздің ісік ауруларында, гипофиз аяғының зақымдалуында, "бос түрік ер-тоқымы" синдромында, сондай-ақ бас сүйегінің жарақаттары мен қабыну процестерінде кездеседі.

Гиперпролактинемия салдарынан біріншілік аменорея кейбір эндокриндік ауруларда кездеседі: біріншілік гипотиреоз, гигантизм, бүйрек үсті безінің туа біткен дисфункциясы.

Гипотиреоз фонындағы гиперпролактинемия тиреоидты гормондар деңгейінің төмендеуіне және тиреолиберин секрециясының жоғарылауына жауап ретінде дамины. Тиреолиберин пролактин секрециясын да, ТТГ-ны да ынталандыратын негізгі факторлардың бірі екенін ескере отырып, оның концентрациясының жоғарылауы осы екі гормонның гиперсекрециясына әкеледі. Гигантизмнің себебі соматотропты гормонды ғана емес, пролактинді де шығаратын аралас аденома болуы мүмкін.

Пациенттердің осы тобының терапиясы пролактин секрециясын қалыпқа келтіретін негізгі ауруды емдеуге бағытталуы керек, демек, етеккір циклінің қалыпқа келуіне әкеледі.

1944 жылы алғаш сипатталған ЛГ-РГ немесе гонадотропин секрециясының функциясының бұзылуымен жүретін туа немесе жүре пайда болған ОЖЖ аномалиясы *Кальман синдромы* гипогонадотропты гипогонадизммен және аносмиямен (иіс сезуінің болмауы) сипатталады. Бұл спорадикалық және отбасылық жағдайлар түрінде кездеседі. Ауру гонадолибериннің селективті жетіспеушілігімен байланысты екендігі анықталды. Қазіргі уақытта гонадолибериндерді шығаратын нейрондардың транслокациясының бұзылуына жауап беретін ген анықталды.

Қыздарда қайталама жыныстық сипаттамалардың минималды дамуы және біріншілік аменореямен байқалады. Дене бітімі әдетте евнухоидты, қолының құлашы науқастың бойынан 5 см биік немесе одан да көп. Қаңқаның жетілуінің кешеуілдеуіне

карамастан, сызықтық өсу жылдамдығы әдетте қалыпты (айқын "жыныстық жетілу"болмауынан басқа). Пациенттер өсудің қалуымен зардап шекпейді, өйткені өсу аймақтары 18 жасқа дейін және одан да көп уақытқа дейін ашық қалады. Аносмияға келетін болсақ, пациенттер тіпті оларда бар екенін білмеуі мүмкін. Аносмия-бұл иісті шамдар мен олфактор жолдарының гипоплазиясының немесе аплазиясының салдары. Бұл синдроммен дамудың басқа туа біткен ауытқулары (сенсорлық саңырау, брахидактилия, оптикалық нервтердің атрофиясы, ат тәрізді бүйрек) сәйкес келуі мүмкін.

Гонадотропиндерді қоспағанда, гипофиз гормондарының мөлшері қалыпты. ФСГжәне ЛГ-нің базальды деңгейі төмендейді. Көпшілігінде ЛГ пульсирленген секрециясы мүлдем болмайды. Люлиберинді енгізуге гонадотрофтар ЛГ мен жыныстық стероидтер шығарылуымен жауап бермейді және пубертатқа дейінгі деңгейде қалады.

Адиопозо-генитальды дистрофия (Пехранц-Бабинский-Фрелих синдромы).

Ауруды гипоталамо-гипофизарлық жүйенің әр түрлі генезді зақымдануымен байланыстырады. Нәтижесінде бақылауға келмейтін 6-7 жастағы семіздікке, пубертатты кезеңде гипогонадотропты гипогонадизмге алып келеді. Семіздіктен басқа, 14 жастағы қыздарда менструация болмайды. Сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің өлшемдері пубертат кезеңге дейінгі өлшемге сай келеді. Сүйек жасы паспорттан артта қалады.

Жасөспірім қыздарда сүт бездері жеткіліксіз дамиды. Шаттың жұмсақ қабатында және қолтықта түктену мардымсыз. Интеллект жасқа сәйкес келеді.

Лоренс-Мун-Барде-Бидл Синдромы. Гипогениализммен, семіздікпен, ретинальды пигментті деградациямен, ақыл-ой кемістігімен және полидактилиямен сипатталатын тұқым қуалайтын ауру. Тұқымқуалаушылық түрі-аутосомды-рецессивті. Қазіргі уақытта мутация синдромының дамуына әкелуі мүмкін 18 ген белгілі. Бұл аурудың негізгі белгісі-пигментті ретинит , полидактилия. Сондай-ақ, ішкі ағзалардың жүрек, бүйрек дамуында ауытқулар болады. Гонадтарда склероз, гиалиноз анықталады.

Өмірдің 1-2 жасында пайда болатын семіздік тез дамиды. Орталық жүйке жүйесінің зақымдануының органикалық белгілері экстрапирамидтік бұзылулар, құрысулар, өрескел ақыл-ой кемістігі түрінде көрінеді.

Болжамы қолайсыз. Науқастарды қатар жүретін аурулардан немесе бүйрек жеткіліксіздігі өлімге алып келеді. Ауру баланың қайта туылу ықтималдығы 25% құрайды.

Екіншілік аменорея: жүктілікке байланысты емес 4-6 айдан астам етеккірдің болмауы қайталама аменорея деп аталады.

Екіншілік аменорея сирек кенеттен пайда болады және әдетте сары дененің жеткіліксіздігінен біртіндеп дамиды. Жас әйелдерде екіншілік аменорея кездесу жиілігі 2-ден 7% - ға дейін. Жіктелуі оны тудырған себептерге және функционалдық бұзылуларға негізделген.

Ең жиі кездесетін екіншілік аменореяның түрлері (себептеріне байланысты түрлері) (12 кесте):

1) стресс кезіндегі гипоталамус-гипофиздік аменорея, өз денесі туралы түсінік бұзылады (анорексия жүйке, булимия, семіздік, психоз);

2) гиперандрогенемиялық аменорея, ол гиперандрогенияның тән белгілерімен көрінеді, қандағы *тестостерон деңгейі 0,5 нг/мл-ден асады, ДГЭА-3,4 мкг /мл-ден асады;*

3) пролактин деңгейі 600 ХБ/мл-ден жоғары болған кезде гиперпролактинемиялық аменорея;

4) ФСГ деңгейі 25 бал/мл – ден астам, эстрадиол-30 бал /мл-ден кем біріншілік аналық без жеткіліксіздігі;

5) гипотиреоз кезіндегі алмасу-эндокриндік аменорея (ТТГ деңгейі 4,2 бал/мл-ден астам), салмақ жоғалту немесе семіздік, қант диабеті;

6) ОЖЖ және гипофиз ісіктері: түрік ер-тоқымының рентгенограммасында, бастың компьютерлік және магниттік-резонанстық томограммаларында патологиялық өзгерістер тән.

Көбінесе гипоменструальды синдромның және екіншілік аменореяның дамуы тамақтанудың бұзылуымен, салмақ жоғалтумен, созылмалы стресс пен психосоматикалық бұзылыстардың (сіздің денеңіз туралы түсініктің бұзылуы) фонында жоғарғы энергетикалық шығынданумен байланысты аменорея түрі – гипоталамус-гипофиздік аменорея.

12 кесте – екіншілік аменорреяның формалары.

Себепте рі	Ауру	Диагностикалық критерилері
	Олигоопсоменорея, аменорея	
ОЖЖ зақымдалуы кезінде	Психикалық күйзелістер, психикалық және жүйке аурулары (энцефалит, эпилепсия, шизофрения- ауыр психоздар), қарқынды және ұзақ дене жүктемелері, тамақтанудың бұзылуы (неврогенді анорексия немесе семіздік).	Негізгі аурудың клиникалық белгілері. Кенеттен дене салмағының 10–15% жоғалтуы. Дене салмағын қосу 30% артық.
Гипотал амо- гипофиз арлы аймақтың зақымдалуы	Травмалар, ісіктер, сәуелі тера- пия, хирургиялық араласулар.	Семіздік, өсудің бұзылыс және басқа да тропты гормондардың дефициті бірігіп келуі. Науқастардың жартысында неврологиялық симптомдар мен көрудің бұзылуы анықталады.
Эндокри нді аурулар	Қалқанша безінің қызметі бұзылуымен жүретін аурулары (көбінесе гипотиреоз), бүйрек үсті безінің созылмалы жеткіліксіздігі, Иценко-Кушинг ауруы, созылмалы инсулин жеткіліксіздігі, гипофиздік нанизм, гиперпролактинемия, акромегалия.	Негізгі аурудың клиникалық белгілері.
Репроду	Гипоганадизм	Семіздік, гирсутизм,

ктивті жүйенің аурулары		УДЗ да мөлшері ұлғайған, көптеген кисталары бар аналық бездер, гипертекоз, андроген деңгейінің жоғарылауы
	Штейн-Левенталь синдромы (біріншілік поликистозды аналық бездер), поликистозды аналық без синдромы (екіншілік поликистозды аналық бездер)	Негізгі аурудың клиникалық белгілері.
Соматик алық және инфекциялық аурулар	бүйректің, бауырдың, АІЖ, жүрек-қан тамырлары, қан айналым жүйесінің, өкпенің созылмалы аурулары, туберкулез, ангина, тұмау, созылмалы тонзиллит, ревматизм, В1, С, Р гиповитаминозы	Негізгі аурудың клиникалық белгілері.
Экзогенді интоксикация	Кейбір химиялық заттардың (қорғасын, басқа да ауыр металдар), радиоактивті сәулеленудің әсері	Анамнестикалық және клиникалық деректер
Себептері	Ауру	Диагностикалық критерілері
Медикаментозды терапия	анаболикалық стероидтар, андрогендер, антиандрогендер, транквилизаторлар, цитостатиктер, антигипертензивті препараттар	Анамнестикалық және клиникалық деректер
	Гиперполименорея, ювенильді жатырлық қан кетулер	
Гемостаз бұзылысы	Геморрагиялық диатездер және геморрагиялық аурулар (Виллебранд, Верльгоф ауруы және т.б)	1,5-6 ай кешіктірілген етеккірден кейін пайда
	Ангина, грипп, созылмалы тонзиллит, ревматизм, пневмония, туберкулез, жүрек ақаулары, бауыр циррозы	1,5-6 ай кешіктірілген етеккірден кейін пайда болатын ұзақ, 7 күннен артық ауыр қан кету. Менархадан кейін 1,5-2 жылдан кейінгі кезеңде дамиды. Әдетте гемостаз жүйесінің бұзылуымен қан кетудің басқа көріністерімен біріктіріледі. Гипопрогестеронемия және/немесе гипоэстрогенемия кезіндегі гиперэстрогения

		тән.
Эндокри нді аурулар	Тиреотоксикоз, сирек гипотиреоз	Анамнестические и клиникалық деректер
Репроду ктивті жүйенің аурулары	Поликистозды аналық синдромы, аналық бездің гранулезді ісігі, текома, эндометрия полиптері, эндометриоз, аналық бездердің кисталары	сондай-ақ қараңыз

Оны тудырған себептерге қарамастан гипоталамо-гипофизарлы аменорея гипоталамустан гонадолиберин мен гипофиздің лютеиндеуші гормонның импульсті секрециясының жиілігі мен амплитудасының толық тоқтағанға дейін өзгеруі мүмкін.

Диагностика. Анамнез және физикалық тексеру (бойды, дене салмағын өлшеу, дененің жоғарғы және төменгі сегментінің қатынасы).

Екіншілік аменорея кезінде негізгі талдау қан сарысуындағы адамның хорионикалық гонадотропинінің (ХГЧ) р-суббірлігін сандық анықтау болып табылады. Ол пациенттермен жыныстық байланыс немесе вирилизация белгілері туралы хабарланған мәліметтерге қарамастан жүргізіледі.

Лабораторлы зерттеулер: прогестеронды бастапқы енгізуге реакция немесе қынап жағындыларында эстрогенді анықтау нәтижелері бағаланады.

Сүйек жасын зерттеу (оссификация нүктелері мен өсу аймақтарын бағалау үшін қолдың рентгенографиясы); кариотипті анықтау.

Гормондық зерттеу: кортизол, тестостерон, ДЭАС, эстрадиол, пролактин, прогестерон, ЛГ, ФСГ, ТТГ, ТЗ, Т4, ГР деңгейі. FSH қалыпты деңгейі аясында LH концентрациясының жоғарылауы айқын вирилизацияның болмауына қарамастан андрогеннің артық мөлшерін анықтауды қажет етеді. LH / FSH қатынасы 3-тен жоғары және тестостерон деңгейінің жоғарылауы әдетте PCOS бар жасөспірімдерде байқалады. HARAC PCIA үшін-

тікенең гиперинсулинемия және қант диабеті қаупінің жоғарылауы. PCOS диагнозының критерийлері-бұл артық андроген мен хирсутизм немесе безеу аясында етеккірдің бұзылуы.

Кіші жамбас ағзаларының УДЗ (жатырдың, аналық бездердің даму дәрежесін, оларда қуыстық фолликулалардың болуын анықтау), бүйрек үсті бездерінің, қалқанша безінің УДЗ.

Бас сүйегінің рентгенографиясы, мидың КТ немесе МРТ пролактин деңгейі жоғары немесе ОЖЖ ісіктерінің клиникалық белгілері бар болғанда жасалады.

Көз түбін зерттеу, көру өрісін зерттеу оптикалық-хиазмалық аймақтың жағдайын нақтылау үшін жүргізіледі.

Гипоменструальды синдроммен және аналық бездің поликистозымен және физикалық дамудың кідірісімен байланысты емес екіншілік аменореямен ауыратын жасөспірімдерді емдеу.

Аурулардың бұл тобына созылмалы экстрагенитальды патологиямен, физикалық белсенділіктің жоғарылауымен (спортшылар, балериалар және басқалар) жиі кездесетін опсо -, олиго -, гипоменорея және екіншілік аменорея жатады, олар психоэмоционалды стресс фонында байқалады.

Менструальдық функцияны қалыпқа келтіру үшін емдеу шараларының кешені тағайындалады:

- витаминотерапия;
- жалпы нығайтатын препараттар;
- зат алмасуды қалыпқа келтіретін препараттар;
- жүрек-тамыр жүйесі мен микроциркуляцияны жақсартатын препараттар.

Вегетативті функцияға әсер ететін препараттар – Белласпон, Беллатамин айқын әсер береді. Олар 2-3 драже дозасында күніне 3 рет, 5-6 аптаға тағайындалады. 3-6 ай ішінде менструация болмаған кезде емдеуді верошпиронды қолданудан бастаған жөн.

Физиотерапия кешені:

- сумен емдеу (хлоридті-натрийлі, теңіздік, қылқан жапырақты);
- 10-15 процедурамен балшықпен емдеу;
- гумизолмен гальванофорез, 10-15 процедура;
- мыс немесе мырыштың гальванофорезі;
- Са эндоназальді гальванофорез;
- Е дәрумені ультрафонофорезі, 8-10 ем курсы;
- бальнеологиялық рәсімдер.

Аменорея физикалық дамудың кешігуі, дене салмағының едәуір жоғалуы және көбінесе анорексияның дамуы фонында дамыған жасөспірімдер ерекше назар аударуды қажет етеді. Мұндай жасөспірімдерде аменорея жиі тұрақты және гормоналды емес әдістермен емделмейді.

Дене салмағының ИМТ 19 дейін және одан төмендеуі әртүрлі себептерден болуы мүмкін:

- ішкі аурулар (Крон ауруы, целиакия, спецификалық емес жаралы колит);
- өңеш қорытылуының бұзылуы (жүйкелік анорексия).

Дене салмағының төмендеуімен етеккір циклінің бұзылуының ауырлығы келесі факторларға байланысты:

- тамақтанудың жеткіліксіздік дәрежесі (мысалы, оның энергетикалық құндылығын тәулігіне 15 ккал/кг-нан кем шамаға дейін төмендету немесе майлар, ақуыздар мен көмірсулар мөлшері арасындағы қолайсыз арақатынас;
- гипокалориялық диетаны ұзақ уақыт сақтау;
- қарқынды физикалық күш салу нәтижесінде энергияны көп тұтыну.

Қалыпты және патологиялық тамақтану мінез-құлқының арасында (анорексия, булимия) көптеген өтпелі жағдайлар бар, бұл көбінесе олардың айырмашылығын қиындатады. Тамақтанудың бұзылуының жекелеген түрлерін клиникалық сипаттау үшін ыңғайлы Американдық психиатрлар қауымдастығы жасаған өлшемдерді қолданылады.

Тағамдық мінез-құлық бұзылстарының келесі клиникалық түрлері бөлінеді:

- тағамға қатаң шектеу;
- диеталарды сақтау және ситуациялық булемиялық мінез-құлық;
- жүйкелік анорексия;
- жүйке булемиясы;
- спортшылар аменореясы.

Дене салмағының төмен болғанда диагноз қою ерекшеліктері:

1) Қарап-тексеру: Таннер бойынша жыныстық даму сатысы, жалпы жай-күйі, дене салмағының индексі, кіші жамбас ағзаларының УДЗ;

2) қан сарысуындағы гормондардың концентрациясын зерттеу (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, ДЭАС, ТТГ, ФСГ / ЛГ);

3) остеоденситометрия (өкше сүйектері мен фалангтарды зерттеу).

Дене салмағының төмендеуіндегі аменореяны емдеу мыналарды қамтиды:

- Жасөспірімнің қалауын мүмкіндігінше ескере отырып, теңдестірілген диетаны таңдау, бұл қызбен қарым-қатынас жасау кезінде ең қиын. Қажетті фунттан айырылған жасөспірімді сендіру мүмкін емес, жасөспіріммен және ата-анамен сенімді қарым-қатынас қажет.

- Асқазан-ішек жолдарының ауруларын болдырмау үшін психиатрдың, гастроэнтерологтың, эндокринологтың кеңес беруі міндетті.

- Гормондық терапия дене салмағын қалыпты деңгейге дейін толтырған кезде ғана тағайындалады.

- Жалпы нығайтатын препараттар (*витаминдік терапия, иммуностимуляторлық препараттар, арнайы жоғары калориялы диета*). Фолий қышқылының, В2 витаминінің, аскорбин қышқылының бір ай бойы емдік дозаларда үйлесуі айқын ынталандырушы әсерге ие. Табиғи адаптогендер (таңертең және күндіз 15-20 тамшы *элеутерококк сығындысы*, күніне 15-20 рет 2 тамшы *женьшень тұнбалары, лимон тұнбалары, қытай қызыл женьшень тамыры*);

- ферменттік препараттар (*фестал* бір ай бойы тамақтану кезінде күніне 3 рет 1 дражеден);

- аналық бездердің қызметін ынталандыратын препараттар (күніне 3 рет 0,25 мг глутамин қышқылы, 3 аптада күніне 3 рет 0,25 мг метионин);

- инсулиннің шағын дозаларын тағайындау (эндокринологтан кеңес алғаннан кейін және глюкозаға төзімді тесттің бақылауымен);

- АТФ 1,0 мл 1% ерітінді б/е 15-20 күн кальций глюконатымен бірге күніне 3 рет 0,5 мг тамақтану кезінде;

- стероидты емес анаболикалық препараттар (*пентоксил* күніне 1,0 3 рет, *калий оротаты* 0,25 мг күніне 3 рет 4-6 апта бойы);

- егер аурудың ұзақтығы 2-3 айдан аспаса, менструалдық циклді стимуляциялау үшін *верошпиронды* 1-таблеткадан 10 күн ішінде күніне 3 рет тағайындаймыз.

Етеккір тәрізді реакция басталған кезде жасөспірім төмен дозалы монофазиялық эстроген гестагенді препараттармен циклдік гормондық терапияға ауыстырылады;

- айқын гипоэстрогения кезінде емдеу 20 күн бойы күніне 0,05 мг эстрогендік препараттарды (*микрофоллин*) тағайындаудан басталады; етеккір тәрізді реакция болған кезде қабылдауда 5 күн үзіліс, болмаған кезде – 10 күн. Курс қандағы гормондардың деңгейін міндетті түрде бақылай отырып, 3-5 айды құрайды; емдеу аяқталғаннан кейін екі фазалы етеккір циклын қалыптастыру үшін циклдік витамин - және фитотерапиямен қатар 3-4 цикл бойы төмен және микродозаланған КОК (*Джес, Новинет, Линдинет 20, Регулон, Марвелон, Фемоден*) монофазалық циклге көшу ұсынылады.

Келесі 3-6 айда етеккір циклін реттейтін препарат ретінде *Циклодинон* жасөспірімдерге күніне 1 рет 40 тамшыдан, күніне 2 рет 15-30 тамшыдан *мастодинон* немесе 10 тамшыдан белдік тағайындаған жөн.

