



## IV Тарау. Қыз балалардағы аменорея

Пубертатты кезеңдегі менструальді циклдың бұзылуы әрбір үшінші қызда кездеседі. Қосымша диагностикалық қиындықтар 40% ға жуық қыздардың ретті етеккір циклының 6-24 айда қалыптасуына байланысты.

### Терминдер

**Гипоменорея** - етеккірдің аз бөлінуі.

**Гиперменорея** - етеккірдің көп бөлінуі.

**Олигоменорея** - етеккірдің ұзақтығының 3 күннен аспауы.

**Полименорея** - етеккірдің ұзақтығы 7 күннен асады.

**Опсоменорея** - сирек, етеккір циклының 35 күннен аз болуы.

**Пройоменорея** - етеккір циклының 24 күннен жиі келуі.

**Меноррагия** - (гиперменореяның синонимі) циклдың сақталуы.

**Менометроррагия** - жыныс жолдарының органикалық бұзылыстарына байланысты көп мөлшерде қанның кетуі.

**Аменорея** - етеккірдің болмауы.

**Біріншілік аменорея** - 15-16 жасқа толған қыз балалардағы етеккірдің мүлдем келмеуі.

**Екіншілік аменорея** - етеккірдің бір рет келіп одан соң келмеген әйелдерде кездеседі (ересек әйелдерде 3 ай, қыздарда 6 ай үзілістің болуы).

*Альгоменорея* - етеккірдің ауырсынумен келуі. МКБ Х бақылауы бойынша N91- кодымен етеккірдің сирек, аз не мүлдем болмауы, N92 - етеккірдің мол, жиі және ретсіз келуі, N93- басқа да қынап (дисменорея) және жатырдан аномальды қанның кетуі.

**Этиологиясы.** Менструалды функция - жалпы организм жағдайының жақсы маркері болып табылады. Менструальды циклдың бұзылуы жиі жағдайда жыныс жүйесінің нейроэндокринді звеносының бұзылғанынан хабар береді. Аменорея - гипоменореялық синдромның пайда болуына алып келеді, сондықтан ол регуляциялық механизмнің терең бұзылыстары ретінде бағалануы тиіс.

Жасөспірімдердегі аменореяның жиі кездесуі дәрігерлердің бұл континентке мұқият назар аудармай, жасөспірімдік кезеңде қыздардағы гипоменструалды синдром мен альгодисменореяның кездесуін калыпты деп қарауына байланысты. Менструалды циклдың өз бетінше реттелуіне немқұрайлы қарауға болмайды. Бірінші рет дәрігерге қаралған кезден бастап патологияны анықтап, оның себептері мен алдын алу шараларына жүгіну қажет.

Менструалды циклдың бұзылуы арқылы аменореяға алып келетін факторлардың жиынтығы:

- соматикалық патология (бауыр, бүйрек, эндокринді бездердің аурулары);
- отбасылық және перинатальдық анамнездің сәтсіз болуы;
- эндогенді интоксикация (туберкулез, басқа инфекциялар);
- бас жаракаттары (жаракат алғаннан соң алғашқы 6 айда менструальды циклдың бұзылуы болады);
- дене массасының 6%тей жеткіліксіз болуы анорексия;
- гиповитаминоз (әсіресе E, A, B<sub>6</sub> витаминдерінің жетіспеушілігі), алиментарлы ақаулар;

- стресс, отбасыда немесе мектепшілік араздасулар, «үздік ауруы»;
- ятрогенді әсерлер (гормонды терапия, транквилизаторлар, антигипертензивті препараттар);
- маусымдық (қыс, күз), тұрғылықты мекенді ауыстыру (сағаттық белдеудің ауысуы, географиялық ендік өзгерісі және т.б.)
- биологиялық жасқа төлқұжаттық жастың сәйкессіздігі.