Гиперпролактинемия фонындағы аменорея немесе гипоменструальды синдром

Жасөспірімдердегі гиперпролактинемия дербес синдром ретінде дамуы мүмкін. Галакториясыз, эмоционалды стресс фонында, жедел вирустық инфекциялардан кейін, кейбір дәрі-дәрмектерді қабылдағаннан кейін, қалқанша безінің патологиясы, қант диабеті, туберкулез инфекциясы фонында. Терапияны тағайындамас бұрын мидың органикалық патологиясын бар жоғын анықтап (невропатолог, окулист консультациясы, мидың КТ, ЯМР), жасөспірімге толық клиникалық тексеру жүргізу қажет.

18 жасқа дейінгі қыздарға арналған пролактин нормасының жоғарғы шегі – 400,0 мМЕ/мл.

Бұл формада құрамында эстрогендер бар препараттарды қолдануға қарсы көрсеткіш болады, өйткені олар пролактин өндірісін одан әрі ынталандырады.

Емдеу:

- жалпы нығайтатын терапия (берілген схемалар бойынша 3-6 айға циклдік витамин терапиясы), табиғи адаптогендер, фитотерапия);
- Еңбек және демалыс режимі;
- седативті терапия (Валериан тұнбалары, аналық шөптер 1 айға түнде 15-20 тамшыдан, новопасит);
- Мастодинон 20 тамшыдан күніне 2 рет 1-2 ай;
- этиотропты терапия-*бромокриптин, парлодел*. Препарат дозасын дене салмағын және қандағы пролактин деңгейін ескере отырып жеке есептеледі. Әдетте бромокриптинді қабылдауды түнге 1/4 таблеткадан бастайды, содан кейін әрбір екі күн сайын препараттың дозасын ең аз белсенді дозаны таңдап, пролактин деңгейін бақылай отырып, 1/4 таблеткаға арттырады. Проллактин деңгейін бақылау әрбір 10 күн сайын жүзеге асырылады, терапияның ұзақтығы зертханалық көрсеткіштерге байланысты;
- **физиотерапия:** сумен емдеу, В1 дәруменінің эндонозальды гальванофорезі, Е дәрумені ультрафонофорезі және т. б. [14-31].

8 ТАРАУ АНАЛЫҚ БЕЗДІҢ ПОЛИКИСТОЗ СИНДРОМЫ

Бұрын Стейн-Левенталь синдромы деп аталатын ісік емес генезді овариальды гиперандрогения синдромы (гиперандрогения аналық бездің дисфункциясы) қазіргі уақытта ДДҰ классификациясына сәйкес әлем әдебиетінде аналық бездің поликистоз синдромы (PCOS) ретінде танымал.

Аналық бездің поликистоз синдромы – бұл әртүрлі клиникалық және биохимиялық көріністері бар патологиялық бұзылулардың гетерогенді тобы, овуляцияны тудыратын процестердің бұзылуымен сипатталады. Бұл жағдайда пациенттерде гипоталамус-гипофиз-аналық бездің кері байланыс механизмінің бұзылуына байланысты созылмалы ановуляция дамиды. Аналық бездің поликистоз синдромына тән гиперандрогениялық ановуляция аналық бездегі поликистозды өзгерістермен, бір мезгілде жыныстық байланыстыратын глобулин (ССТ) концентрациясының төмендеуімен қандағы бос тестостерон деңгейінің

жоғарылауымен, ЛГ/ФСГ арақатынасының өзгеруімен және әр түрлі дәрежедегі инсулинге төзімділікпен сипатталады. Аналық бездің поликистоз синдромы – репродуктивті жастағы әйелдерде етеккір мен генеративті функцияның бұзылуының ең көп таралған себебі.

Аналық бездің поликистоз синдромының алғашқы сипаттамасы 1844 жылы А. Chereau (Париж) зерттеуімен басталады. Ресейде бұл ауруды тәуелсіз нозологиялық форма ретінде алғаш рет 1928 жылы С.К. Лесный сипаттаған, ол етеккір циклінің бұзылуын олигоаменорея ретінде қарастырып, емдеуде аналық бездің сына тәрізді резекциясын жасаған. 1935 жылы Stein және Leventhal, алдымен әйелдерде пайда болатын симптомдық кешенді сипаттады және оған тән белгілер:

- етеккір циклінің бұзылуы (олигоаменорея, аменорея),
- гирсутизм,
- ановуляция және бедеулік,
- сүт бездерінің дамымауы,
- семіздік.

Метаболикалық бұзылуларға *инсулинге төзімділік, гиперинсулинемия, гиперлипидемия* жатады. Гормоналды бұзылулар гиперандрогенияда көрінеді, бұл аналық бездегі жыныстық стероид синтезінің генетикалық бұзылыстарының салдары. Гиперандрогенияға байланысты ановуляция, гипертрихоз, *acne vulgaris* және висцеральды семіздік дамиды.

Қыздарда бұл синдромның пайда болуы көбінесе жыныстық байланысты. Бұл патологиясы бар әйелдер әдетте біріншілік ановуляциялық бедеулікке шағымданады.

Аналық бездің поликистоз синдромы аналық бездердің әртүрлі нұсқада зақымдануы мен алуан түрлі клиникалық формаларымен көрінеді. Қыздардың 50% – ында семіздік, 30-60% - ында инсулинге төзімділік байқалады. Сонымен қатар, "аналық бездің поликистозы" терминін заңды деп санауға болмайды, өйткені бұл кисталар туралы емес, примордиальды және екіншілік фолликулалардың көбеюі туралы, яғни полифолликулярлы аналық бездер деп айтылса дұрысырақ болар еді.

Жіктелуі

Қазіргі әдебиеттерде жалпыға бірдей танылған аналық бездің поликистозы синдромының үш негізгі патогенетикалық формаларын қарастырған:

- 1) типтік форма овариальды гиперандрогениямен немесе бастапқы поликистозды аналық бездермен (склерокистозды аналық без, поликистозды аналық без ауруы, Штейн-Левенталь синдромы);
- 2) біріктірілген форма овариальды және бүйрек үсті гиперандрогениясымен;
- 3) орталық форма гипоталамус-гипофиз жүйесіндегі бұзылулардың салдарынан дамиды, соның салдарынан аналық бездердің қызметі бұзылады.

Қазіргі таңда зерттеушілердің көпшілігі *біріншілік* аналық бездің поликистозы орнына "аналық бездің поликистозды синдромы"терминін қолданады. Бұл ауру жыныстық жетілудің басталуымен пайда болады және осы патологияның ең маңызды дифференциалды диагностикалық белгісі болып табылады.

Екіншілік аналық бездің поликистозын эндокринопатияның көріністері ретінде қарастырған жөн. Олардың белгілері гиперпролактинемия, АГС, Иценко – Кушинг синдромы және көп жағдайда етеккір циклінің бұзылуына қарамастан пайда болады.

Аналық бездің поликистозы синдромының этиологиясы осы уақытқа дейін ғылыми пікірталастардың тақырыбы болып қала береді. ЛГ-ның салыстырмалы немесе абсолютті артық болуы гипофиздің немесе гипоталамустың бастапқы патологиясына байланысты болуы мүмкін, ол өз кезегінде қолайсыз факторлардың

әсерінен пайда болуы мүмкін, мысалы: науқастың анасындағы жүктілік және босану патологиясы; қыз алған инфекциялар, нейроинфекция, интоксикация; ми жарақаты; психоэмоционалды жүктеме, стресс.

Патогенездің қоздырғыш факторы адренархе кезінде бүйрек үсті андрогендерінің артық бөлінуі болуы мүмкін. Перифериялық тіндерде бүйрек үсті андрогендері эстрогенге айналады, ол ЛГ секрециясын ынталандырады (оң кері байланыс қағидасы бойынша) және ФСГ секрециясын басады (теріс кері байланыс қағидасы бойынша). ЛГ аналық бездерде андроген секрециясының жоғарылауын тудырады, олардың артық бөлігі перифериялық тіндерде эстрогенге айналады. Адренархиялық семіздік PCOS-тің жетекші қауіп факторы болып саналады, өйткені андрогендердің эстрогенге перифериялық конверсиясы негізінен май тінінде жүреді.

Пациенттердің шамамен 50% - ында гиперинсулинемия аясында инсулинге төзімділік бар. Артық инсулин аденогипофиздегі ЛГ секрециясын және аналық бездер мен бүйрек үсті бездеріндегі андрогендерді ынталандырады. Инсулинге төзімділік пен гиперандрогенияның параллель дамуының себебі, негізінен генетикалық механизмдер болып табылады. Мұның себебі серин-треонин-киназаның белсенділігін кодтайтын геннің генетикалық анықталған өрнегінде жатыр деп болжанады.

Фермент-17-гидроксилаза белсенділігінің артуына және 17-гидроксистероиддегидрогеназа (ГДГ) тапшылығына байланысты аналық бездегі стероидогенез бұзылады. Бұл жағдайда 17-гидроксипрегненолонның дегидроэпиандростеронға және 17-гидроксипрогестеронның андростендионға айналуы күшейеді. 17-ГДГ жеткіліксіздігінде андростендионның тестостеронға, ал эстрон эстрадиолға айналуы баяулайды.

Көбінесе PCOS біріншілік гипотиреоз кезінде дамиды. Бұл жағдайда андрогендердің бос фракцияларының жоғарылауы аясында ЛГ синтезінің жанама жоғарылауы байқалады (тиреоидты гормондардың төмендеуі нәтижесінде бауырдағы жыныстық стероидты байланыстыратын глобулин синтезінің төмендеуі байқалады).

Қыздарда аналық бездің поликистозы синдромының пайда болуы бүйрек үсті безінің туа біткен гиперплазиясының классикалық емес нұсқасы аясында дамуы мүмкін.

Аналық бездің поликистозы синдромының клиникалық көрінісіне тән: қалыпты жыныстық даму аясында, салыстырмалы түрде қысқа уақыттан кейін уақтылы менархе (2 ай - 1 жыл) олигоменорея немесе екіншілік аменорея, кейде жатырдан қан кету түрінде етеккір циклінің бұзылуы орын алады. Сонымен қатар:

- гиперандрогения, гирсутизм, безеу, себорея, алопеция;
- артық салмақ (семіздік, инсулинге төзімділік);
- ұлғайған, кистоздық өзгерген аналық бездердің дамуы байқалады.

Аурудың басталуына дейін жыныстық жетілуге жеткен қыздарға вирилизациямен алмастырылатын дефеминизация феномені тән. Осы белгілердің үйлесуі синдромның қазіргі атауына негіз болды – PCOS-HAIR (аналық бездің поликистозды синдромы, гиперандрогения, инсулинге төзімділік).

Аналық бездің поликистозы синдромының типтік формасының клиникалық көріністері келесідей:

тексеру мәліметтері:

- көбінесе артық салмақ (ДСИ 26 – дан жоғары);
- абдоминальді семіздік (бел мөлшерінің жамбас мөлшеріне қатынасы 0,85-тен асады). *Сонографиялық белгілері:*

аналық бездер кистозды түрде өзгереді, аналық бездің ең үлкен мөлшері 30 мм-ден асады, аналық бездің көлемі $>10 \text{ см}^2$, аналық бездің беткі ауданы $5,5 \text{ см}^2$ -ден асады, субкортикалық аймақта диаметрі 2-8 мм болатын 10 немесе одан да көп фолликулалар, строманың гиперехогенділігі көрінеді. Әртүрлі мөлшердегі фолликулалар паренхимада тараған кезде мультифолликулярлы аналық бездермен дифференцировка жасау керек.

Гормондық статусты зерттеу:

норманың жоғарғы шекарасында пролактин нормаларының артуы, ДЭАС, тестостерон жоғарылаған, ЛГ деңгейі жоғарылаған,ФСГ төмендеген, ЛГ/ФСГ қатынасы >2 .

Зертханалық көрсеткіштер:

-глюкозаға төзімділік сынамасы кезінде гиперинсулинемиясы бар пациенттерде (75 мг глюкозаны ішке қабылдау) қандағы инсулиннің 6 дан астам жоғарылауы байқалады;

– дислиппротеинемия.

Жасөспірімдер арасында аналық бездің поликистозды синдромының ең көп таралған түрі - бұл орталық генезді синдром, ол көбінесе жыныстық жетілу кезінде гипоталамикалық синдромының аясында дамиды.

Орталық форма гипоталамо-гипофиздік жүйеде барлық деңгейдегі функциялардың бұзылуымен жүретін аналық бездердің патологиясы. Гормоналды статус гиперандрогения, ЛГ циклдік емес секрециясы немесе ФСГ секрециясының жоғарылауы ретінде сипатталады.

Жасөспірімдерді емдеу мынадай мақсаттарды көздейді:

- 1) етеккір функциясын қалыпқа келтіру;
- 2) гиперандрогенияның клиникалық көріністерін азайту (гирсутизм, акне, себорея және басқалар);
- 3) қосымша патологиялық көріністерді жою немесе азайту (висцеропатиялар, дене салмағын төмендету, артериялық қысымның бұзылуы және басқа да вегетотамырлық бұзылулар);
- 4) гиперинсулинемия болған кезде инсулин деңгейін қалыпқа келтіру;
- 5) ЛГ/ФСГ арақатынасын қалыпқа келтіру.

Қыз бала репродуктивті жасына жеткенге дейін консервативті симптоматикалық терапия ең оңтайлы болып табылады.

Емдеу витаминдік терапиядан, ағзадағы зат алмасуды жақсартатын препараттардан, циклді реттеудің гормоналды емес әдістерінен, қажет болған жағдайда циклдік гормондық терапиядан тұрады.

Аналық бездің поликистозы синдромы бар жасөспірімдерді емдеу жыныстық гормондар мен қалқанша безінің гормондарын, биохимиялық көрсеткіштерді бақылай отырып, толық және жан-жақты тексеруден кейін ғана жүргізілуі керек.

Витаминотерапия:

Е дәрумені (токоферол) – күніне 100 мг, 2 ай.

А дәрумені (ретинол ацетаты) –таблетка немесе капсула 33000 ХБ-дан, күніне 1 рет, 1 ай.

Метионин-0,25 г күніне 3 рет 30 минут тамақтан бұрын, 15-20 күн.

Липой қышқылы-0,025 г тамақтан кейін күніне 2-3 рет, 20 күн.

Фолий қышқылы-0.001 г күніне 2-3 рет, 3 апта.

Никотинамид-0,025 г күніне 2 рет, 2-3 апта.

Менструальдық функцияның реттелуіне әсер ететін гормоналды емес препараттардың ішіндегі ең тиімдісі-верошпирон (спироналактон). Препарат 25 мг-нан күніне 2-3 рет (дене салмағын ескере отырып) 10 күн бойы, етеккір циклінің 16-дан 25-ші күніне дейін, 3-6 цикл ішінде тағайындалады. 10 күндік қабылдау аяқталғаннан кейін алғашқы 2-3 циклде етеккір тәрізді реакция байқалады. Верошпирон реттеуші функцияны орындаумен қатар, гирсутизмнің көріністерін азайтуға көмектеседі, аналық бездегі кисталық өзгерістердің регрессиясына оң әсер етеді.

Жыныстық жетілу кезеңіндегі гипоталамикалық синдромның асқынуының салдарынан орталық генезді аналық бездің поликистозды синдромы көбінесе метаболизмнің айқын бұзылуымен көрінеді.

Аналық бездің поликистозы синдромын емдеудің негізгі мақсаттарының бірі-дене салмағын қалыпқа келтіру. Егер артық дене салмағы қыз кезінде немесе босанғанға дейінгі кезеңге тән болса, онда 70% болашақта сақталады. Адам ағзасындағы майдың мөлшері әртүрлі факторларға байланысты: 30% генетикалық факторға, 26% – этноэлеметтік факторларға және 45% – алименттік факторларға байланысты. Семіздік неғұрлым айқын болса, гормоналды статус соғұрлым өзгереді. Тестостерон мен андростендионның бос фракциясы артады. Ароматазаның әсерінен осы андрогендердің бір бөлігі гипофиздің гонадолиберинге сезімталдығын арттыратын циклдік емес эстрогенге айналады. Бұл ЛГ-нің қосымша шығарылуына әкеледі, ал ЛГ андрогендердің одан әрі жоғарылауына ықпал етеді. Осылайша, денеде патологиялық дисгормоналды процестердің жабық тізбегі пайда болады.

Артық салмақты азайтуға бағытталған емдеу жан-жақты болуы керек және келесі шараларды қамтуы керек:

- Диета (күніне 1500-2200 ккал): қазіргі таңда бірқатар зерттеулер көмірсуларсыз диета көп жағдайларда метаболизмнің патологиялық жағдайын нашарлататыны дәлелденді. Дене салмағын қалыпқа келтіру кезінде ағзадағы майлардың, ақуыздардың және көмірсулардың тепе-теңдігін ұстап тұру керек. Міндетті түрде диетологтың немесе гастроэнтерологтың кеңесі болу керек. Сонымен қатар, дене салмағының күрт және тез жоғалуына жол бермеу керек.

- Еңбек және тынығу режимі: жасөспірімдер жиі шұғылданатын ауыр физикалық белсенділік жүрек-тамыр жүйесіне теріс әсер етуі мүмкін және вегетативтік-тамыр жеткіліксіздігіне, қан қысымының көтерілуіне, бас ауруына әкелуі мүмкін. Емдік дене шынықтыруды тағайындау тиімді болып табылады. Ұйқы мен демалу режимін сақтау кортизол мен андрогендердің күнделікті секрециясын қалыпқа келтіреді.

- Нейротрансмиттерлік препараттарды, ноотропты препараттарды, минералды және витаминдік кешендерді тағайындау.

Аналық бездің поликистозы синдромы кезінде жасөспірімдердің 95% - ында гистамин синтезінің бұзылуы байқалады, сондықтан оларға мидың гипоталамикалық құрылымдарының жұмысын жақсартуға көмектесетін *десенсибилизациялық терапия* тағайындалады: *зиртек, супрастин, диазолин, кетотифен, тавегил*. Антигистаминдер 1 таблеткадан 2-3 ай бойы түнде қабылданады, препаратты әр 10 күн сайын ауыстырған жөн.

Гормоналды терапия. Аналық бездің поликистоз синдромының типтік формасы етеккір функциясының тұрақты бұзылуы бар 15-17 жастағы жасөспірімдер үшін және 2-3 дәрежелі гирсутизм кезінде симптоматикалық гормоналды емес терапия айтарлықтай әсер етпейді. Мұндай жағдайларда антиандрогенді әсері бар гормоналды

препараттарды қолдану ұсынылады. Гормоналды препараттарды тағайындау жасөспірімнің гормоналды профилін анықтағаннан кейін ғана жүзеге асырылады.

Гиперандрогенияны реттеу мыналарға бағытталуы тиіс:

– *дексаметазон* (тәулігіне 0,25–0,5 мг) көмегімен бүйрек үсті бездері арқылы андроген секрециясын басуға;

- аналық бездердің белсенділігін басуға және функционалды овариальды гиперандрогенияны реттеуге; осы мақсатта пероральды контрацептивтер тағайындалады, оның антиандрогенді әсері бар, олар овариальды андрогендер мен ЛГ артық секрециясын басады; пероральды контрацептивтердің жағымды әсері бұл олардың гипофиз және аналық бездерге тікелей әсері ғана емес, сонымен қатар андрогендік рецепторлардың блокадасы нәтижесінде андроген белсенділігін қосымша басу.

Гиперандрогенемияның барлық жағдайларында негізделген аурудың патогенезіне сәйкес біріктірілген эстроген-гестагенді препараттарды (КОК) тағайындау болып табылады. Этинилэстрадиол гестагенмен бірге тестостерон мен андроген синтезін аналық бездермен, ал бүйрек үсті бездерімен дегидроэпиандростерон мен андростендионды азайтады.

Терапияны жүрек-тамыр жүйесіне минималды әсер ететін, қан қысымына әсер етпейтін, метаболикалық бұзылулар тудырмайтын препараттардан бастау ұсынылады (кейбір препараттарды қабылдау аясында дене салмағының жоғарылауы мүмкін!). Ең тиімдісі құрамында прогестиндер бар препараттар: *дезогестрел* (регулон, новинет), *диеногест* (жанин), *ципротерон ацетаты* (диане-35) контрацептивтік схема бойынша кемінде 6-9 ай тағайындау керек. Гирсутизм, безеу және себорея сияқты гиперандрогенемия белгілерінің жоғалуы 2-3 айдан кейін басталады.

Қалыпты дене салмағының аясында аналық бездің поликистозы синдромы пайда болатын науқастарда таңдау препараттары – **регулон және новинет** 1 таблеткадан менструальдық циклдің 1-ші күнінен бастап 21 күн ішінде 7 күндік үзіліспен, қажет болса 2-4 курс қайталауға болады. Терапияның ұзақтығы кемінде 3-6 ай болуы керек. Қысқа схемаларды қолдануға болады-2 таблеткадан циклдің екінші фазасында 10 күн ішінде.

ЛГ артық секрециясы аясында қалыптасатын аналық бездің поликистозы синдромы кезінде гестагендік компонент ретінде *дезогестрел*, *гестоден* (логест, линдинет, фемоден) бар төмен және микродозаланған КОК пайдалану ұсынылады. Қабылдау кезінде ЛГ, пролактин, Т, кортизолды бақылау қажет.

Ауыр вегетотамырлық бұзылулармен (органикалық патологиясыз бас ауруы), етеккір циклі кезінде жағдайының нашарлауы, ауыр ауырсыну синдромы (әдетте, PCOS эндометриозбен, созылмалы қабыну ауруларымен қабаттасқанда) препараттарды қабылдаудың үш циклдік режимін тағайындауға болады (3 ай қатарынан 5 күн үзіліспен, 1 жылдан аспайды).

ЛГ N деңгейінде және PCOS белгілерінде контрацепциялық схемаға сәйкес жанинді қолданған жөн. Дюфастон-1 таблеткадан (10 мг) күніне 2 рет 16-дан 25-ші күнге дейін ЕЦ (барлығы 6-8 цикл).

Жыныстық жетілу кезеңіндегі метаболикалық бұзылулар салдарынан дамиды аналық бездің поликистоз синдромы кезінде: *Дифенин* 1/2 таблеткадан 3-6 ай бойы күніне 1-2 рет., немесе *финлепсин* (карбамазепин) 1-2 таблеткадан 3-6 ай ішінде күніне 2 рет., немесе 1/2 таблетка *ламиктал* 3-6 ай бойы күніне 2 рет. *Глицин* 1 таблеткадан күніне 2 рет, 1-3 ай. *Винпоцетин* 1 таблеткадан күніне 3 рет немесе 1 таблеткадан тұратын *кавинтон* күніне 2 рет, 2-3 ай бойы.

Аналық бездің поликистоз синдромы функционалды немесе органикалық шыққан гиперпролактинемиямен қабаттасқанда (гипофиздің микроаденомасы): 1/2 таблеткадан *достинекс* аптасына 1 рет, 3-6 ай бойы. Емдеу ұзақтығы және доза қан сарысуындағы пролактин деңгейін ескере отырып таңдалады: басында 1-2 аптадан кейін, содан кейін 2-3 айда 1 рет қадағалау керек. *Норпролак* 1-2 таблеткадан (25-50 мг) күніне 1 рет немесе *парлодель* (бромкриптин) 1/2 таблеткадан күніне 1 рет. Терапияның ұзақтығы қандағы пролактин деңгейін қалыпқа келтіргенге дейін жалғасады.

Аналық бездің поликистоз синдромы бүйрек үсті безінің туа біткен дисфункциясының классикалық емес түрімен қабаттасқанда: *кортеф* 15-20 мг/м2 күн сайын 3 айдан 12 айға дейін. *Дексаметазон* 1/2-1 таблеткадан түнде немесе *преднизолон* күн сайын таңертең 1/2 таблеткадан 3 айдан 12 айға дейін. Қабылдау барысында қан сарысуындағы 17-ОР және ДГАС деңгейін әрбір 2-3 ай сайын бақылап отыру. Құрамында перифериялық антиандрогенді әсері бар гестаген бар біріктірілген оральді контрацептивтер: *диане35* немесе *жанин* 1 таблеткадан 21 күн. Андрогендік стероидтар мен пролактин деңгейін бақылаумен кемінде 9-12 цикл.

Физиотерапия барлық жасөспірімдерге тағайындалады:

- циркулярлы душ, Шарко души, 10-15 емдеу курсы;
- ванна натрий хлоридімен, теңіз суымен;
- массаж;
- В1 дәруменінің эндоnazальді гальванофорезі;
- қасаға үсті аймағына шыны тәрізді дененің немесе лидазаның гальванофорезі 10-15 емшара курсы;
- магнитотерапия (магнит өрісін қолдану қан айналымын жақсарттады, тамыр кеңейткіш әсерге ие) 10-15 емшара курсы.

Аналық бездің поликистоз синдромы болмаған кезде жасөспірімдердегі гиперандрогендік жағдайлар

Жасөспірімдер ағзасындағы андрогендердің жоғарылауында жиі кездесетін көріністер:

- дененің ер адамдарға тән шамадан тыс түктенуі;
- терінің сальдосының жоғарылауы;
- безеу, себорея.

Жасөспірімдік кезеңде гипертрихоз негізгі шағым ретінде тұрақты етеккір циклінде және соматикалық патология болмаған кезде пайда болуы мүмкін. Гиперандрогендік жағдайлар бауырында патологиясы бар, қалқанша безінің қызметі бұзылған, семіздік, қант диабеті, анорексия, дәрумендер, минералдар мен микроэлементтердің жетіспеушілігі, порфирия және дерматомиозит, созылмалы бүйрек аурулары және тыныс алу жолдарының аурулары бар науқастарда жиі кездеседі.

Белсенді андрогендер деңгейінің жоғарылауы мыналардың салдары болып табылады:

- жыныстық жетілу кезеңінде пайда болған генетикалық мутациялар;
- тұқым қуалайтын факторлар;
- репродуктивті жүйенің орталық және перифериялық байланыстарының жеткіліксіз дамуы;
- аналық бездердің, бүйрек үсті бездерінің, гипофиздің немесе гипоталамустың гормон өндіретін ісіктерінің үдемелі өсуі;

- перифериялық рецепторлардың (шаш фолликулаларының) андрогендерге және олардың метаболиттеріне сезімталдығының жоғарылауы;
- гормоналды және антигормоналды препараттарды қабылдау;
- ананың жүктілігі кезінде сақтаушы гормондық терапияның әсері жоққа шығарылмайды.

Емдеу тактикасын таңдау **гиперандрогенемияның** пайда болуының этиологиялық факторын ескере отырып жүзеге асырылады.

Келесі формалары бар: **орталық, аналық без, бүйрек үсті безі, аралас, перифериялық**. Гиперандрогенемияның негізгі көрінісі-қандағы тестостеронның жоғарылауы. Тестостерон репродуктивті жүйенің барлық деңгейінде шығарылады: аналық бездерде 25%, бүйрек үсті бездерінде 25%, шеткері тіндерде 50% құрайды.

Гиперандрогендік жағдайларды емдеудің негізгі мақсаты тестостерон мен оның метаболиттерінің шеткері деңгейін төмендету, сонымен қатар тестостерон метаболизмі тізбегіндегі әртүрлі ферменттік бұзылуларды түзету.

Аналық бездердің, бүйрек үсті бездерінің, орталық жүйке жүйесінің гормон өндіретін ісіктерін этиопатогенетикалық емдеу хирургиялық араласуды қажет етеді.

Орталық механизмнен дамыған гиперандрогенемиясы бар науқастарды емдеу метаболикалық бұзылуларды жою шараларнан бастау керек:

- диета және құрамында көмірсуы бар өнімдерді, қаныққан майлардың көп мөлшері бар өнімдерді азайту;
- гиподинамиямен күресу;
- ұйқы мен еңбек режимін сақтау (бұл жағдайда кортизол мен андрогендердің тәуліктік секрециясы қалыпқа келеді)
- нейротрансмиттерлік препараттарды, ноотропты препараттарды, комплексті минералдар мен витаминдерді тағайындау;

Гипергликемия кезінде инсулинге төзімділігі бар пациенттерде аптасына 1 рет аш қарынға гликемияны міндетті түрде бақылай отырып, 3-6 ай бойы тәулігіне 2 рет 250 (500– 850) мг *бигуанидтер* (Метформин, Сиофор) қолданылады. Терапияны бастау ең аз дозада жүзеге асырылады. Бірінші доза 250 (немесе 500) мг түнде қабылданады, содан кейін препаратты бір рет қабылдау кешкі аспен сағат 6-7-де 10 күн қабылданады. Гликемияны бақылауды ұмытпаңыз! Содан кейін таңғы ас кезінде таблетка қабылдау арқылы доза артады.

Тәуліктік доза тәулігіне 1000-1500 мг болуы тиіс. Терапия 6-8 ай ішінде жүргізіледі. *Пиоглитазон* (Актос) 1 таблеткадан 3-6 ай бойы тәулігіне 1 рет аш қарынға және гликемияны міндетті түрде бақылау. Буформин және басқа тиазолидиндер қолданылуы мүмкін. Гипотиреоз анықталған кезде тиреоидты гормондармен алмастырушы терапияны тағайындау. Жеке дозаны таңдаумен L-тироксин қолданылады.

Бүйрек үсті безінің гиперандрогенемиясы бар қыздарда патогенетикалық терапия глюкокортикостероидтармен алмастырушы терапияны тағайындау болып табылады (*гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон, медрол*).

Гиперандрогенемияның **перифериялық** түрінде негізгі мақсат 5- α -редуктаза белсенділігін төмендету және перифериялық көріністердің тежелуі болып табылады. *Пермиксон* (тәулігіне 80 мг-ден) бір ай бойы қолданылады, кейіннен *Спиринолактон* (верошпирон) тәулігіне 50-100 мг дозада тағайындалады. *Пермиксон* тек 5- α -редуктаза ферментінің ингибиторы ғана емес, сонымен қатар дегидротестостерон мен андрогендердің андроген рецепторларымен байланыстыратын бәсекелесі болып

табылады. Клиникалық практикада бұл препараттар ұзақ әсер етпейтінін және рецепторларды қолдану кезеңінде ғана блоктайтынын ескеру керек.

Пациенттерде шеткі андрогендер концентрациясының төмендеуіне *токоферол ацетаты* мен *кломифенді* қолдану арқылы қол жеткізуге болады. Кломифенді ұзақ уақыт қолданған кезде аналық без резервінің азаюына әкеледі. Хирургиялық емдеу (сына тәрізді резекция, демодуляция немесе аналық безді каутеризациялау) тек жыныстық жетіліп болған соң ұсынылады [12-15; 26-30].

9 ТАРАУ

ӘР ТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДАРДАҒЫ ВАГИНАЛЬДЫ МИКРОФЛОРАНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Әйел адамның өмірінің әр кезеңінде жыныс жолдарының микрофлорасы ішкі және сыртқы орта факторларының әсерінен әртүрлі болады.

Дені сау қызда қынаптың микроэкологиясы күрделі, көп компонентті гормонға тәуелді жүйе, оның жағдайы ағзаның иммундық ерекшеліктерімен өзара байланысты және аналық бездердің функционалды жағдайымен, лактофлора концентрациясымен, жергілікті иммунитетпен, вагинальды құрамның РН-мен анықталады.

Патологиясыз жүктілік кезінде ұрық стерильді екендігі анықталды. *Туылғанға дейін және босанғаннан кейінгі ерте кезеңде* қынаптың шырышты қабаты негізінен эстрогендер мен плацентарлы прогестерон, гематоплацентарлы тосқауылдан өткен анасының гормондары және балаға ана сүтімен қабылданған гормондар әсер етеді. Туған кезде қандағы эстроген деңгейі өте жоғары болады. Туылғаннан кейін бірден вагинальды эпителий көп қабатты (30-40 қабатқа дейін) болады. Аналық эстрогендер эпителий жасушаларының жетілуін және кератинациясын, олардағы гликогеннің жиналуын қамтамасыз етеді.

Қыз бала өмірінің 20-шы күніне дейін ана гормондарының (прогестерон, эстрогендер) толық жойылуы орын алады. Жағынды атрофиялық сипатқа ие – қынаптың эпителий қабаттарының қалыңдығы біртіндеп төмендейді, жасушалардан гликоген жоғалады, лактобацилланың мөлшері төмендейді және рН 7,0–8,0 жетеді. Қынаптың шырышты қабаты жұқарады, жарақатқа бейім болады. Қыз бала өмірінің бірінші айының соңында вагинальды жағындыларда парабазальды және базальды жасушалар басым болады, флора негізінен коккты. Дедерлейн таяқшасы жоқ болған соң қынаптың өзін-өзі тазарту механизмі жоғалады. Бұл көрініс гормоналды тыныштық бойы 7-8 жасқа дейін сақталады.

9 жастан кейін эстроген секрециясы жоғарылайды, үлкен жыныс ернеуіндегі май тіндерінің мөлшері артады, олар үлкейіп, кішкентай ернеулерді жаба бастайды. Эпителий қалыңдайды, кариопикнотикалық индекс 30% жетеді, қынап біртіндеп лактобациллмен толтырылады, сәйкесінше, вагинаның реакциясы нейтральды болады, содан кейін 10 жасқа қарай рН қышқылға айналады.

Қыздардың жыныс жолдарының секрециясының (бөлінудің) қалыпты сипаттамасы:

- көлемі – тәулігіне 0,5 мл дейін.;
- дені сау қыздарда 6-8 жаста рН=7,0 - 8,5 (сілтілі реакция):
 - пубертаттың I фазасында рН 7,2-ден 5,8-ге дейін төмендейді;
 - пубертаттың II фазасында рН=4,0-4,5 (қышқыл реакция).
- жалпы микробтық саны 10⁵-10⁷ КОЕ/мл құрайды;

- сүт түсті;
- шырышты консистенция;
- жағымсыз иістің болмауы;
- сыртқы жыныс мүшелері аймағында жағымсыз сезімдер мен жайсыздықтың болмауы (вульвалар).

Қынаптың табиғи микрофлорасының қалыптасуы және қоршаған ортаның қышқылдық динамикасы 13-кестеде көрсетілген.

Өсіп келе жатқан қыздың жыныс жолдарының микробиоценозының жағдайын бағалау, оның жағдайын бағдарлауды жеңілдету және балалар гинекологиясындағы мүмкін қабыну ауруларын диагностикалау үшін М.Л. Коршунов (1990) қыздарыдағы вагинальды жағынды түрлерінің жіктелуі қолданылады (14 кесте).

13 Кесте. – Табиғи микрофлораның динамикасы және жасына байланысты балалардағы вагинальды ортаның реакциясы (И. Н. Захарова и др., 2010)

жасы	флора	Орта реакциясы
Жаңа туған қыз(алғашқы сағаттар)	Қынап стерильді	-
12 сағаттан кейін	Флора коккты	-
2-3 күндері	лактобактериялар + коккты флора ±	Қышқыл
20 күннен 9-10 жасқа дейін	лактобактериялар + коккты флора ± лактобактериялар – кокковобициллярлы флора +	Әлсіз сілтілі немесе нейтральды
9-10 жастан	лактобактериялар±	Әлсіз қышқылды
12-13 жас және үлкен	лактобактериялар ±	қышқыл

14 Кесте. – Қыздардағы қынаптың микробиоценозы (М. Л. Коршунов, 1990).

1 тип қалыпты	Лейкоцит тарлы реакция. 1–3 жаста – 1–2 көру алаңында, 4–6 жаста – 1–3 көру алаңында, 7–10 жаста – 3–5, 11–15 жаста – 7 –10 көру алаңында	Фагоцитоз байқалмайды. Эпителий жасушаларының саны 7-9 жасқа дейін аз, 9 жылдан кейін көру аймағында 10-20-ға дейін артады. Шырышты секрециялар, мөлдір, иіссіз	9 жасқа дейінгі шырыштың мөлшері аз, 9 жастан кейін – орташа, 11 жастан бастап – біртіндеп артады	8 жасқа дейінгі флора аз мөлшерде коккты. Лактобациллалар 6 айға дейін және жыныстық жетілу кезеңінен бастап бар. Жыныстық жетілу кезеңінде флора таяқшаға қарай жылжиды
2 тип өтпелі кезең	Көру аймағында лейкоциттер мөлшері 20-30	Фагоцитоз байқалмайды. Орташа мөлшерде эпителий	Шырыш қалыпты мөлшерде. Бөліндінің түсі күңгірт	Қабынудың клиникалық көріністері болмаған кезде шартты

		жасушалары бар		патогенді флора анықталады
3 тип айқын қабыну процесі	Көру аймағында лейкоциттердің саны 20-дан асады, негізінен нейтрофилдер мен макрофагтар	Фагоцито з белсенді түрде көрінеді. Эпителий жасушаларының едәуір саны	Шыры шты реакция айқын көрінеді	Көп аралас шартты патогенді және патогенді флора

Қынаптық жағындының нормативтері әртүрлі жастағы қыз балаларда әртүрлі. Қынаптың микробиоценозының жағдайына байланысты вагинальды жағынды үш түрге бөлінеді.

I. **Нормоценоз**-қыздың вагинальды микроорганизмдерінің әртүрлі түрлерінің қалыпты қарым-қатынасымен сипатталады, қынаптың қалыпты биотопының типтік жағдайын көрсетеді. Лейкоциттердің саны шамалы, негізінен гранулоциттермен жабылған. Фагоцитоз байқалмайды. Флорада негізінен грамм-оң кокктар, диплококктар аз. Қыздың вульвасы мен қынабын толтыратын микробтардың динамикалық тепе-теңдігі колонизацияға төзімділікті қамтамасыз етеді, яғни қабыну процесінің пайда болуына кедергі жасайды.

II. **Өтпелі (аралық)**. Нормоценоздан вагинит көрінісіне өтпелі күйді сипаттайды. Лейкоциттердің, негізінен гранулоциттер және эпителийлердің төмен мөлшері, Дедерлейн таяқшасы үлкен жастағы қыз балаларда кездеседі. Дегенеративті түрде өзгертілген жасушалардың саны аз. Өтпелі түрде шағымдар, клиникалық көріністер (немесе сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуының клиникалық көрінісі) жоқ, бірақ аралас флора, яғни грам-оң кокктар және грам-теріс таяқшалар көп мөлшерде анықталады.

III. **Вагинальды дисбиоз** вульвовагиниттің микробиологиялық көрінісіне сәйкес келеді. Көру аймағында лейкоциттердің саны 15-тен асады, олар нейтрофилдер мен макрофагтармен қамтылған. Фагоцитоз және шырышты реакция айқын көрінеді. Дегенеративті және реактивті өзгертілген жасушалардың саны аз. 9 жасқа дейін эпителийдің мөлшері көру аймағында 9-12-ден асады, 10 жастан асқандарда 15-20. Дедерлейн таяқшасы әдетте жоқ. Флора айтарлықтай мөлшерде аралас. Гонококктар, трихомонадалар, мицелия, псевдогифтер және споралар анықталған кезде қажетті этиологиялық диагноз қойылады.

Көптеген жағдайларда жыныстық инфекциялардың пайда болу қаупі вагинальды микробиоценоздың "өтпелі" түрімен көрінеді.

Ұсынылған жоғарыдағы жіктеу өте ыңғайлы, өйткені онда тиісті нозологияның клиникалық және зертханалық сипаттамасы бар, сондықтан оны балалар гинекологының тәжірибесінде қолдану ұсынылады [1,8-16, 27].

10 ТАРАУ

ВУЛЬОВОАГИНИТТЕР

Вульвовагинит-вульваның және (немесе) қынаптың инфекциялық немесе инфекциялық емес қабыну процесі. Балалардың гинекологиясында вульвовагиниттердің үлесі 8 жасқа дейінгі жас тобында 60-85% - дан және 8-ден 14 жасқа дейінгі топта шамамен 45-53% - дан ауытқиды. Бұл аурудың қыздар арасында кең таралғанына қарамастан, этиопатогенезге, клиникаға және осы ауруды емдеуге қатысты көптеген мәселелер шешілмеген күйінде қалып отыр.

Қолданылатын зерттеулер вульвит пен вагиниттің дамуы қыздардағы жыныс мүшелерінің морфофункционалды және физиологиялық ерекшеліктерімен ғана емес, сонымен қатар экстрагенитальды соматикалық және жұқпалы аурулармен де байланыстырады. Иммундық жүйеде байқалған өзгерістер, интоксикация жыныс мүшелерін патогендік флорамен жұқтыруға ықпал етеді немесе шартты патогендік қоздырғыштардың белсенуіне әкеледі.

Сонымен қатар, жұқпалы аурумен ауырған кезде сыртқы жыныс мүшелерінің шырышты қабаты терінің және басқа шырышты қабаттардың зақымдалуымен (дифтерия, скарлатина, қызылша, желшешек, дизентерия) инфекциялық процестің локализацияланған жері болуы мүмкін.

Вульвовагиниттің максималды саны бір айдан 8-9 жасқа дейін кездеседі, бұл жыныс мүшелерінің жас морфофизиологиялық ерекшеліктерімен және қынаптың табиғи микрофлорасының қалыптасу кезеңдерімен түсіндіріледі. Аурудың өсуі 3 -7 жасқа тән. Біріншіден ата-аналардың балалардағы сыртқы жыныс мүшелерінің дәретіне назар аударуының төмендеуімен, аллергияға қарсы факторлардың жоғарылауымен байланысты. Екіншіден қыздарда гигиеналық дағдылардың болмауына немесе төмен деңгейіне, жиі интеркуррентті ауруларға, энтеробиозды жұқтыруға байланысты. Вульвовагинит осы жаста жыныс мүшелерінің барлық ауруларының шамамен 65% құрайды.