Соңғы жағдай түсіндіруді талап етеді. Алғашқы етеккірі (menarche) қасағаның түктенуінен кейін 3 жыл ішінде келеді. Сонымен қатар, «критикалық дене салмағы» түсінігі бойынша, 43-45 кг дене салмағы мен 155 см бойдың ұзындығына сәйкес етеккірдің келуі бұл заңдылықтарға сай болып келеді. Дене салмағы 47 кг болып, 163 см бой ұзындығында етеккір циклы белгілі бір тұрақтылыққа ие болады. Етеккір функциясында құрылатын уақыттық шегі 6 ай мен 2 жылға дейін ауытқиды. Бірақ, етеккірдің тұрақтануы кеш болған сайын, дәрігерлік шараның маңызы артады.

Етеккірдің қайта қалыптасуы үшін 2-4 циклдық витаминотерапия жүргізу, режимді қалыпқа келтіру, дұрыс тамақтану режимін орнату және стресстік жағдайларды жою жеткілікті.

Екіншілік жыныстық белгілері айқын емес немесе белгісі жоқ қыздарда аменореяны анықтауға қарағанда, екіншілік жыныстық белгілері айқын қыздарда біріншілік аменореяны анықтау жеңілірек болады. Себебі, жыныстық белгілері айқын емес немесе мүлдем жоқ қыздардағы аменорея, жыныс жолындағы түрлі патологиялық процесстердің болуын көрсетеді. Жиі тұқым қуалайтын генездік аурулар: Шерешевский-Тернер синдромы, Суайра синдромы және тағы да басқа гонадалар дисгенезиясы мен аналық без дисгенезиясы; тестикулярлы феминизация синдромы, Рокитанский-Майер синдромы (жатырдың болмауы), андрогениталды синдромдар және т.б.

Аменореяны диагностикалау мен емдеуде қиындықтарға алып келетін синдромдар: түрік ершігінің бостығы, аналық без рефрактерлігі, эндометрий рефрактерлігі, пауперлі аналық без. Жоғарыда көрсетілген барлық жағдайларда диагностикалық, терапевтикалық және гинекологтардың, эндокринологтардың, генетиктердің, невропатологтардың, морфологтардың және т.б. дәрігерлердің араласуымен жүргізілетін шаралары бар арнайы стационарларға госпитализациялау керек.

**Науқастарды тексеру.** Менструалды цикл бұзылысымен келген қыздарды жалпы қарау кезінде, екіншілік жыныстық жетілуге, жыныс мүшелерінің өлшеміне, гетеросексуалды мінез құлқына мән береді. Бастапқыда дефеминация байқалуы мүмкін яғни қыздық қасиеттері жоғалуы мүмкін. Оларға: сүт бездерінің кішіреюі, жатырдың өспей қалуы, сыртқы жыныс мүшелерінің гипоплазиясы, етеккірдің келмеуі, содан кейін – маскулинизация байқалады. Оларға: гирсутизм, гипертрихоз, бұлшықеттердің өсуі, дауыс тембрінің төмен болуы т.б. жатады.

Бұндай өзгерістер Штейн-Левенталь (овариальды гиперандрогения), диэнцефальды синдромда (орталық гиперандрогения), аналық безінің ісіктерінде (аденобластома, текома), шынайы гермофродитизмде, ятрогенді гиперандрогения және т.б. байқалуы мүмкін.

Дәрігерлер әсіресе ұзын бойлы жасөспірімдерге (бойы 175 см асатын) мән береді, себебі оларға жыныстық жетілу қалыптыдан ауытқыған болады.

Бойы ұзын болуы Марфан синдромында, гомоцистинурияда, церебральды гигантизмде, тиреотоксикозда, гипофизарлы гигантизмде, генерализденген липодистрофия әсерінен болуы мүмкін. Көбінесе бұл кезде психологтың кеңесі қажет себебі қыздар өз бойларынан қийналады.

Тағыда маңызды мәлімет беретін: қандағы гормонның мөлшері (ФСГ, ЛГ, ПЛ, АКТГ, тестостерон, эстрадиол, прогестерон), экскреция -17-КС, 17-ОКС, суммарлы эстрогендер, прегнандиол.