Әдеби деректерді талдау барысында вульвовагиниттердің дамуында әртүрлі факторлардың маңызы зор екендігі анықталды. Вагинальды ортаның патологиялық өзгерістеріне әкелуі мүмкін:

- босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі кезеңдегі ананың микрофлорасы; гигиенаны сақтамау;
- антибиотиктермен, глюкокортикостероидтармен, цитостатиктермен емдеу;
- ішек дисбиозы;
- сыртқы жыныс мүшелерінің дамуындағы ауытқулар, синехия;
- иммундық жағдайдың бұзылуына әкелетін кез-келген жағдайлар-ринит (мұрынның қабынуы), тонзиллит, цистит (қуықтың қабынуы) және т. б.;
- сыртқы жыныс мүшелерінің аэрациясының бұзылуы (памперстер, синтетикалық іш киім кию), кейбір төсемелерді қолдану;
- конституция аурулары(диатез), аллергиялық аурулар
- етеккір циклінің бұзылуымен жыныстық жетілу кезеңіндегі гормоналды өзгерістер;
- созылмалы соматикалық аурулар
- жыныс мүшелерін " шамадан тыс " өңдеу (жиі сабынмен жууға байланысты қынаптың қалыпты микрофлорасын жуу);
- тамақтану балансының бұзылуы, ақуыз және негізгі микронутриенттер – витаминдер (С, А, Е), микроэлементтер (селен, мырыш, темір, йод және т.б.), торттар,

ашытқы қамырынан жасалған нан – тоқаш өнімдері, шоколад өнімдері түріндегі көмірсулардың көп мөлшері;

- тұрғылықты жерінің қолайсыз экологиялық жағдайы;
- қолайсыз әлеуметтік-тұрмыстық жағдайлар.
- жасөспірімдік кезеңіндегі жыныстық қатынас.

Бұл факторлар вульвовагиниттің даму қаупін едәуір арттырады, олардың қайталанатын немесе созылмалы ағымына өтуіне ықпал етеді. Сыртқы жыныс мүшелерінің қабыну процесін тудыратын көптеген факторлардың ішіндегі ең маңыздысы *инфекциялық агенттер* болып табылады.

Инфекциялық емес қоздырғыш факторларға *механикалық* (бөгде заттар, гельминтикалық инвазия, жаман әдеттер), *химиялық және термиялық* (жоғары температурадағы концентрацияланған ерітінділермен жуу және т.б.) жатады. Асептикалық басталатын сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы шартты патогенді активтендіру немесе патогендік флораның қосуылуынан инфекциялық болады.

10 жасқа дейінгі қыздарда вульвовагиниттердің шығу тегі көп жағдайда бактериялы *E. coli*, алтын және эпидермальды стафилококктар, стрептококктар, энтерококктар, коринебактериялар, факультативті анаэробтардан бактероидтар, пентострептококктар және т.б.

Вульвовагиниттердің дамуында хламидиоздың аэробтары мен анаэробтары микробтық ассоциациялардың маңызы артып келеді, уреа - және микоплазмалардың, трихомоналардың нақты үлесі 20-30% құрайды.

10 жастан 15 жасқа дейін микотикалық вульвовагиниттер басым, олардың қоздырғышы 46,7% *Candida* тұқымының саңырауқұлақтары. Негізінен ішек таяқшасы, коккты флора және олардың әр түрлі құрылымдары анықталады. Зерттеулерге сүйенсек жасөспірім қыздарда хламидиялық инфекцияның жиілігі 17-ден 44% – ға дейін, уреоплазмалық-24,2% - ға дейін кең ауқымда өзгертінін, жасөспірім қыздарда вульвовагиниттердің дамуындағы стафилококкты инфекцияның этиологиялық рөлінің артқаны анықталды.

Бірқатар авторлардың пікірінше, вирустық вульвовагиниттер үлкен проблема тудырады, олардың жиілігі 10-25% құрайды. Көбінесе 6 айдан 5 жасқа дейін қарапайым герпес вирусын жұқтырады. Алайда, қабыну процесі аденовирустар, парамиксовирустар, тогавирустар және т.б. бактериялық флораның нашар өсуі, қабынуға қарсы терапияның әсерінің болмауы жыныс жолдарының шырышты қабығының вирустық зақымдануына алып келеді.

Вульвовагиниттердің жіктелуі:

жасын ескере отырып:

- нәрестелік кезеңдегі вульвовагиниттер (0-12 ай.);
- балалық шақтың вульвовагиниттері (1 жастан 8 жасқа дейін);
- препубертат кезеңінің вульвовагиниттері (8 жастан менархеге дейін);
- жыныстық жетілудің вульвовагиниттері (менархемен бірге).

Клиникалық ағымның ерекшеліктерін ескере отырып:

- жедел вульвовагинит (2-3 аптаға дейін.);
- созылмалы вульвовагинит (3 айға дейін.);
- созылмалы вульвовагиниттің өршуі (3 айдан аса).

Анықталатын микроорганизмдердің түрлік құрамы мен патогенділігін ескере отырып (в.ф. Коколин, О. в. Зубакова, 1998 ж.)

Инфекциялық:

спецификалық емес:

– спецификалық емес бактериялық вульвовагинит.

Спецификалық:

- гонорея;
- трихомоноз;
- хламидиоз;
- бактериалды вагиноз;
- уреаплазмоз;
- дифтерия вульвовагиниті;
- жыныс туберкулезі;
- кандидозды вульвовагинит;
- вирустық вульвовагинит (цитомегаловирус, кондиломатозды вирус, герпес вирусы).

II. Біріншілік-инфекциялық емес

1. қынаптағы бөгде дене.
2. Энтеробиоз. Гельминтикалық инвазия.
3. Онанизм.

4. Дененің реактивтілігінің өзгеруі (метаболикалық бұзылулар, дисметаболикалық нефропатия, аллергиялық аурулар, ішек дисбактериозы, зәр шығару жолдарының аурулары, өткір вирустық аурулар, балалар инфекциясы).

Ю. А. Гуркин, 1998 ж.

A. инфекциялық емес

1. Механикалық (бөгде дене, мастурбация, гигиеналық қателіктер, тығыз киім, тарау, жәндіктердің шағуы).
2. Термиялық.
3. Гельминттік.
4. Химиялық (жергілікті әсер, интоксикация, пассивті темекі шегу, экологиялық агрессия т.б.).
5. Аллергиялық (дәрілік, алиментарлық)
6. Экстрагенитальды ауруларға байланысты (қант диабеті, лейкемия, метаболикалық бұзылулар, бауыр, бүйрек, жүрек аурулары).
7. Жыныс мүшелерінің ауруларына байланысты (жыныс ернеулерінің липомасы, полиптер, жатыр мойны эрозиясы, қатерлі ісіктер, жыныс мүшелерінің ауытқулары).

Б. Біріншілік инфекциялық

1. Бактериялық (спецификалық, спецификалық емес).
2. Хламидиоз.
3. Протозой (трихомоноз).
4. Микотикалық (кандидоз).
5. Вирустық.

В. Екіншілік инфекциялық

1. А тобы ауруларынан асқынған жұқпалы аурулар
2. Жұқпалы аурумен қатар жүретін интоксикация (ЖТИ, ЖРВИ, колит, пиелонефрит).
3. Вульваның және қынаптың инфекциялық аурулардағы жергілікті зақымдануы: қынап дифтериясы, қынап дизентериясы, тонзиллит, отит, пиелонефрит, холецистит кезіндегі вульвовагинит (бір инфекциялық агент анықталады), вакцинациялау кезіндегі вакциналық процестің жергілікті көріністері.

Балалар мен жасөспірімдердегі вульвовагиниттердің клиникалық көріністері (15 кесте). Қыздардың әр түрлі жас кезеңдерінде вульвовагиниттің клиникалық көріністерінің ауырлық дәрежесінің өзіне тән сипаттамалары бар.

Жаңа туған қыздарға аналық антиденелер мен эстрогендердің әсерінен айқын белгілер тән емес, бұл қынаптың "өзін-өзі тазартуға" әкеледі.

"Гормоналды тыныштық" жағдайында жыныстық дамудың нейтральды кезеңінде қыздар үшін жыныс мүшелеріндегі қабыну процесінің ең айқын көріністері тән: ісіну, гиперемия, үлкен таралу аймағы, эрозия пайда болуы мүмкін. Бұл жағдайда қышу, қызу, қиын зәр шығару қыз баланың шаршауына және көңіл-күйінің нашарлауына әкелуі мүмкін.

15 кесте. Қыздардағы вульвовагиниттің клиникалық көрінісі

Шағымы	зәр шығарудың басында қызу дизурия қышу үлкен жыныс ернеуінің терісінің, санның гиперемиясы аралықта, іш аймақтарындағы көбінесе жүру кезінде пайда болатын ауырсыну
Объективті жағдайы	
Жалпы жағдайы	зардап шекпейді невротикалық реакциялар қышу болған кезде болуы мүмкін
Сыртқы жыныс мүшелерін қарау	Вульваның ісінуі гиперемия, мацерация бөлінді (аздан молға дейін), сипаты бойынша: сулы, серозды-іріңді, іріңді, сүзбе тәрізді, шырышты
Іш, сан, жамбас терілерін бағалау	мүмкін: гиперемия, ісіну және мацерация, папулалар мен пустулалар

Препубертатты және пубертатты кезеңдерге жеделдеу, аз симптоматикалық ағым тән, өйткені гормондардың қайта құрылуынан гениталидің шырышты қабығын қорғаудың табиғи жергілікті механизмдері іске қосылады. Жалпы жағдайы нашарламайды, қынаптың шырышты қабаты әлсіз ісінген және орташа гиперемияланған.

Клиникалық белгілердің бірі - "қынаптық бөлінді". Қалыпты жағдайда қынаптық бөлінді кез-келген жастағы әйелдерге, неонатальды кезеңнен бастап тән. Олар әртүрлі биологиялық сұйықтықтардың (лимфа, плазмалық трансудат, іш қуысы сұйықтығы, паруретральды бездер шығаратын жатыр шырышы) және жасушалардың (эпителий, қан жасушалары, микроорганизмдер) қоспасынан тұрады. Бөлінді құрамында органикалық және бейорганикалық заттар бар, олардың ішіндегі ең көп кездесетіні ақуыз, гликоген және кальций.

Балалар гинекологиясындағы қабыну ауруларын диагностикалау үшін:

Қыздардағы бөліндінің жіктелуі (А.и. Петченко)

I. физиологиялық: нәрестелерде, жыныстық жетілу кезінде (гиперсекреция).

II. Жалпы себептерден бөлінді:

- а) инфантилизм;
- б) анемия, хлороз;
- в) созылмалы инфекциялар (өкпе туберкулезі);
- г) интоксикация, метаболикалық бұзылулар;
- д) жүрек, бүйрек аурулары;
- е) жүйке жүйесінің тұрақсыздығы.

III. Инфекциялық аурулардан болатын (жыныс мүшелерінен тыс) бөлінді

- а) скарлатина, дифтерия, тұмау;
- б) отит, тонзиллит.

IV. Несеп-жыныс ағзаларының спецификалық инфекцияларынан болатын бөлінді

- а) гонорея,
- б) жыныс туберкулезі,
- в) скарлатина, дифтериядағы жергілікті зақымданулар.

V. спецификалық емес инфекциялардан болатын бөлінділер

- а) стрептококктармен, стафилококктармен;
- б) пневмококктармен, энтерококктармен, колибациллалармен.

VI. инвазиядан болатын бөлінді

- а) трихомонадтармен;
- б) саңырауқұлақтармен;
- в) құрттармен (острица).

VII. механикалық тітіркенуден болатын бөлінді

- а) смегманың жиналуы;
- б) бөгде денелер;
- в) ананизм;
- г) жарақат.

Физиологиялық бөліндіге тән: ақшыл, шырышты, кейде ұнтақты қоспалар қосылған, емдеуді қажет етпейді. Ата-аналарға сыртқы жыныс мүшелері мен аралықтың гигиенасын мұқият сақтау ұсынылады. Алайда, созылмалы инфекциялар, интоксикация, қан айналымы жеткіліксіздігі, артық салмақ, атопия, асқазан-ішек жолдарының дисфункциясы және т.б. аурулар кезінде жыныс мүшелерінің қабыну белгілері жоқ физиологиялық бөлінді пайда болуы мүмкін.

Патологиялық бөлінділердің болуы: серозды-ірінді, ірінді, сүзбе тәрізді, жағымсыз иісі бар, көп мөлшерлі – қыздарда гинекологиялық аурулардың көріністерінің бірі болып табылады, көбінесе әртүрлі этиологиялық вульвовагиниттермен көрінеді.

Көптеген авторлар вульвовагинитті кез-келген соматикалық аурудың фонында пайда болатын қайталама процесс ретінде қарастырады.

Қыздар мен жасөспірімдердегі вульвовагинитті және оның этиологиялық факторларын диагностикалау мақсатында И. Н.Захарова және т. б. зерттеу жоспарлары ұсынылды.

16 Кесте.

Әдістер	Зерттеу мақсаты
анамнез	• анасындағы жүктілік ағымы және босану барысы • анасының гинекологиялық тарихы • қыздың өмір сүру жағдайы,

	гигиеналық қателіктер, жаман әдеттер • аллергоанамнез • экстрагенитальды жедел және созылмалы аурулар • генеалогиялық анамнез, инфекциялық пациенттермен байланысы (туберкулез, гонорея, жедел инфекциялар және т. б.)
қынаптық жағындыны микроскопиялық зерттеу	лейкоциттердің санын анықтай отырып, қынаптың микробиоценозын анықтау, микробтық жасушалардың болуы мен санын анықтау
Қынаптық жағындыны бактериологиялық зерттеу	инфекция қоздырғышын идентификациялау
Антибиотиктерге сезімталдықты анықтау және флораға себу	қоздырғышты идентификациялау(күмәнді жағдайларда), этиотропты терапия.
Гельминт жұмыртқаларына арналған нәжісті талдау және энтеробиозға арналған қырғыш	гельминтикалық инвазияны анықтау

әдістер	Зерттеу мақсаты
Жалпы зәр анализі	лейкоцитурияны, оксалат-кальций және урат кристаллуриясын анықтау
Жалпы қан анализі	лейкоциттерді анықтау
Тәуліктік зәрді биохимиялық талдау (кристалдар болған кезде)	вульвовагиниттің қайталануын растау, алмасу бұзылыстарын анықтау (оксалурия, уратурия, фосфатурия және т. б.)
Конъюктиваның және вульва қырындысы	хламидиоздың қосылуын анықтау
Серологиялық зерттеулер	хламидиозға, мико – және уреаплазмаға IgA, IgM, IgG антиденелерін анықтау
Полимеразды тізбекті реакция	белгілі бір қоздырғыштың болуын растау (хламидиоз, уреа -, микоплазма, гонококктар және т. б.)

Вагиноскопия (арнайы көрсеткіштер бойынша балалар гинекологы жүргізеді)	қайталанатын ағымның себебін анықтау (полипоз, бөгде дене, неоплазма және т. б.)
Ректо-абдоминальді зерттеу және ішкі жыныс мүшелерін ультрадыбыстық зерттеу	кіші жамбас ағзаларының көлемді түзілімдері мен даму ақауларын анықтау

Вульвовагиниттің жетекші диагностикалық әдістері *бактериоскопиялық және бактериологиялық* болып табылады. Зәр шығару жүйесі қабыну процесіне қатысуы мүмкін екенін ескеру керек, сондықтан зәрді бактериологиялық зерттеуді (культураны) қатар жүргізген жөн.

Қыздардың жыныс мүшелерінің қабыну ауруының этиопатогенезіне қарамастан, вульвовагинитті емдеу – бұл жалпы жағдайды, метаболизмді жақсартуға, ағзаның спецификалық емес төзімділігін арттыруға, қабыну процесін тікелей тудыратын агентті жоюға бағытталған көптеген препараттарды қолдануды көздейтін күрделі процесс.

Қажет болған жағдайда вульвовагиниттерді емдеу процесінде антибактериялды және жергілікті әсер ететін препараттар қолданылады.

Вульвовагинитті емдеудің бірінші кезеңінде **витаминдер**, адаптогендер және иммуностимуляторларды қамтитын препараттар тобы қолданылады. А, В6, Е витаминдері, "Юникап", "Мультиабс" комплексі және т.б 2-4 апта бойы тәуліктік жас мөлшеріне тағайындалады.

Адаптогендер тобынан:

- элеутерококк сығындысы баланың өмірінің әр жылында күніне 2 рет, 2-3 апта бойы 1-2 тамшыдан;

- сұлы тұнбалары (спецификалық емес қорғауды стимуляциялаудан басқа, микробқа қарсы, вирусқа қарсы, қабынуға қарсы әсері бар).

Балалар гинекологиясы тәжірибесінде иммуностимуляторлар ретінде келесі препараттар қолданылады:

– иммундық (эхиноцея) – күніне 2 рет 1-2 тамшы, курсы кемінде 20 күн;

– метилурацил – 3-8 жастағы балаларға 0,25 г күніне 3 рет, 8 жастан асқан – күніне 3 рет 0,5 г, 14-21 күн;

– рибомунил – бұл препаратты кейбір авторлар әсіресе балалардағы хламидиозды немесе уреа-микоплазма инфекциясын емдеуде ұсынады; ол әдеттегі терапевтік схемаға сәйкес қолданылады; – Диазолин – күніне 2 рет 0,005 г, 7 күн ішінде;

– "силицеа" гомеопатиялық препарат.

Бала организмінің иммуностимуляциясын өте мұқият қарау керек екенін есте ұстаған жөн. Оны тағайындамас бұрын, балада осы терапия қарсы болатын бірқатар аурулардың болуын ескеру керек. Аурудың жедел кезеңінде иммуностимуляторлық терапияны тағайындау ұсынылмайды.

Егер вульвовагинит **аллергиялық дерматит** фонында дамыған болса және қандай да бір атопиялық жағдайлармен қатар жүрсе, емдеу барысында адсорбенттер мен *антигистаминді препараттарды* қолданған жөн, мысалы:

-кальций хлориді 5-10% (5 жасқа дейін 1 шай қасықтан күніне 2 рет, 5-10 жастан бастап 1 шай қасықтан күніне 2 рет, 10 жастан кейін –1 ас қасықтан күніне 2 рет, курс 14-21 күн);

– кальций глюконат (1 жылға дейін күніне 0,5 г, 2-4 жыл – 1 г, 5-6 жаста – 1,5 г, 7-10 жаста – күніне 2 г, 14-21 күн);

- кетотифен, супрастин, тавегил 14-21 күн курсымен жасқа байланысты дозаларда;

– "Аллегил" гомеопатиялық препараты;

– белсендірілген көмір;

– полипепфан, анкир: 5 жасқа дейін-1 шай қасықты 0,25 мл суға күніне 3-4 рет, 5 жастан кейін – 1 ас қасық 0,5 мл сумен күніне 3-4 рет 10 күн.

Жергілікті емдеу

Қынапқа инстиляция жасау үшін емдеудің жергілікті кезеңін жүргізу кезінде мынадай ерітінділер пайдаланылады: 20-30% *натрий сульфацилі*, 0,02% *фурациллин* сулы ерітіндісі, 3% *сутегі асқын тотығы ерітіндісі*, 0,5% *хлоргексидин биглюконаты ерітіндісі*, "Цитиал" ерітіндісі (1:10 қайнаған сумен сұйылтылған), 0,05% *Гексикон*, *риванол* ерітіндісі 1:5000. Атопиялық компоненті бар вульвовагинит кезінде көк шай, мелиса, түймедақ, қара бидай немесе бидай жасунығының тұнбасы қолданылады. Шөптердің тұнбасын қынапты шаю үшін де қолдануға болады.

Тұнбалар мен қайнатпаларды отырықшы ванналар ретінде(түймедақ, календула, эвкалипт жапырағы, шалфей, қайың жапырағы, ладан, жалбыз, емен қабығы) қолдануға болады. процедураның ұзақтығы 15 минуттан аспауы керек, ал судың температурасы 37,5°C – тан аспауы керек.

Тұнбалар мен қайнатпаны дайындау үшін 1 литр суға ұсынылатын өсімдік материалдарының мөлшері:

– түймедақ, ладан үшін – 5 г;

– эвкалипт жапырағы үшін – 6 г;

– қайың жапырағы, дала жылқысы үшін – 10 г;

– шалфей жапырақтары үшін – 15 г.

Калий перманганаты, бор қышқылы ерітінділерін жуу және отырықшы ванналар үшін қолдану қажет емес.

Емдік су процедурасынан кейін қабынуға қарсы препараттардың біреумен шырышты қабыққа аппликация қолданылады, күніне екі рет жүргізіледі. Емдеу курсының ұзақтығы-7-8 күн :

- гексикон гель;

- дексапантенол кремі+;

- фурацилинді жақпа 0,2%;

- цигерол жақпа 10%;

- сангвиритин линимент 1%;

– балалар суппозиторийлері-Гексикон Д (туылғаннан бастап 14 жасқа дейінгі қыздарда вульвовагинитті емдеу үшін арнайы жасалған (мөлшері азайтылған)).

Вульвовагиниттердің **антибактериялды терапиясы** бөлінген қоздырғышқа және оның антибактериялды препараттарға сезімталдығын ескере отырып жүргізіледі (16 кесте).

16 Кесте. Қыздарда спецификалық емес бактериялық вульвовагинитті емдеуде қолданылатын антибактериялды препараттар

Атауы	Дәрілік түрі және қолдану жиілігі	Қоздырғыштардың сезімталдығы
-------	-----------------------------------	------------------------------

Синтомицин эмульсиясы 5%	эмульсия, тәулігіне 2 рет	кокк және таяқша тәрізді микробтар, облигатты анаэробтар
Эритромицин жақпасы	тәулігіне 2 рет 10 000 бірлік/г жақпа май	грам-теріс флора, жасушаішілік микроорганизмдер
Гентамицин-АКОС	жақпа, күніне 2 рет	грам теріс флора (оның ішінде Көк ірің таяқшасы, протей, ішек таяқшасы)
Левомеколь, левосин	жақпа, күніне 1 рет	грам (+) және гррам (-) кокктар, таяқша флорасы, анаэробтар
Метрогил 1%	қынаптық гель, күніне 2 рет	анаэробтар, қарапайымдар
Метронидазол 0,75%	қынаптық гель, күніне 2 рет	грам (+) және грам (-) коктар, анаэробтар, қарапайымдар
Клиндамицин 2%	қынаптық крем, күніне 1 рет	грам (+) кокктар, микоплазмалар, анаэробтар, гемофильді бациллалар

Спецификалық емес бактериялық вульвовагиниттерде 10-14 күн курсымен жас мөлшеріне әсер ететін **кең спектрлі антибиотиктер** қолданылады.

3 жастан асқан балалар үшін метронидазолды қолдану жақсы нәтиже береді.

Физиологиялық тұрғыдан антибактериалды препараттарды вагинальды таяқшалар мен свечи түрінде жергілікті қолдану тиімді.

Хламидиоз немесе уреаплазмалық этиологияның вульвовагиниттері белгілі бір препараттармен қатаң схемалық емдеуді қажет етеді. Балалардың гинекологиясы тәжірибесінде бұл вульвовагиниттерді емдеуде жиі қолданылады:

- сумамед (бірінші күні 1 кг салмаққа тәулігіне 10 мг, келесі күндері 1 кг салмаққа 5 мг 5-7 күн бойы);

- эритромицин (3 айдан бастап 14 жасқа дейін тәулігіне 1 кг салмаққа 30-50 мг, қабылдау жиілігі тәулігіне 4 рет, емдеу курсы – 7– 14 күн);

- вильпрафен (14 жасқа дейін – күніне 1 кг салмаққа 30-50 мл суспензия. Жиілігі күніне 3 рет, емдеу курсы – 7-14 күн);

- доксициклин (8 жастан асқан балаларға күніне 0,1г 2 реттен 7 күн);

-эрацин;

- лидаприм (жас мөлшеріне қарай 7-10 күн курсымен).

Спецификалық вульвовагинитті емдеу жыныс жолдарын санациялауды, қынаптық микробиоценозды қалыпқа келтіруді, жалпы нығайтатын терапияны, иммундық статусты қалпына келтіруді қамтитын комплексті болуы тиіс.

Гонореяны емдеуде негізгі таңдау препараттары пенициллин тобының антибиотиктері болып табылады. Бензилпенициллин, курстық доза 4,2–6,2 миллион бірлік, жасына байланысты 50 000-200 000 бірлік, 4 сағат аралықпен, 5-7 күн ішінде енгізіледі. Антибактериалды препараттарды көтере алмаушылық немесе тиімсіздік

кезінде *сульфаниламидтер* қабылдаудың бірінші күнінде 25 мг/кг және келесі күндері 12,5 мг/кг мөлшерінде қолданылады. Курс 5-7 күн. Гонореялық инфекция кезінде тиімділігі жоғары *Роцефин* (цефтриаксон) кіші балаларда дене салмағына 20-80 мг/кг дозада бұлшықет ішіне немесе көктамыр ішіне бір рет, үлкен жастағы балаларда бір рет 250 мг енгізіледі. 3 жастан асқан балаларда *гоновакцинаны* 5-100 млн дозасында қолдануға болады, инъекциялар 6-8 инъекция курсына 2-3 күн аралықпен жүргізіледі.

Жедел ағымды тоқтатқаннан кейін жергілікті емдеу жүргізіледі.

Трихомонада вульвовагинитін емдеу үшін жалпы және жергілікті әсер ететін препараттар қолданылады. *Нитроимидазол* 5 жасқа дейінгі балаларда – күніне 0,25 г, 5 жастан 10 жасқа дейін – 0,5 г, 11 жастан 15 жасқа дейін – 0,75 г қолданылады. Курс 8-10 күн. Қолданылуы мүмкін: *Клион Д*, *аминитрозол (Нитазол)*, *тинидазол*. Тиімді жоғары *орнидазол*, ол 25 мг/кг мөлшерінде бір рет тағайындалады. Трихомоноздың тұрақты ағымында 15 жастан асқан қыздарда *СолкоТриховак* вакцинасы қолданылады (2 апта аралықпен 3 инъекция).

Егер энзимотерапия мен кандидоздың профилактикасы қатар жүргізілсе, антибактериялды терапия анағұрлым тиімді болып табылады. Кандидозды вульвовагинитті емдеу кезіндегі терапияда дисбиоздың алдын алу керек. Балаларда антифункционалды препараттармен этиотропты емдеу кандидоз процесінің қайталанатын, диссеминацияға бейім ағымымен жүзеге асырылады.

Кандидозды вульвовагинитті жергілікті емдеу қынаптағы инстиляцияны 20% тетраборатты қолдануды қамтиды, 1 жасқа дейінгі балалар үшін *натамицин* тамшылары (*Пимафуцин*), вульваны *леворин*, *нистатин* немесе *декамин* жақпа майымен майлау қолайлы. Препубертат және пубертат кезеңдерінде таңдау препараттары 1% *клотримазол* кремі, "*Клотримазол*" – қынаптық таблеткалар, "*Макмирор*", "*Тержинан*", "*Пимафуцин*" свечалары, *нистатин* қосылған свечалар, *эконазол* (Гино-Певарил), *изоконазол* (Гино-Травоген), *циклопирокс* (Батрафен) болып табылады. Емдеу курсы - 7-10 күн. Ересек жас топтағы балаларда 5 күн бойы 5 мг/кг есебінен *кетоназол* (Низорал), бір рет немесе 1-3 күн ішінде 5-10 мг/кг дозада *флуконазол* (Дифлюкан) қолданылуы мүмкін. Жасөспірімдерге бір рет 150 мг *Дифлюкан* ұсынылады.

Жүйелік кандидоздарды емдеуге арналған ең белсенді антифункционалды препараттар *Азол* туындылары, атап айтқанда *флуконазол* (17 кесте).

17 Кесте. Балалардағы кандидозды емдеуде пероральді қолдануға арналған антимикотикалық препараттар

Атауы	формасы	Дозасы	Курстың ұзақтығы	Ескерту
Дифлюкан (флуконазол)	Капсула (50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг)	Тәулігін е 2-3-6 мг / кг	Зақымдану көлеміне байланысты	7 күннен кейін курс қайталануы мүмкін
Пимафуцин (натамицин)	Таблетка (100 мг)	2 жастан бастап 1 таб. Күніне 2 рет	10 күн	7 күннен кейін курс қайталануы мүмкін

Дифтериялық вульвовагинит кезінде дифтерияға қарсы ерекше ем жүргізіледі. Қынапқа эрозияның жақсы емделуіне ықпал ететін және қынаптың тыртықты тарылуына жол бермейтін заттар енгізіледі (5% стрептоцидті эмульсия).

Генитальды туберкулезді емдеу диетотерапия, климатотерапия, туберкулезге қарсы бактериостатикалық заттар, фтивазид және басқа туберкулезге қарсы құралдарды қамтитын кешенді болуы керек.

Хламидиозды және уреа-микоплазмалық инфекцияларды жергілікті емдеуді 1, 2, 3% колларгол ерітіндісі, 0,001% сүт қышқылы ерітіндісі, 0,5–1% протаргол ерітіндісі бар ванналар түрінде шөп дәрілерін қолданудан бастаған жөн. Балалар гинекологиялық тәжірибесінде арнайы бактерияға қарсы белсенділігі бар антибактериялды препараттарға (макролидтер) жіті мән беріледі. Тетрациклинді 8 жасқа дейінгі және фторхинолондарды 12 жасқа дейінгі балаларға қолдану ұсынылмайды. Этиотропты препараттардан басқа, уроантисептиктер, мембрананы тұрақтандыратын агенттер, иммуномодуляциялық препараттар, дәрумендер, протеолитикалық ферменттер және пробиотиктер тағайындалады.

Көбінесе макролидтер қолданылады:

- азитромицин: бірінші күні – 10 мг/кг, екінші күннен бесінші күнге дейін – күніне бір рет 5 мг/кг;

- кларитромицин 10-14 күн ішінде 2 рет тәулігіне 7,5 мг/кг дозада тағайындалады;

- рокситромицин-5-6 мг/кг 2 рет қабылдауға 10-14 күн;

- спирамицин салмағы 30 кг-нан асатын балаларға тағайындалады. Тәулігіне әрбір 10 кг салмаққа 1,5 млн бірлік, 2-3 қабылдауға 10-14 күн;

- джозамицин-30-50 мг/кг/тәулігіне 3 рет қабылдауға 10-14 күн.

Инфекциялық процестің созылмалы ағымында 7-10 күн интервалмен антибактериялды терапияның 2-3 курсына тағайындалады, сондай-ақ антибактериялды препараттармен қатар иммунокорригациялық терапия тағайындау қарастырылады. Интерферон препараттары урогенитальды инфекцияларды емдеуде ең көп таралған. Қазіргі уақытта Генферон препараты кеңінен қолданылады. Препарат 250000 ХБ дозада 10 күн ішінде 1 суппозиторийден 2 рет 125 тәулігіне *per rectum* немесе *per vaginum* тағайындайды.

Егер жарықтар, жаралар, мацерация, вульваның шырышты қабығының және сыртқы жыныс мүшелері терісінің қабынуы болса, майлау үшін келесі жақпа қолданылады: 0,1% *гентамицин*, 0,2% *фурациллин*, 4% *гелиомицин*, 1% *тетрациклин*, 1% *эритромицин*.

Вирустық зақымдану үшін мыналар қолданылады: оксолин, бонафтон, теброфен жақпасы, Зовиракс кремi, ацикловир жақпасы, Кастеллиан сұйықтығы, интерферон жақпасы 30%, Госсинол жақпасы 3%, Алпизарин 3%, полудан ерітіндісімен қынапқа инстилляция.

Вульвовагинитті емдеудің соңғы кезеңі өте маңызды. Ол *вагинальды микробиоценозды түзетуге және тері мен шырышты қабықтардың трофикалық қасиеттерін жақсартуға*, эубиотиктерді қолдануды бағытталған (18 кесте).

18 кесте. - Қынаптық дисбиозды түзету кезінде энтеральді қолдануға арналған пробиотикалық препараттар

Пробиотик атауы	Шығару формасы	Жасқа байланысты дозасы	курс
-----------------	----------------	-------------------------	------

Бифидумбактерин	Ұнтақ	Туғаннан бастап-күніне 2-3 рет 5 доза	2-3 апта
Бифидумбактерин форте	Ұнтақ	Туғаннан бастап-күніне 2-3 рет 1-2 қапшықта	2-3 апта
Пробиотик атауы	Шығару формасы	Жасқа байланысты дозасы	курс
Бифиформ капсуласы	Капсула	6 айдан бастап 1 жылға дейін - 1/2 капсуладана күніне 2 рет 1 жастан 5 жасқа дейін 1 капсуладан күніне 2 рет. 5 жастан бастап 1 капсуладан күніне 3 рет	2-3 апта
Бифилиз	5 дозадан құтылар	Туғаннан 3 айға дейін - күніне 2 рет 2,5 дозада 3 айдан бастап - 5 доза күніне 2-3 рет	10-14 күн
Лактобактериялар	5 дозадан құтылар	Туғаннан бастап-күніне 2-3 рет 3-5 дозада	2-3 апта
Аципол	Таблетка	6 айға дейін – 1/2 таблеткадан күніне 3 рет. 6 айдан бастап – 1 таблеткадан 2-3 рет	2-3 апта
Линекс	Капсула	2 жылға дейін -1 капсуладан күніне 3 рет. 2 жастан кейін-1-2 капсуладан күніне 3 рет	10-14 күн
Бактисубтил	Капсула	3 жастан бастап-1 капсуладан күніне 3 рет	7-10 күн
Хилак-форте	Тамшы	1 жасқа дейін-15-20 тамшыдан күніне 3 рет 1 жастан бастап 20-30 тамшыдан күніне 3 рет	10-14 күн
Трилакт	Құтыда	1 жасқа дейін-5 мл күніне 1-2 рет. 1 жастан жоғары-5 мл күніне 2-3 рет	2 апта
Экофлор	Гранулдар	5 жасқа дейін – 3 г күніне 2 рет. 5 жастан жоғары-5 г күніне 2 рет	2-3 апта
Полибактерин	Сұйық формада құтылар, таблетка, ұнтақ	1 шай қасық сұйық түрінде. Немесе 1 флакон ұнтақ. Немесе 2 таблеткадан тәулігіне 2-3 рет қабылдау	1-12 күн

Бұл препараттарды вагинальды суппозиторийлер дайындау кезінде де қолдануға болады. Қосымша құралдар ретінде *калькарея карбоникасының*

гомеопатиялық препараттары, барит карбоникасы (көмірқышқыл газы), вератрум-гомаккорд қолданылады.

Вульвовагиниттерді емдеудің соңғы кезеңінде тері мен шырышты қабықтардың трофикалық процестерін жақсартуға, жөндеу процестерін ынталандыру мақсатында сыртқа *теңіз шырғанақ майы, Целестодерм* жақпасы, *Солкосерил* жақпасы немесе гель, метилуракил жақпасы, *Апилак, Шнирив* пастасы, түрлі эмульсиялар қолданылады.

Вульвовагиниттің алдын алу үшін фитотерапия курсын өткізу ұсынылады. Қайың жапырағы, Линден гүлдері, лимон бальзамы, жалбыз, қалақай, каштан гүлінің тұнбасы, үлпілдек, зығыр тұқымы иммуностимуляторлық әсерге ие. Киікоты, қайың жапырағы, лимон бальзамы, түймедақ, шай қурай антимикробтық және вирусқа қарсы әсерге ие. Қырмызы және тимьян микробқа қарсы және антипротозойлық әсерге, сәлбен, мелиса, итошаған –саңырауқұлаққа қарсы әсерге ие. Қабылдау режимі, шөп дәрілерінің ұзақтығы баланың жасына және ерекшеліктеріне сәйкес таңдалады.

Баланың денесінің ерекшеліктерін және қабынуды тудырған этиологиялық факторды ескере отырып, вульвовагинитке кешенді, толық емдеу жүргізу, емдеуде барлық кезеңдерді сақтау осы аурудың қайталануын азайтуға көмектеседі, яғни қыз баланың репродуктивті жүйесіндегі ықтимал бұзылулардың алдын алады [1,7-11, 25-32].

11 ТАРАУ

ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ДАМУ АҚАУЛАРЫ.

Жыныс мүшелерінің даму ақауларына аяқталмаған онтогенез түріндегі жыныс мүшелерінің анатомиялық құрылымының туа біткен бұзылыстары жатады: көлемінің, пішіннің, пропорциясының, симметриялығының, топографиясының ауытқуы, тән емес түзілімдердің болуы. Жатырдың ақаулары бедеулігі бар үшінші әйелде, үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылығы бар әр алтыншы әйелде анықталады (Давыдов С. Н. және басқалары, 1987). Пубертатты кезеңде қынаптың ақаулары және қынап пен жатырдың аралас ақаулары жиі кездеседі. Е. А. Богданованың анықтамасы бойынша, жатыр мен қынаптың даму ақауларын анықтау жиілігі айқын патологиялық гинекологиялық белгілері бар қыздар арасында 6,5% құрайды.

Қазіргі уақытта құрсақ ішілік даму ақауларына әкелетін себептердің 3 тобын бөледі: тұқым қуалаушылық, экзогендік және мультифакторлы. Ақаулардың пайда болуы ішілік дамудың критикалық кезеңдеріне жатады. Жыныс мүшелерінің даму ақаулары сирек генетикалық себептерге байланысты, хромосомалық деңгейге қарағанда жиі гендік деңгейде кездеседі. Жыныс мүшелерінің даму ақаулары бар қызды босанған әйелде патологиялық ағымындағы жүктілік, не жүктіліктің инфекциямен өтуі, не зиянды еңбек жағдайлары көрнекі және дерек болып табылады. 40-50% жағдайда жыныс мүшелерінің ақаулары басқа экстрагенитальды туа біткен патологиямен бірге кездеседі.

Жатырдың және қынаптың жоғарғы үштен бір бөлігінің барлық ақаулары эмбриональды кезеңдегі парамезонефральды (Мюллер) түтіктердің дұрыс дамуындағы ауытқулардан болып табылады. Мюллер субстанциясының (МС) гендік оқшаулау және клондалуы бізді аномалияның пайда болу механизмін түсінуге жағдай

жасады. Қыз жынысты эмбрионда МС жоқ болғандықтан, Мюллер каналдары жатырға, фаллопиялық түтіктерге және қынаптың жоғарғы үштен біріне кедергісіз дамиды. Вольф каналдары өздігінен регрессияға ұшырайды.

Ер адамдарда Мюллер өзегінің сақталу синдромының болуы

МС рецепторларының болмауына немесе ауытқуына байланысты. Бірқатар елдерде жыныс мүшелерінің анықталмаған құрылымы бар пациенттерді клиникалық тексеру кезінде МС-генді химиялық немесе иммунологиялық анықтауға жүгінеді (өмірдің алғашқы жылдарында МС сарысу жоғары деңгейде қалады).

Мюллер арналарын дифференциациялау эмбрионның 5 аптасында басталып, 20-шы аптада аяқталады.

Бұл жағдайда үш кезең байқалады:

- болашақ жатыр мен қынап аймағында түтіктердің бір-бірімен қосылуы (8-11 апта.);

- түтіктердің каудальды бағытта өсуі және Мюллер төмпешігінің пайда болуы, олардың урогенитальды синуспен қосылуы (11-12 аптаға дейін.);

- түтіктердің біріктіру орнында ортаңғы қалқаның сорылуы

жатыр, жатыр мойны және қынаптың бірыңғай қалыптасуы (12-16 апта.).

Түтіктердің жалпы қабырғасының өздігінен сорылуының болмауы *жатыр мен қынаптың екі еселенуіне* әкеледі. Мюллер түтіктерінің урогенитальды синуспен бірікпеуі *қынаптың аплазиясын* құрайды, оның даму дәрежесінің кешеуілдеуі түтіктердің өсуінің байланысты болады. Түтіктердің өсуі болмаған кезде *аплазияның толық формасы* пайда болады (қынап пен жатырдың аплазиясы).

Жатырдың даму аномалиялары:

- Uterus didelphys-жатыр мен қынаптың оқшау орналасуында екі еселенуі.

- Uterus duplex et vagina duplex-түзілімдер талшықты-бұлшықет қабатымен байланысады немесе біріктіріледі.

- Uterus bicornis bicolis-қынап біреу, ал қалған бөлімдері қосарланған.

- Uterus bicornis рудиментарлы мүйізі бар.

- Uterus unicornis. Бұл жағдайда, әдетте, бір бүйрек және бір аналық без, бірақ жатыр функционалды болады.

Жыныс мүшелерінің ақауларының жіктелуі эмбриогенез кезеңдеріне негізделген.

Ең көп таралған жіктеу V. Buttram және В. Гиббонс (V. Buttram., 1983).

I класс. Мюллердің түтіктерінің ішінара агенезиясы (гипоплазия):

I. А-қынаптық,

I. В. – мойындық,

I. С.-жатырлық,

I. D.-түтіктік,

II класс.

Бір мүйізді жатыр:

II.A. - рудиментальды мүйізбен:

II.A.I.-эндометриялық қуыспен:

II.A.Ia - екінші мүйізбен байланысқан,

II.A.Ib - екінші мүйізбен байланыспаған,

II.A.2. - эндометриялық қуысы жоқ,

II.B. - рудиментальды мүйізсіз.

III класс. Жатырдың екі еселенуі.

IV класс.

Қос мүйізді жатыр:

IV.A.-толық бөлінумен (ішкі жұтқыншаққа дейін),

IV.B. - ішінара бөлумен,

IV.C. - ер-тоқым тәрізді жатыр.

V класс.

Қалқасы бар жатыр:

V. A. - толық қалқаланған (ішкі жатыр мойнына дейін),

V. B. - толық емес қалқаланған.

VI класс. Қуыстық өзгерістері бар жатыр (Т-тәрізді, жатыр қуысындағы тарамдар, диэтилстильбэстролдың, туриналдың жатыршілік әсерінің салдарынан жатырдың төменгі төрттен үш бөлігінің кеңеюі).

Бізге Е.М. Демидова мен А. Г. Курбанованың жіктелуі жақсы белгілі. Онда жатыр мен қынаптың ақаулары, етеккірдің ағып кетуін қиындататын немесе жыныстық өмірдің мүмкін еместігіне әкелетін себептер жіті мән берілген.

Балалар мен жасөспірімдер гинекологының жұмысында клиника-анатомиялық принцип бойынша құрылған жіктеулер өте ыңғайлы.

Жатыр мен қынаптың даму аномалиялары:

- Рокитанский-Кюстер синдромы. Қынап және жатыр жұқа дәнекер тіндік сымдармен ұсынылған.

Қынаптың даму аномалиялары:

- Қынап агенезиясы-қынаптың бастапқы болмауы.
- Қынаптың қайталама болмауы-атрезия-тікелей, құрсақішілік кезеңдегі қабыну процесіне байланысты қынаптың толық немесе жартылай тұтасуы.

- Қынапта әр түрлі дәрежедегі қалқаның болуы.

Қыздық перденің, вульваның, сыртқы жыныс мүшелерінің даму аномалиялары:

- Гимен атрезиясы- менархе басталуымен анықталады.
- Вульваның деформациясы - гермафродитизмдегі эпи және гипоспадиядан туындауы мүмкін.
- Туа біткен гиперплазия немесе сыртқы жыныс мүшелерінің гипертрофиясы.

Аналық без дамуының аномалиялары:

- Бір мүйізді жатырдағы моновария.
- Ановария-өте сирек кездеседі.
- Жатырдың екі еселенуінде қосымша аналық без.
- Гонад дисгенезиясының әртүрлі түрлерінде аналық бездің гипоплазиясы.

Бұл тәсіл практикалық дәрігерге аномалия көлемін толығырақ сипаттауға, сонымен қатар тексеру мен терапияның ең дұрыс әдісін таңдауға мүмкіндік береді.

Мюллер жолдарының туындыларының аплазия жиілігі 4-5 мың әйелге 1-ден келеді (Rock J.A. и Azziz R., 1987).

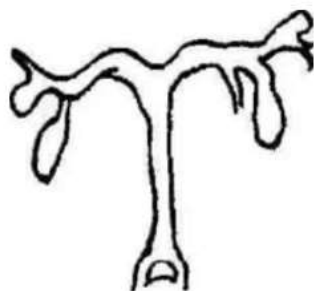
А. Г. Курбанова деректері бойынша жатырдың және қынаптың екі еселенуі ішінара аплазиямен кездесуі жиілігі жатыр мен қынаптың ақаулары бар пациенттердің жалпы санының 11,5% құрайды.

Жатыр мен қынаптың аплазиясы

(Майер-Рокитанский-Кюстер-Хаузер синдромы).

15-16 жастағы науқас қыздар етеккірдің болмауы шағымымен жүгінеді. Мұрыннан қан кету кездеседі.

Тексеру кезінде науқас дұрыс дене пішімді, екіншілік жыныстық белгілері дұрыс дамыған. Сыртқы жыныс мүшелерін тексеру кезінде қынапқа кіреберісін болмауы немесе қыздық перденің астында терең емес тесік анықталады. Ректоабдоминальды зерттеу кезінде жатыр анықталмайды, жамбас қуысының ультрадыбыстық зерттеуінде аналық бездер табылып, жатыр анықталмайды; кейде мезгіл-мезгіл үлкейетін "жарықтар" , яғни фаллопиялық түтіктердің жұмыс істейтін бөліктері кездеседі.



6 сурет. – жатыр мен қынап аплазиясы (Майер-Рокитанский-Кюстер-Хаузер синдромы) (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Емдеу - оперативті жолмен ішектен, теріден, ішек кесіндісінен немесе синтетикалық материалдарды қолдана отырып, қынапты (неоқынап) жасау. Оперативті емес әдіс-кольпоэлонгация өте сирек қолданылады. Шерстневке сәйкес кольпоэлонгация әдісі жиі қолданылады. Жасөспірім гинекологиясы кольпоэлонгацияны қынапты біртіндеп ұзартуға мүмкіндік беретін ең аз жарақат беретін әдіс ретінде қарастырады. Дәл сол жағдайларда, қыз көп ұзамай үйленеді, кольпопоздің жедел әдісін таңдау керек.

Кольпоэлонгация *әдісін* таңдаған кезде вульваның шырышты қабығын созу сеанстары және вульвадағы кольпоэлонгация процесінде протектордың (кольпоэлонгатордың) көмегімен пайда болған ойыс тереңдетіледі. Күн сайын 20-30 минуттан кольпоэлонгатормен (процедурадан бұрын протекторды фолликулинмен жақпа майлау керек) механикалық қысым жасау арқылы бір ай ішінде қынаптың 7-8 см-ге дейін созылуына әкеледі. Кольпоэлонгацияның бұл қансыз әдісін 16 жастан асқан қыздарға қолданған жөн. Ол ауыртпалықсыз, науқастың өзі дәрігердің бақылауымен жүзеге асырылады.

Қынап болған кезде жатыр және жатыр мойнының аплазиясы.

Қыз аменореяға шағымданады. Тексеру барысында "соқыр" қынап, жатыр мойны мен денесінің болмауы байқалады.



7 сурет. Қынап болған кезде жатыр және жатыр мойнының аплазиясы. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Емдеу тек қысқа қынап болған жағдайда, оны колпоэлангатор көмегімен созу арқылы мүмкін болады.

Жұмыс жасауша жатыр бар кезде жатыр мойнының аплазиясы қынаптың (немесе онсыз) аплазиясымен.

Бұл өте сирек кездеседі. Жасөспірім кезінде етеккір функциясының пайда болуымен анықталады. Қызда анальгетиктерді енгізу арқылы жойылмайтын, кейде жас өз-өзіне қол жұмсауға алып баратын ай сайын іштің төменгі бөлігінде қайталанатын қатты ауырсыну пайда болады. Айрықша симптом-бұл ауырсыну синдромының жоғалуы немесе етеккір арасындағы айтарлықтай азаюы болады. Мұнда ауырсыну жатыр қабырғаларының гематометрамен созылуына, түтіктерден ағып жатқан қанның кеуде қуысының тітіркенуіне байланысты, сондай-ақ жамбас пен жатырдың әртүрлі бөліктеріндегі эндометриоидты ошақтардан пайда болуына алып келеді.

Гинекологиялық тексеру кезінде қынаптың болмауы немесе оның төменгі қысқа бөлігінің болуы анықталады. Жамбас аймағында пальпация кезінде белсенді емес, сфералық, жанасу және жылжу кезінде біршама сезімтал түзіліс (жатыр) анықталады. Қосалқылар аумағында көмескі контурлар (гематосальпинкс) анықталуы мүмкін. Жатырдың пішіні шар тәрізді. Жатыр мойны пальпацияланбайды.

Ультрадыбыстық зерттеу кезінде жатыр мойнының болмауы мен қынаптың жоғарғы үштен бір бөлігінің гематокольпосы, сондай-ақ гематосальпинкстердің болуы нақтыланады.



8 сурет. Жұмыс жасауша жатыр бар кезде жатыр мойнының аплазиясы қынаптың (немесе онсыз) аплазиясымен. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Диагнозды нақтылау үшін компьютерлік томография және магниттік ядролық резонанс қолданылады. Магниттік ядролық резонанс-Бұл Мюллер түтіктерінің ақауларын диагностикалаудың ең жақсы әдісі, өйткені ол кез-келген проекцияда Иондаушы сәулеленуді қолданбай органдар мен тіндердің бейнесін алуға мүмкіндік береді, сонымен қатар эндометрияның күйін, миометриядағы қатерлі процестің инфильтрация дәрежесін, лимфа түйіндерінің күйін бағалауға мүмкіндік береді.

Емі. Жатырды қосымшасыз немесе түтіксіз (гематосальпинкс болған жағдайда) экстирпациялау, жекелеген жағдайларда жатырды сигма тәрізді ішектен жасалған неоқынапты күмбезге тігу (жатырды сақтап қалу әрекеті) қолданылады.

Жұмыс істеп тұрған жатырдағы қынап аплазиясы.

Клиникалық көрініс алдыңғы жағдайға ұқсас. Гинекологиялық және ультрадыбыстық зерттеу кезінде қынаптың болмауы анықталады; жамбас қуысында алмұрт тәрізді ауырсынусыз, тығыз серпімді консистенциясы, әдетте жамбастың ортаңғы сызығының сол жағында орналасқан, қозғалмалы (гематометр) түзіліс анықталады.

Емі. Олар жатырды алып тастайды немесе қынап жасау арқылы оны жатырдың күмбезіне тігу жасалады.

Жұмыс істеп тұрған жатырдағы қынаптың жоғарғы үштен бір бөлігінің аплазиясы.

Клиникалық көрінісі жоғарыда сипатталғанға сәйкес келеді. Гинекологиялық зерттеу барысында әдетте сыртқы жыныс мүшелерінің дұрыс құрылымды, қынап соқыр аяқталады, ұзындығы 7-8 см. Жамбас аймағында үлкейген, қозғалмалы, ауырсынатын жатыр және тығыз серпімді консистенция (гематометр) анықталады.

Емі. Екі сатылы операция жасалады: алдымен лапаротомия жатырдың артқы қабырғасын бөліп, гематометрді босатып, зондты қалдырып, жатыр мойны арнасын зондтау арқылы жасалады. Содан кейін-қынап күмбезін оның жоғарғы жиегін бөлумен және күмбез арқылы кетгугалық лигатураларды жүргізумен, содан кейін жатырға дренаж түтігін енгізумен және оны кетгут тігісімен бекітумен бөлу жасалады.

Қынаптың ортаңғы үштен бір бөлігінің аплазиясы.

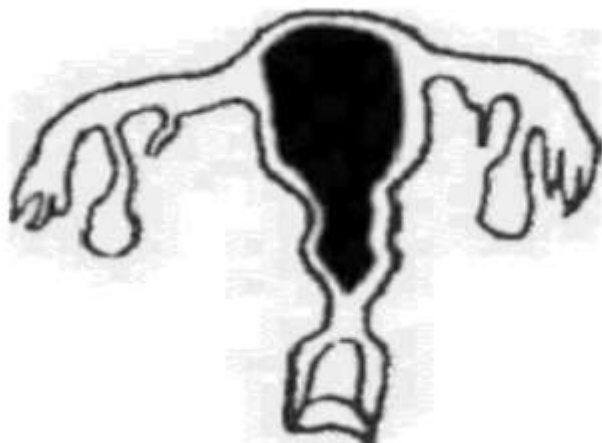
Клиникалық көрініс гематокольпос пен гематометрдің пайда болуына байланысты. Қынаптың төменгі бөлігі ұзындығы 2-3 см, соқыр аяқталады. Ректоабдоминальді тексеру кезінде анусынан 7-8 см жоғары қашықтықта

гематокольпос

немесе

гематометр

пальпацияланады.



9 сурет. Қынаптың ортаңғы үштен бір бөлігінің аплазиясы. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Емі. Оперативті: қынап күмбезін гематокольпосты босату және жуу арқылы көлденең бөлу.

Қынаптың төменгі үштен бір немесе жоғарғы екі бөлігінің аплазиясы.

Қыздарда ай сайынғы ауырсыну тән, қарқындылығы біртіндеп артады, кейде зәр шығару және дефекация кезінде кейбір қиындықтар пайда болады. Бұл жағдай қынаптың төменгі үштен бір бөлігінің аплазиясымен және гематокольпостың үлкен мөлшерімен байланысты болады.

Гинекологиялық тексеру кезінде қынап кірерберісінің болмауы анықталады. Ректоабдоминальды зерттеу жамбас аймағында орналасқан (анустан 2-3 см жоғары), қатты консистенциялы түзілістің болуын көрсетеді. Түзілістің жоғарғы полюсі жамбас шеңберінен шығып, кіндік деңгейіне жетуі мүмкін. Түзілістің жоғарғы полюсінде дөңгелек пішінді, қозғалмалы, ауырсынатын, диаметрі 6-8 см (гематометр) неғұрлым тығыз түзілісті анықтауға болады.

Ультрадыбыстық сканерлеу кезінде гематокольпостың, гематометрлердің немесе гематосальпинкстің болуы анықталады.

Емі. Хирургиялық, алдын-ала болжамды кольпоэлонгациямен вульваны созу және кіреберіс тіндерінің үлкен қозғалғыштығына қол жеткізу үшін (Богданова Е. А. және Алимбаева Г. Н., 1991).

Гимен атрезиясы.

Қыздарда жамбас аймағындағы қысым сезімі, зәр шығару қиындықтары, кейде дефекация туралы шағымдар бар.

Гинекологиялық тексеру кезінде перфорацияланбаған гименнің ісінуі, ол арқылы кара-қоңыр түзілістің жарқырауы байқалады. Сирек жағдайда емшек жасындағы қыздарда гимен атрезиясы, препубертатты жаста мукокольпостың даму кездеседі. Бұл патология негізінен етеккір функциясы пайда болғаннан кейін анықталады.



10 сурет. Гимен атрезиясы. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Емі. Оперативті ем жасалады қыздық пердені кесуге және гематокольпосты босатуға бағытталады.

Жыныс жолдарының кейбір бөліктерінің екі еселенуі және аплазиясымен біріккен даму ақаулары.

Көптеген жағдайларда аномалияны диагностикалау өте қиын, өйткені қыздарда етеккір циклі тұрақты. Және де ауырсыну синдромы мен жамбас аймағында түзілістің пайда болу етеккір қанының ағып кетуінің кешеуілдеуімен байланысты болуы мүмкін деген күдік болмайды.

Бір мүйізді жатыр. Бір жағынан барлық түтіктің аплазиясында етеккірдің ағып кетуінің кідірісі болмайды. Сондықтан диагноз, әдетте, басқа себеппен жасалға лапароскопия немесе лапаротомия кезінде кездейсоқ анықталады.



11 сурет. Бір мүйізді жатыр. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Қосымша жұмыс істейтін "мүйізі" бар, бірақ онымен байланыспайтын жатыр. Келесі нұсқа-бір жақты жатыр мойны мен қынап аплазиясымен немесе онсыз.



12 сурет. Қосымша жұмыс істейтін "мүйізі" бар, бірақ онымен байланыспайтын жатыр. (Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.)

Шағымдары дәрі-дәрмектерден басылмайтын менархеден кейін көп ұзамай пайда болатын айқын альгоменорея. Қосымша "мүйіз" мөлшері аз болуы мүмкін, сондықтан оны гинекологиялық зерттеу кезінде және диагностиканың басқа да заманауи түрлерінде анықтау өте қиын. Оны жатырдың ауырсыну аймағы түрінде анықтауға болады. Динамикада ультрадыбысты жасау ұсынылады, әсіресе етеккір кезінде: жатырдың қосымша "мүйізі" мөлшерінің ұлғаюы, ондағы гематометрдің пайда болуы анықталады.

Емі. Жатырдың қосымша жабық жұмыс істейтін "мүйізін" алып тастай отырып, жедел. Аномалияның бұл түрі сирек кездеседі.

Жатыр мен қынаптың екі еселенуі бар екі қынаптың толық немесе ішінара аплазиясы.

Патологияның бұл формаларының клиникалық көрінісі қынаптың және бір жұмыс істейтін жатырдың толық немесе ішінара аплазиясы бар аномалияға ұқсас.

Жатырдың және қынаптың екі еселенуі бір қынаптың толық аплазияның клиникасы алгоменореямен және жатырдың жанында ауырсынатын түзілістің пайда болуымен көрінеді. УДЗ кезінде олардың біреуінде гематометрі бар екі жатыр анықталады. Гинекологиялық тексеру кезінде бір қынап пен бір жатыр мойны табылады.

Емі. Репродуктивті жүйенің түтіктерін екі еселенуінсіз аномалиясы сияқты.

Жатыр мен қынаптың екі еселенуімен бір қынаптың ішінара аплазиясы диагнозын қою үшін өте қиын.

Көп жағдайда пациенттерді қате диагнозбен мамандандырылған стационарға жіберіледі:

- Гартнер жолының кистасы;
- паруретральды киста;
- паравагинальды киста;
- қынап ісігі;
- дистопирленген, "жамбас" бүйрегі;
- жатыр мойнының ісігі;
- аналық без кистомасы;
- рецедивті вульвовагинит;
- трихомонадты кольпит;
- аналық бездердің ювенильді дисфункциясы.



13-сурет. Жатыр мен қынаптың екі еселенуімен бір қынаптың ішінара аплазиясы(Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология, 2016.).

Клиникалық көрінісі. Уақытылы менархасы бар жас науқаста бірнеше айдан кейін менструация кезінде іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауырсыну туралы шағымдар пайда болады. Ауырсыну, әдетте, іштің ортаңғы сызығында немесе одан сәл бүйірде орналасады. 2-ші, 3-ші, кейде 6-шы циклден пайда болған альгоменорея, әр кейінгі етеккірмен қарқындылығы арта түседі. Ауырсыну етеккірдің 2-3-ші күнінде пайда болады, 5-6-шы күні күшейеді және менструация аяқталғаннан кейін екі-үш күннен кейін біртіндеп төмендейді.

Аурудың прогрессирленуі кезінде ауырсыну етеккір аралық кезеңде қалады. Алғашқы айларда жеңілдік әкелетін антиспазмодиктер мен анальгетиктерді қолдану жеңілдік әкеледі, кейіннен әсері болмайды.

Гинекологиялық тексеру кезінде сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған. Зондтағы қынаптың ұзындығы 8-12 см. Вагиноскопия кезінде барлық науқастарда қынап қабырғаларының біреуінің шығуы байқалады (көбінесе бүйір немесе жоғарғы жақ). Кейбір жағдайларда вагиноскопиямен жатыр мойнын тексеру мүмкін емес, өйткені айтарлықтай мөлшердегі доғалар оны жоғары қарай итереді.

Ректоабдоминальді зерттеу кезінде үлкен және кіші өлшемдермен әдетте кіші жамбас астауында, тығыз серпімді консистенциялы, шектеулі қозғалғыштықпен, ауыртпалықсыз "ісік түзілімдер" анықталады. Бұл деректер жатыр мен қынаптың екі еселенуін және жартылай аплазаланған бір қынаптың гематокольпосының болуын көрсетеді.

Ректалды зерттеу кезінде анустан гематокольпостың төменгі полюсіне дейінгі қашықтық әртүрлі болуы мүмкін. Төменгі қалыптасу полюсі неғұрлым төмен болса, гематокольпос соғұрлым үлкен болады және ауырсыну аз болады. Бұл айқын қарама-қайшылық екінші жабық қынаптың үлкен көлемімен және оның сыйымдылығымен түсіндіріледі. Ректоабдоминальді зерттеу кезінде екі жатыр анықталған жағдайда, олардың біреуі қалыпты мөлшерде болады, ал аплазирленген қынаптың жағында жұмсақ консистенциясы (гематометр) ұлғайған жатыр табылады.

Кейбір жағдайларда пациенттер етеккір кезінде ауырсынуға ғана емес, сонымен қатар консервативті терапиямен жойылмайтын өткір жағымсыз иісі бар жыныс жолдарынан іріңді бөліндіге шағымданады. Сонымен қатар, етеккір кезінде дене температурасының жоғарылауы байқалуы мүмкін – субфебрильдіден жоғары қалтырауға дейін. Мұндай жағдайларда "ісік тәрізді түзілісті" басу кезінде бөліндінің бөлінуі күрт күшейтеді. Бұл қынаптар арасындағы байланыстың болуының, жабық қынаптың жеткіліксіз босатылуының және пиокольпостың пайда болуымен гематокольпос құрамының қайталама инфекциялануының айқын белгісі.

Жыныс жолдарының және зәр шығару жүйесінің құралуы және дамуы эмбриогенездің бірдей кезеңдерінде жүреді. Өз кезегінде зақымдайтын фактор белгілі бір жүйенің дамуының бұзылуына әкелуі мүмкін. Сондықтан, *қынаптың, жатырдың барлық даму ақаулары кезінде зәр шығару жүйесінің жағдайын міндетті түрде зерттеу керек.*

Қыздарда жатыр мен қынаптың екі еселенуі және ішінара

олардың біреуінің аплазиясы кезінде көбінесе **гематокольпос жағында бүйрек болмайды.** Бұл ерекшелік **диагностикалық критерийі** ретінде қызмет етеді. Қарама-қарсы жақтың бүйрегі әдетте қалыпты орналасады.

Бұрын диагнозды нақтылау үшін пневмоперитонеум жағдайында жамбас мүшелерін рентгенографиялық зерттеу жүргізілді. Қынаптың біреуінің ішінара аплазиясы бар жатыр мен қынаптың екі еселенуімен гистограммаларда бір-біріне жақын орналасқан екі жатырдың көлеңкелері немесе көлденең мөлшерде едәуір үлкейтілген жатырдың көлеңкесі көрінеді.

Көлденең ультрадыбыстық сканерлеу кезінде симметриялы немесе асимметриялы орналасқан екі жатыр және гематокольпос, өзгермеген аналық бездер және жатырдың қосалқыларында түзілімдердің болмауы анықталады. Бұл зерттеу гематокольпос мөлшерін, гематометрлер мен гематосальпинксті нақтылауға мүмкіндік береді. Бүйректі УД-зерттеу гематокольпос жағында бүйректің жоқтығын және жалғыз бүйректің құрылымындағы өзгерістерді анықтайды.

Жатыр мен қынаптың екі еселенуі және бір қынаптың бір бөлігінің аплазиясы бар 30 қыздың эхографиясын талдау ультрадыбыстық дәлдік 93,6% екенін көрсетті (Мартыш Н. С. и др., 1990). Сондықтан тексерудің бұл әдісі диагнозды растау үшін жеткілікті. Алайда, егер тексеру барысында гистеросальпингография, лапароскопия немесе одан да көп лапаротомия жасалса, олардың нәтижелері дұрыс интерпретациялануы керек.

Гистерограммада жатырдың ортаңғы сызықтан біршама ығыстырылғаны және бір жатыр түтігінің анықталуы жатырдың екі еселенуін көрсетеді. Өйткені контрастты зат екінші жатырға ене алмады. Гистеросальпингография жатырдың екі еселенуі немесе оның қосымша мүйізінің болуы сияқты аномалия үшін ең маңызды болып табылады.

Лапароскопия немесе лапаротомия кезінде екі жатырдың, өзгермеген аналық бездердің және жатырдан төмен және кеуде қуысы артында түзілістің анықталуы гематокольпостың бар екенін көрсетеді.

Диагноз расталғаннан кейін барлық пациенттерге етеккір қанының кедергісіз ағып кетуі үшін қынаптың жалпы қабырғасын (қабырға) алып тастау арқылы гематокольпосты (пиокольпосты) босату операциясы жүргізілуі тиіс.

Пиокольпоспен ауыратын науқастарға отадан кейінгі кезеңде микрофлораның сезімталдығына сәйкес таңдалған антибиотиктер тағайындалады.

Кольпостың гемато(пио)толық босатылуы ректоабдоминальді және ультрадыбыстық зерттеу негізінде бағаланады.

Осылайша, жартылай аплазаланған гематокольпос жатыр мен қынаптың екі еселенуімен екінші қынап-бұл жыныс мүшелерінің ақауларының жиі кездесетін түрі. Көбінесе менархадан кейін 1,5–2 жылдан кейін жыныстық жетілу кезеңінде пайда болады. Нақты клиникалық көрінісі бар және қынаптың жалпы қабырғасын кесу арқылы оңай емделеді. Болжамы қолайлы.

Сонымен, жыныс мүшелерінің ауытқуларының болжамы бұзылыстың дәрежесі мен деңгейіне байланысты. Кейбір жағдайларда хирургиялық түзету

жүктіліктің толық тұжырымдамасын және дамуын бұзбайды, басқа жағдайларда түзету қажет емес. Ал, кейбір жағдайларда қалыпты жыныстық өмірге жағдай жасау үшін бірнеше пластикалық хирургия қажет (репродуктивті функцияны сақтамай) [1,3-11, 28-34].

12 ТАРАУ

ӘРТҮРЛІ ЖАСТАҒЫ ҚЫЗДАРДЫҢ ГИГИЕНАСЫ ЖӘНЕ ГЕНИТАЛИДІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Қыздың гигиенасы өсіп келе жатқан бала организмнің талаптарын қанағаттандырып қана қоймай, сонымен қатар адам ағзасының адамзат ұрпағын жалғастыруға бағытталған күрделі функцияларын дұрыс қалыптастыруға ықпал етуі керек.

Отбасындағы гигиена ережелерін сақтау, қыздың ерте жастан бастап гигиеналық іс-шараларға деген қажеттілігін тәрбиелеу, болашақта оның денсаулығын нығайту мен сақтаудың кепілі болып табылады. Ата-аналарға туғаннан бастап жеке гигиена ережелерін сақтау қажеттілігін түсіндіру маңызды.

Балалық шақтың әртүрлі кезеңдерінде қыз балада гигиеналық талаптармен байланысты әртүрлі физиологиялық жағдайлар дамиды. Жаңа туылған нәрестенің гигиенасы, емшекпен емізу кезеңіндегі қыздың гигиенасы, мектепке дейінгі және мектеп жасындағы қыздың гигиенасы, оның ішінде жыныстық жетілу кезеңіндегі қыздың гигиенасы түрлерін бөліп қарастырамыз.

Жаңа туылған нәрестенің гигиенасына жалпы дұрыс күтімі (табиғи тамақтану, бөлме гигиенасы, іш киім) және сыртқы жыныс мүшелерінің тазалығы кіреді. Осы кезеңде жыныс мүшелерінің қабынуы қаупі ең алдымен байланысты:

- жұқтырған босанатын әйелдердің үлес салмағы жоғары, сондықтан ана мен қызда жыныс жолдарында бірдей микрофлора анықталады;
- үлкен және кіші жыныс еріндері арасындағы қатпарларда біріншілік май мен құрғатылған эпителийдің жиналуынан;
- тұтқыр шырыш үнемі жыныс мүшелерінен шығады. Ол өз кезегінде несеппен бірге сыртқы жыныс мүшелеріне түсіп, мацерацияны, гиперемияны және жергілікті эпителиінің бозаруын тудырады;
- жаңа туған қызда "жыныстық криздің" көрінісі ретінде жыныс саңылауынан қанды бөліністер пайда болады (3-6-шы күні). Ол да қосымша жыныс мүшелерінің инфекциялық зақымдалуы үшін қосымша жағдайлар жасалады.

Қынаптың шырышты қабаты және оның кіреберісі туылғаннан бастап үлкен және кіші еріндер арасында ақ түсті майлы, алынуы қиын зат түріндегі секрет шығарады. Жыныстық жетілу кезеңіне дейінгі қыздардың сыртқы жыныс мүшелерінің терісінің жасушалары аз қабатты болып келеді. Сондықтан тез жаралануға бейім. Сондықтан секрецияларды алып тастау керек, әйтпесе олар терінің тітіркенуін, қышуын тудыруы мүмкін. Ал оған микроорганизмдердің қосылуы қабыну процесінің тудыруы мүмкін. Мұны вазелин майы мен мақта тампоны көмегімен алуға болады.

Жаңа туған нәрестелер мен емшек жасындағы қыздардың сыртқы жыныс мүшелерін жууды әр жаялықтарын ауыстырған сайын сабынды және сұйық гигиеналық құралдарсыз ағынды сумен жуу керек. Кейіннен мұқият кептіру жүргізген жөн. Мұны істеу үшін сыртқы жыныс мүшелерін баланың әр жөргектеу кезінде жуу қажет. Бала дымқыл және лас жаялықтарда жатпауы керек. Жаңа туған

нәрестелерді жуындыру жылы судың астында жүргізіледі. Аралықтың нәзік терісін жуу мұқият, зорлық-зомбылықсыз және үйкеліссіз жүргізілуі керек. Бұл әдетте таза жуылған қолмен (немесе мақта тампонымен) алдыңғы жағынан артқа қарай, яғни ануска дейін, нәжістің қалдықтары вульва мен уретраның аймағын ластамауы үшін жасалады. Дефекациядан кейін нәжістің қалдықтарын кетіру үшін дымқыл мақта тампонын қолдануға болады. Мұндай жағдайларда теріні тітіркендірмейтін нәресте сабыны қолданылады, қолын және аралығын сәл сабындайды.

Мұқият құрғату күтім дымқыл теріге таза гигроскопиялық жаялықты жазу арқылы жүзеге асырылады (күшпен сүртуге болмайды). Дәретхананың соңында стерильді өсімдік майымен (зәйтүн, шабдалы, күнбағыс), стерильді мақта тампонымен немесе креммен, сұйық вазелинмен сыртқы жыныс мүшелерін және іргелес аралық пен аналық жамбас қатпарларын майлау пайдалы болып келеді.

Жыныстық криздің тағы бір көрінісімен байланысты асқынулардың алдын – алу қажет-сүт бездерінің физиологиялық ісінуі. Әдетте сүт бездердің ісінуі көлемі бұршақтан жаңғаққа дейін жетеді. Ол бала туылғаннан бірнеше күн өткен соң басталады және көбінесе 2-3 аптаға созылады (сирек жағдайларда – өмірдің 2-ші айына дейін) және әдетте асқынулармен бірге жүрмейді. Үлкейген бездерден сипаты мен құрамы бойынша уызға ұқсайтын секрет шығады. Қабыну өзгерістері болмаған жағдайда терінің тазалығын сақтау керек, ешқандай жағдайда бездерді уқаламаңыз және олардың мазмұнын қыспаңыз, және киіммен үйкелуден қорқаңыз. Терінің қызаруы және бездердің тығыздалуы болған жағдайда жеңіл мақта немесе камфора майымен компресс ұсынылады. Инфекция және дұрыс күтім болмаған жағдайда хирургиялық араласуды қажет ететін және безді тіндердің бір бөлігінің өлімімен бірге жүретін іріңді маститтер пайда болуы мүмкін. Мұндай сүт безі кейіннен жыныстық жетілу кезеңінде дамуында артта қалады, бұл болашақта лактация қабілетін күрт төмендетеді.

Балаға 5-10 минут бойы $t - 36,5-37,0^{\circ}\text{C}$ сумен күнделікті шомылу қажет, бірақ сабынды аптасына 2 реттен артық қолданбау керек. Жуғаннан кейін ауалы тері ванналары пайдалы. Қызды арқасымен 10-15 минутқа жаялықсыз аяқтарын жайып жатқызу керек. Ауа ваннасынан кейін тері қатпарлары мен аралық әдетте құрғаюдың алдын алу үшін бөртпелерге арналған кез-келген креммен майланады. Теріні, тері қатпарларын, ең алдымен бөкселер мен бұтаралықты жұмсақ сүлгімен кептіргеннен кейін, табиғи маталардан киім киген жөн.

Қазіргі уақытта зәр мен нәжісті ұстап тұруға мүмкіндік беретін жаялықтарды таңдау маңызды. Бір рет қолданылатын жаялықтарды ылғалданған немесе нәжіспен ластанған кезде, кем дегенде 4 сағат сайын ауыстыру керек.

Жуу кезінде балалар киіміне ұсынылған өнімдерді қолданған жөн. Кірді жуғыш заттардың немесе ағартқыштардың қалдықтарынан мұқият шайыңыз. Қолданар алдында іш киімді ыстық үтікпен үтіктеу ұсынылады.

Емшек жасындағы қыздар гигиенасы. Бұл жаста сыртқы жыныс мүшелеріне күтім жасау бұрынғыға ұқсас, бірақ одан да мұқият болу керек, өйткені жыныс шырышты қабығының тосқауыл (қорғаныс) қызметі төмендейді. Баланы жөргек ауруы деп аталатын аурудан қорғаған жөн. Баланың дымқыл памперстерде ұзақ жүруі еіреберіс аймағында терінің мацерациясына, тітіркенуіне және ісінуіне әкеледі. Бұл жағдай несеп азотты заттардың ыдырау өнімдерінен де, синтетикалық материалдан жасалған немесе нашар жуылған памперстердің өзінен де шығатын өнімдерінен де туындайды.

Мектеп жасына дейінгі қыздардың гигиенасы (7 жасқа дейін). Үш-төрт жастағы балалар жігерлілігімен, тәуелсіздікке ұмтылысымен ерекшеленіп, өзіне күтім жасап, жуынып, сүртіне алатындығымен ерекшеленеді. Мұндай кезеңде балаларға жеке үлкен дәретке және зәр шығару дағдыларын және салауатты өмір салтын қалыптастыратын әдеттерді қалыптастыру үшін қолдану керек.

Зәр шығару кезінде дененің жағдайы несеп сыртқы жыныс мүшелеріне еңбестен дәретханаға ең қысқа жолмен жететіндей болуы керек. Несеп уретра мен қынап арасындағы көпір арқылы ағып кетпеуі керек және қынапқа енбеуі керек. Уретровагинальды құю дененің дұрыс орналаспауына байланысты болса, дәретхананы баланың өзі дененің дұрыс орналасуына ыңғайлы етіп жабдықтаған жөн. Атап айтқанда дәретханаға арналған орынды жақындататық аяқ орындығы немесе тіреуішті қолдану. Осылайша, қыз дәретханаға кернеусіз отыруды, жамбастарын сәл жайып, сәл алға қарай еңкейіп отыруды үйренеді. Үлкен дәреттен кейін аралықты алдыңғы жағынан артқа қарай сүрту керек, бірақ керісінше емес. Егер аралықты материалмен дұрыс сүртпесеңіз, патогендік микрофлора қынап пен уретраға еніп, инфекцияның дамуына әкелуі мүмкін.

Кішкентай қыздарда ыңғайлы киімде болуын қадағалау керек, өйткені балалар көбінесе аяқтарын ашып жерге немесе құмға отырады. Сонымен қатар, баланың қысқа шалбарда болуы жамбастарын жеткілікті түрде окшауламайды. Бұл өз кезегінде шөп, құм, жәндіктер сияқты бөгде заттардың қынапқа енуіне әкелуі мүмкін. Осы кезеңде балалар өз денелеріне және жыныс мүшелеріне деген қызығушылықты арттырды. Қыздың жатын төсегіне кішкентай заттарды алмауын қамтамасыз ету маңызды, бұл олардың қынапқа енуіне әкелуі мүмкін.

Қыздың сыртқы жыныс мүшелерін күн сайын таңертең түнгі ұйқыдан кейін, күндіз және кешке ұйқыға дейін жуу керек. 5 жастан кейін, қыз гигиеналық шараларды өз бетінше, анасының, әжесінің немесе күтушісінің бақылауымен орындай алады.

Қыздың іш киімі мақта материалынан жасалған, сонымен қатар оның күнделікті ауыстырып отыруды қажет етеді. Тұрақты шомылу режимін жалғастыру керек. Сабын аптасына 1 рет қолданылады.

Сыртқы жыныс мүшелерінің қабыну процестерінің алдын алу үшін гельминтке қарсы терапия да жүргізілуі керек.

Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы бірінші кезектегі міндет-қуық пен ішектерді жүйелі босатуды түсіндіру. Қыздарда жатырдың тұрақты иілуінің және жамбас аймағындағы қан айналымының бұзылуына әкеледі. Бұл қуықтың жүйелі түрде толып кетуі және созылмалы іш қатумен туындайды. Күнделікті нәжістің болмауы алдымен тік ішектің кеңеюіне, іш қатуға, жатырдың дұрыс емес орналасуына, жамбас аймағында қанның іркілуіне және көбінесе геморрой мен анальды жарықтардың дамуына әкеледі.

Мектеп жасындағы қыздардың гигиенасы. Қарқынды өсу мен ақыл-ой дамуының осы кезеңінде тым көп интеллектуалды және шамадан тыс физикалық белсенділікке, ұйқының және ұйқының бұзылуына жол бермеу керек. Күнделікті тәртіпті, күнделікті гигиеналық душты қатаң сақтау маңызды. Жасөспірім қыздың анасы, әжесі, үлкен әпкесі немесе мектептің медициналық қызметкері, әсіресе етеккірдің келуімен байланысты гигиена туралы атап өткен жөн. Бұл күндері жеке гигиенаны мұқият сақтау қажет (күніне 2 рет жуу, санитарлық төсемелер мен тампондарды үнемі өзгерту). Әрбір жасөспірім қыз жыныс мүшелеріндегі қабыну процесінің алғашқы белгілері және оның алдын-алу жолдары туралы білуі керек,

ЖЖБИ туралы контрацепцияның заманауи әдістерімен қатар егжей-тегжейлі хабардар болуы керек. Әсіресе жыныстық белсенді жасөспірім қыздардың хабардарлығы маңызды.

Осы жастағы **арнайы гигиеналық шараларға** қыздардың жыныстық тәрбиесі де кіреді. Бір жағынан, оны жыныстық инстинкттің мерзімінен бұрын оянуына ықпал ететін барлық нәрселерден қорғау керек. Екінші жағынан, сіз қызды жыныстық өмірдің кейбір мәселелері туралы толық білместікте ұстай алмайсыз, сондықтан оны жалған және күмәнді көздерден тиісті ақпарат алудан қорғап, сауатты әдебиеттермен қамтамасыз етуіңіз керек. Жасөспірімдердің жыныстық сауатсыздығы аясында кездейсоқ жыныстық қатынас ЖЖБИ мен қалаусыз жүктіліктің негізгі себебі болып табылады.

Осылайша, жеке гигиенаны сақтау сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің қабыну процестерінің алдын алудың негізі болып табылады. Зәр шығару кезінде ыңғайсыздық туралы шағымдар пайда болған жағдайда (ашу, ауырсыну), қышу, бөлінділер, аралық терісінің қызаруы, іріңді немесе көпіршікті элементтер пайда болған кезде педиатр мен балалар гинекологымен кеңесу керек. Ата-аналар халықтық емдеу әдістерімен, сондай-ақ фармакологиялық препараттармен өздіктерінен жергілікті емдеуге болмайтынын түсіндіруі керек. Тек гинеколог шағымдарды, жалпы жағдайды, басқа аурулардың болуын, сондай-ақ қыздың жеке ерекшеліктерін ескере отырып, қажетті тексеруден кейін жеке емдеуді тағайындай алады [2-5; 17-35].

1. Милош Т. С., Гутикова Л. В. Детская гинекология/ / Т. С. Милош, Л. В. Гутикова.

Гродно : ГрГМУ, 2016. – 152 с.

2. Мук Э. Ю., Чижова Ж. Г. и др. Состояние здоровья шестнадцатилетних девочек. Смоленский мед. Альманах 2017; 4: 82–85.

3. Адаскевич, В. П. Инфекции, передаваемые половым путем/ В. П. Адаскевич. – Нижний Новгород, 2011. – 416 с.

4. Вихляева, Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е. М. Вихляева – М.: Мед. информационное агентство, 2000. – 768 с.

5. Вишневская, Е. Е. Детская онкогинекология / Е. Е. Вишневская. – Минск: Высш. школа, 2012. – 320 с.

6. Вольф, А. С. Атлас детской и подростковой гинекологии: Пер. с нем. / А. С. Вольф, Ю. Э. Миттаг / под ред. В. И. Кулакова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с: ил.

7. Шевлюкова Т.П., Чабанова Н.Б., Галиева Г.Д. и др. Особенности гестационного периода в подростковом возрасте. Актуальные научные исследования в современном мире. 2017; 6–2 (26): 110–113.

8. Гоготадзе, И. Н. Ювенильные кровотечения: методические рекомендации для врачей / И. Н. Гоготадзе. – СПб., 2003. – 28 с.

9. Гуркин, Ю. А. Гинекология подростков: руководство для врачей / Ю. А. Гуркин. – СПб: ИКФ «Фоллиант», 2000. – 574 с.

10. Захарова, И. Н. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте / И. Н. Захарова, Н. А. Коровина, Т. М. Творогова // Руководство для врачей. – М., 2010. – 60 с.

11. Инфекции в акушерстве и гинекологии. Инфекционные вульвовагиниты: практическое руководство / А. П. Никонов [и др.]; под ред. Л. С. Страчунского// Антибактериальная терапия. – М., 2000. – 256 с.

12. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения, осложнения кист и доброкачественных опухолей яичников у девочек / Гумеров А. А. [и др.]. – Уфа, 1997. – С. 90.
13. Кобозева, Н. В. Гинекология детей и подростков / Н. В. Кобозева, М. Н. Кузнецова, Ю. А. Гуркин. – Ленинград: Медицина, 1988. – С. 126-146.
14. Коколина, В. Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков / В. Ф. Коколина // – М.: Информатик, 1997. – С. 288.
15. Коколина, В. Ф. Гинекология детского возраста / В. Ф. Коколина. – М.: 2003. – 456 с.
16. Коколина, В. Ф. Ювенильные маточные кровотечения/ В. Ф. Коколина. – М.: Информатик, 1997. – С. 176.
17. Колгушкина, Т. Н. Практическая гинекология / Т. Н. Колгушкина. – Минск, 2004. – 208 с.
18. Кудина, О. Л. Оказание медицинской помощи девочкам подросткам с нарушениями репродуктивной системы: методические рекомендации / О. Л. Кудина, О. А. Пересада. – Минск, 2005. – 24 с.
19. Кулаков, В. И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста / В. И. Кулаков, М. Н. Кузнецова, Н. С. Мартыш. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – С. 112.
20. Мавров, И. И. Половые болезни: руководство для врачей, интернов и студентов / И. И. Мавров. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
21. Малова, И. О. Клинико-микробиологическая характеристика вульвовагинитов у девочек / И. О. Малова, Р. Г. Скворцова, Н. И. Кузьмина // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – № 1. – С. 27-31.
22. Маркин, Л. Б. Детская гинекология: Справочник / Л. Б. Маркин, Э. Б. Яковлева – К: Знания, 2004 – 476 с.
23. Медведев, В. П. Оценка развития подростков: методические рекомендации / В. П. Медведев, А. М. Куликов, Л. А. Чернова. – СПб, 1996. – С. 30.
24. Планирование семьи. Методы контрацепции: практическое руководство / под ред. Э. К. Айламазяна. – Санкт-Петербург: Сотис, 1997. – С. 181.
25. Практическая гинекология / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской. – М., 2001. – С. 542-546.
26. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология / В. П. Сметник, Д. Г. Тумилович. – 2001. – 458 с.
26. Сметник, В. П. Неоперативная гинекология: руководство для врачей / В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович. – СПб.: Сотис, 1995. – С. 201.
27. Старцева, Н. В. Эндометриоз как новая болезнь цивилизации / Н. В. Старцева. – Пермь, 1997. – 179 с.
28. Хубер, А. Гинекология детского и подросткового возраста (пер. с нем. яз.) / А. Хубер, Г. Хирше. – М.: Медицина, 2001. – С. 296.
29. Чайка, В. К. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний у девочек и девушек / В. К. Чайка, Л. А. Матыцина. – Донецк, 2003. – С. 137.
30. Ярославский, В. К. Неотложная гинекология детей и подростков / В. К. Ярославский, Ю. А. Гуркин. – СПб.: Гиппократ, 2007. – С. 224.

31. Creatsas, G. Advances in pediatric and adolescent gynecology / G. Creatsas. – Athens, 2001. – p. 163.
32. Dramusic, V. Clinical Approach to Paediatric and Adolescent Gynaecology / V. Dramusic, S.S. Ratnam. – Singapore: Oxford University Press, 2008. – P. 361.
33. Sober S, Shea JA, Shaber AG, et al. Postpartum adolescents' contraceptive counselling preferences. Eur J Contracept Reprod Health Care 2017.
34. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. J Adolesc Health 2016;59:11-28.

Тест сұрақтары:

1.16 жастағы қыз ювенильды қан ағумен байланысты бақылауда тұрады. АҚ көмегімен гормональды гемостаз жүргізілді, ақпанның 20-нан 24-дейін ЗМПР өте қатты өтті. Циклдың 5 күні УДЗ кезінде ТЭ 10 мм. Қан ағудың қайталануының алдын алу үшін дәрігердің тактикасы.

Жауаптары:

- A. келесі етеккірді утеротоникалық заттардың фонында өткізу
- B. циклдың 10-нан 25 дейін гестагендер
- C. циклдың 5 бастап фемостон 1/10
- D. ҚАК контрацептивті нобайы бойынша
- E. циклдың екінші фазасында ҚАК

2. 14 жастағы қыз стационарға ішінің төменгі жағындағы ауыру сезімімен жеткізілді. Өзін 3 күн бойы аурумыс деп санайды, айтылған шағымдары етеккірдің фонында көрініп, ауыру сезімі күшейе түсті. Аналгетиктерден және спазмолитиктерден нәтиже шықпай қойды. Етеккірі 12 жасынан 3 күндей 30 күннен кейін келеді, жарты жыл бойы аз ауырған, ал келесі етеккірлері кезінде ауыру сезімі күшейе түскен. Анамнезінде оң жақ жалғыз бүйрегінің созылмалы пиелонефриті. Стационарда тексергенде: УДЗ – кіші жамбасының қуысында, жатырдың сол жағында 8х6х8 см сұйықтық құрылым. Жатыр 5х2,6х4,8 см. Аналық бездері өзгермеген. Диагнозы.

Жауаптары:

- A. біріншілік аменорея
- B. бір қынаптың жартылай атрезиясы
- C. сыртқы генитальды эндометриоз
- D. сол аналық бездің кистасы
- E. Гартнер жолының кистасы

3. 13 жастағы қызда ай сайын ішінің төменінде толғақ тәрізді аурулар, соңғы айда перитонеальді көріністер байқалған, етеккірі жоқ. Клиникалық көрініс қандай патологияға тән?

- A) аппендицит
- B) бүйрек-тас ауруы
- C) аналық без аяқшаларының бұралуы
- D) жалған аменорея
- E) альгодисменорея

4.13 жасар қыз абдоминальді ауру сезімі және құсумен ауруханаға жеткізілді. Қарау кезінде ішінің төменгі жағындағы тығыз түзіліске байланысты ұлғаюы байқалады. Аз инвазивті және диагностиканың ақпаратты әдісі қандай?

A) ректоабдоминальды зерттеу

B) объективті зерттеу

C) УДЗ

D) лапароскопия

5. Гонад дисгенезиясың аралас түрінде қандай ем қолданылады? (кариотип 45 ХО/46ХУ)

A) кортикостероидтармен алмастыру терапиясы

B) хирургиялық (сыртқы жыныс мүшелерінің коррекциясы)

C) комбинирленген эстроген-гестагенді препараттарды тағайындау

D) хирургиялық (дисгенетикалық гонадтарды алып тастау) және жыныс гормондарымен орынбасушы терапия

E) фитоэстрогендерді тағайындау

6. 14 жастағы қыз үдемелі пролактиномамен нейрохирургия бөлімшесінде шұғыл түрде операция жасалған. Операциядан кейін 12 айдан соң жыныстық жетілу белгілері жоқ. УДЗ – жатырдың анық гипоплазиясы, аналық бездерде фолликулалар жоқ. ФСГ 0,2 мМЕ/л, ЛГ анықталмайды, пролактин 6000 мМЕ/Л, ТТГ 0,3 мМЕ/Л, F 23 нмоль/л. Қазыргы кезарада не істеу керек?

Жауптары:

A. қайта оперативті ем

B. кортикостероидтармен орынбасушы терапия

C. гестагендермен және эстрогендермен терапия

D. парлоделді сәйкес дозаларда қолдану

E. төмендозалық АК контрацептивті набой бойынша

7. Аналық безі ісігінің аяқшасы айналып кеткенде дәрігердің тактикасы

A) Айналған аяқшаға қысқыш салу және оны кесу

B) аяқшаны айналдырып, бөліп және алып тастау

C) Аналық безінің ісігімен қоса жатырдың қынап үстілік ампутациясын жасау

D) Айналған аяқшасынан төмен қысқыш салу және оны кесу

E) аяқшаны айналдырып, операциядан кейінгі кезеңде консервативті емдеу

8. 9 жастан 13 жасқа дейін УДЗ бойынша жатырдың орташа ұзындығы:

A) 3,1 см

B) 5см

C) 6 см

D) 4 см

E) 2см

9. 5 жастағы қыз балада екіншілік жыныстық белгілер және қынаптан қанды бөліністер көрінді. Кіші жамбас мүшелерінің трансабдоминальдік УДЗ жасалды, сол жақ аналық без аймағында мөлшері 5х4 см біркелкі емес, айналасындағы тіндермен жабыспаған түзіліс анықталды. Жатыр мен оң жақ қосалқыларында патология жоқ. Болжам диагноз:

- A) орталық генезді мерзімінен бұрын жыныстық даму
- B) туа біткен адреногенитальдік синдром
- C) эстрогенөндіруші аналық бездің ісігі
- D) андрогенөндіруші аналық бездің ісігі
- E) аналық бездің фолликулярлық кистасы

10. Біріншілік аменореясы бар 16 жастағы қыз балада болжам диагноз қойылған:
Қыздық перденің атрезиясы. Гематометра. Біріншілік жалған аменорея:
Диагнозды нақтылау үшін тиімді ақпараттық және инвазивтік емес зерттеу әдісі:

- A) трансабдоминальдік УДЗ
- B) трансвагинальдік УДЗ
- C) магниттік-резонанстік томография
- D) іш қуысының рентгенографиясы
- E) лапороскопия

11. Дисфункциональдік қан кету деген диагноз ювенильдік кезеңде нақтыланса ең таңдаулы тактика қандай:

- A) гормональдік гемостаз
- B) гормональдік емес гемостатикалық препараттарды қолдану
- C) рефлексотерапия қолдану
- D) кюретаж
- E) гемотрансфузия

12. Бала кезеңдегі бейарнамалы вульвовагинитте негізгі асқыну:

- A) келлоидтық тыртықтар
- B) синехиялар
- C) кондиломатоз
- D) папилломатоз
- E) қынаптың атрезиясы

13. 6,5 жастағы қыз балада қалқанша безінің гипофункция фонында болған мерзімінен ерте болған жыныстық дамуды емдеудегі ең тиімді препарат:

- A) парлодел
- B) трийодтиронин
- C) мерказолил
- D) преднизолон
- E) тироксин

14. 16 жастағы қыз менструациясының болмауына шағымданады. 15 жасынан ай сайын ішінің төменгі жағының ауырғанын байқайды, бір апта бұрын өзі ішінен ісік анықтады. Объективті: бойы 160 см., дене салмағы 50 кг, екіншілік жыныстық белгілері жақсы дамыған. Пальпация жасағанда ішінде ісік тәрізді түзіліс анықталады, оның жоғарғы шеті қасағадан 4 см жоғары. Сыртқы жыныс мүшелері әйелдік тип бойынша дамыған, қынаптың кіре берісінде көкшіл томпаю байқалады. Кіші жамбас қуысының шегінен шыққан, мөлшері 16-17 апталық жүктілікке сәйкес түзіліс анықталады.

Мүмкін диагноз

- A) үдемелі жатырлық жүктілік

- В) қыздық перденің атрезиясы. Гематометра.
- С) жатырдың миоматозды түйіні
- Д) біріншілік аменорея. Қынаптың атрезиясы
- Е) жыныс мүшелерінің ақауы. Біріншілік аменорея

15. Алғашқы етеккірден бастап ювенилді қан кету басталса, алдыменен нені жоққа шығару қажет:

- А) Тәбетінің бұзылысын
- В) Қан ауруын
- С) Гениталийдің қабыну ауруларын
- Д) Аналық бездердің поликистозды синдромын
- Е) Ауыр созылмалы көйзелісті

16. Қыздардың пубертатты кезеңінде жыныстық дамудың бұзылуы «жасырын» вирилизация типі бойынша кездессе, оны немен емдейді:

- А) Орын басушы терапия эстрогендермен
- В) Орын басушы терапия гестагендермен
- С) Глюкокортикоидтармен, ұстап тұрушы дозада
- Д) Антогонистер гонадотропин-релизинг-гормонымен
- Е) Эстроген-гестогенді терапиямен

17. Уақытында туылған қыз жынысты бала. (46XX). Сыртқы жыныс мүшелері интерсексуальді типті: ұлғайған клитор, урогенитальді синус. Диагноз:

- А) Физиологиялық жетілмегендік
- В) Аденогенитальді синдром
- С) Кіші жыныс еріндерінің синехиялары
- Д) Сыртқы жыныс мүшелерінің босану жарақаты
- Е) Сыртқы жыныс мүшелерінің туа біткен ақауы

18. Құрсақішілік даму кезінде қыздардың сыртқы жыныс мүшелерінің дамуы қалыптасады:

- А) Гоноциттерден
- В) Мезонефралді протоктардан
- С) Жыныс төмпешігі төрінде қалыптасады
- Д) Парамезонефралді протоктардан
- Е) өт шығару қапшығынан

19. Екі апталық қыз балада туғаннан бастап сөт бездерінің ұлғаюы, жыныс жолдарынан аздаған қанды бөліністер білінеді. Жөктілік пен босанудың ағымы асқынусыз. Диагноз:

- А) Ерте жыныстық жетілу, толық формасы
- В) Шектелген телархе
- С) Гормоналды криз
- Д) Аналық безінің жылауығы
- Е) Эстрогендердің экзогенді төсуі

20. 16 жастағы қыз дйрігер акушер-гинекологқа етеккірінің жоқ болуына шағымданды. Зерттеуден кейін анықталғаны: жалған аменорея. Жалған аменореяның себебі не болуы мөмкін:

- A) Цервикальді каналдың атрезиясы
- B) Жатыр денесінің аплазиясы
- C) Гонадалар дисгенезиясы
- D) Гипотериоз
- E) Тестикулярлы феминизация синдромы

21. 10 жастағы қызбала балалар гинекологына жиі ауырсынумен болатын зәр шығаруға, кезеңмен зәрін ұстай алмайтынына шағымданып анасымен келді. Қарау кезінде: сыртқы уретра аймағының, қынапқа кіреберісінің шырышты қабаты мен тік ішектің қызаруы, қынаптан іріңді бөліністер анықталды. Ректалді зерттеу кезінде жатыр мен оның қосалқылары жағынан патология анықталмады. Анасының айтуы бойынша, қызы осыдан 4 көн бұрын жедел ауырған. Аурулардың Халықаралық статистикалық жіктемесіне сай клиникалық бейне суреттейді:

- A) Жедел вульвовагинитті
- B) Жыныс жолдарының төменгі бөлігінің соз ауруы, асқынусыз
- C) Жыныс жолдарының төменгі бөлігінің соз ауруы, асқынумен
- D) Жыныс жолдарының жоғарғы бөлігінің соз ауруы
- E) Басқа мөшелердің соз ауруы

22. 4 жастағы қызбаланың сыртқы жыныс мөшелерінде везикулезді бөртпелер пайда болды, қайсысын жарғаннан кейін беткейлерінде жара төзіледі. Везикулдардың пайда болуы қышумен, ал жаралары ауырсынумен жөреді. Емдеу тактикасы қалай болады:

- A) Вирусқа қарсы препараттарды per os қабылдау
- B) Вирусқа қарсы препараттарды жергілікті қабылдау
- C) Вульва аймағына УФО жасау
- D) Цинколив препараттын қабылдау
- E) Вирусқа қарсы препараттарды per os + жергілікті қабылдау

23. Ювенильді жастағы дисфункционалдық жатырдан қан кетулердің даму механизмі:

- A) Гиполютеинизм
- B) Фолликулдар персистенциясы
- C) Фолликулдар атрезиясы
- D) Гиперпролактинемия
- E) Қан ұю жөйесінің бұзылыстары

24. 9 жастағы қызбала балалар гинекологына жиі ауырсынумен болатын зр шығаруға, кезеңмен зрін ұстай алмайтынына шағымданып анасымен келді. Қарау кезінде: сыртқы уретра аймағының, қынапқа кіреберісінің шырышты қабаты мен тік ішектің қызаруы, қынаптан іріңді бөліністер анықталды. Ректалді зерттеу кезінде жатыр мен оның қосалқылары жағынан патология анықталмады. Анасының айтуы бойынша, қызы осыдан 4 көн бұрын жедел ауырған. Аурулардың Халықаралық статистикалық жіктемесіне сай клиникалық бейне суреттейді:

- A) Жедел вульвовагинитті
- B) Жыныс жолдарының төменгі бөлігінің соз ауруы, асқынусыз
- C) Жыныс жолдарының төменгі бөлігінің соз ауруы, асқынумен

- D) Жыныс жолдарының жоғарғы бөлігінің соз ауруы
- E) Басқа мүшелердің соз ауруы

25. Жаңа туған қыз нәрестенің жатырының анатомиялық ерекшеліктеріне жатады?

- A) жатыр денесі мен мойны ұзындығы мен ені бойынша сәйкес
- B) денесі кішкентай, мойны жетілмеген
- C) жатыр қос мүйізді
- D) жатыр кішкентай, мойны денесінен 3 есе ұзын
- E) жатырдың рудиментралы мүйізі бар

26. 4 жасар қызда 3 апта бойы жыныс мүшелерінен бөлінділер жалғасуда, дәстүрлі терапия көмектеспейді. Соңғы 2 күнде қанды бөлінділер көрінген.

Сіздің тактикаңыз.

Жауаптары:

жергілікті терапияны жалғастыру + антибиотиктер per os

- A. ПЦР әдісімен зерттеу жүргізу
- B. антисептик ерітіндісімен катетер арқылы қынапты жуу жүргізу
- C. вагиноскопияны жүргізу
- D. физиотерапияны қосу (УФО с.ж.м. аймағын

27. 4 жастағы қыз балада жыныс жолдарынан бөліністер 3 апта бойы жалғасуда және дәстүрлі емнен нәтиже болған жоқ. Соңғы 2 күнде қанды бөліністер пайда болды. Сіздің тактика?

- A) жергілікті терапияны жалғастыру + антибиотиктер per os
- B) ПЦР әдісімен тексеріс жүргізу
- C) антисептик ерітіндісімен қуықтық катетермен қынапты шаю
- D) вагиноскопия жүргізу
- E) физиотерапияны қосу (сыртқы жыныс мүшелері аймағына УФС)

28. 14 жастағы қыз бала жедел жәрдем бригадасымен стационарға іштің төменгі бөлігіндегі айқын ауырсынумен жеткізілді. Өзін 3 күннен бері аурумын деп санайды, сол кезде етеккір фонында іштің төменгі бөлігінде ауырсыну пайда болып, күрт күшейе бастаған. Анальгетиктер мен спазмолитиктерді қолдану нәтиже бермеген. Етеккірі 12 жастан, 3 күннен, 30 күн сайын. Алғашқы жарты жылда аздаған ауырсынумен жүрген, кейіннен әрбір етеккір сайын ауырсыну күшейе берген. Анамнезінде жалғыз оң жақ бүйректің созылмалы пиелонефриті. Стационарда тексеру кезінде: УДЗ: кіші жамбас қуысында, жатырдың сол жағында өлшемі 8х6х8 см сұйықтықты түзіліс. Жатыры 5,0х2,6х4,8 см. Оң жақ аналық без ерекшеліксіз, сол жақта аналық безді анық көруге мүмкін емес. Ең мүмкін диагноз?

- A) біріншілік альгоменорея
- B) гартнер жолының кистасы
- C) сыртқы генитальды эндометриоз
- D) сол жақ аналық без кистасы
- E) жатыр мен қынаптың қосарлануы, бір қынаптың жартылай атрезиясымен

29. 16 жастағы қызда келесі клиникалық белгілер пайда болды: біріншілік аменорея, жыныстық түктенудің болмауы, қысқа тұйық қынап, жатырдың болмауы. Ең мүмкін диагноз?

- А) шынайы гермафродитизм
- В) тестикулярлы феминизация синдромы
- С) толық емес маскулинизация синдромы
- Д) Рокитанский-Кюснер-Майер синдромы
- Е) Свайер синдромы

30. 15 жастағы қыз бала дәрігерге 6 ай бойы етеккірінің жоқтығына шағым айтып келді. Жалпы қарау кезінде гиперандрогения белгілері анықталды: бетінде, кеудесінде, арқасының жоғарғы бөлігінде акне вульгарис; жеңіл гирсутизм белгілері. Бойы мен салмағы жасына сәйкес. Диагноз қою үшін қажетті тексеріс көлемі?

- А) кіші жамбас мүшелерін УДЗ + тестостеронды тексеру
- В) кіші жамбас мүшелерін УДЗ + АКТГ
- С) кіші жамбас мүшелері мен бүйрекүсті безін УДЗ и надпочечников + пролактин, тестостерон
- Д) бастың КТ, кіші жамбас мүшелері мен бүйрекүсті безін УДЗ, ЛГ, ФСГ, тестостерон
- Е) кіші жамбас мүшелері мен бүйрекүсті безін УДЗ + пролактин, тестостерон+ ЛГ, ФСГ, ТТ

Тест сұрақтарының жауаптары

1-с	21 - с
2-с	22 - е
3-d	23- с
4-с	24 - с
5-d	25 - е
6-е	26 - в
7-d	27 - d
8-a	28 - е
9-с	29 - d
10-a	30 - е
11-a	
12-b	
13-e	
14-b	
15-в	
16-с	
17-в	
18d	
19-с	
20-a	