Біріншілік аменореядағы этиологиялық факторлар, екіншілік аменореяның себебі болуы мүмкін. Ең көп себебі бұл жыныстық мүшелердің органикалық зақымдалуы болып табылады.

№4 Кестеде келтірілген кейбір жағдайлар ашықтауды қажет етеді.

**№4 Кесте Қыздардағы екіншілік аменорея кезінде дәрігерлерге арналған нұсқаулар**

Екіншілік аменореяның этиопатогенетикалық нұсқалары	Дәрігерлік тактика
Жүктілік	Егер жүктілікті қалдыру болжамы болса, тұрғылықты жеріне байланысты әйелдер консультациясына жолдама беру. Ата-анасын немесе қамқоршысын диагноздан хабарлар ету.
Ашығумен, психологиялық травмамен, психотропты фармакологиялық заттармен, жалған жүктілік жағдайымен шақырылған қарапайым гипоталамустық форма.	Жасөспірімдерге арналған гинекологқа, гинеколог-эндокринологқа, психиатрға, невропатологқа жолдама беру. Дәрілік терапияны қайталап көріп, стресстік жағдайларды шектеу қажет.
Ми және гипофиздің жарақаты немесе ісігі: гипофиз аяқтарының жыртылуы, гипофиздің аденомасы, парциальды гипофиз некрозы (Шихан синдромы), бос түрік ершігі синдромы.	Гинеколог науқастарды невропатолог, нейрохирург, окулист, эндокринолог, онкологпен бірге қарайды.
Пролактинмен емес, гипоталамустағы катехоламиндер мен	Жасалған медикаментозды терапияны

<p>нейротрансмитерлердің метаболизмінің бұзылысымен, фенотиазиндерді тағайындаумен, темекі шегумен, спорттың әсерінен, ұйқының бұзылуларының әсерінен болған гиперпролактинемия.</p>	<p>қайталап қарау қажет (гипертензивті заттар, фенотиазиндер, наркотиктер); зиянды әдеттерді, алкогольді қолдану шектеу, физикалық күштемені, мысалы үлкен спортпен айналысуды төмендету.</p>
<p>Эндокринологиялық түрлері: адреналдық, тиреоидтық, полигландулярлық синдром, Иценко-Кушинг синдромы және ауруы, т.б.</p>	<p>Эндокринологта емделу; гинекологтың қосымша бақылауында болу керек.</p>
<p>Овариальді түрлері: аналық без ісігі, резистентті аналық бездер, склерокистоз, гиперттикоз, посткастрациялық синдром.</p>	<p>Гинеколог, гинеколог-эндокринологтың жолдамасымен гинекологиялық стационарға уақтылы госпитализациялап, оперативті немесе консервативті ем қабылдау; иммунологиялық бақылау;</p>
<p>Жатырлық түрлері: жатыршілік бітісулер, жатырдың жедел жетіспеушілігі немесе жоқтығы, цервикальды каналдың окклюзиясы.</p>	<p>Осындай науқастарды тексеруде және емдеуде тәжірибесі бар арнайы мамандандырылған стационарға госпитализация жасау;</p>
<p>Бауыр мен бүйректің созылмалы жетіспеушілігі.</p>	<p>Арнайы мамандардың бақылауында болу және емделу; гинекологтың бақылауында болу керек.</p>

**Психогенді (жүйкелі) анорексия** – тамақты қабылдаудан саналы түрде бас тартудан жүдеуге алып келетін, соңы кахексияға (алиментарлық дистрофия) әкелетін синдром.

1982 жылы Мәскеу қаласында жүргізілген тексеруде бұл сырқаттың кездесу жиілігі 200 жасөспірімге шаққанда 1 адамда кездескен, әсіресе қыз балаларда кездесу жиілігі ұл балаларға карағанда 10 есе жоғары. Синдром науқастарда невроз, психопатиялық ауытқулар және де шизофрения жағдайларында кездессе, ал психикалық дені сау адамдарда бұл синдромға әкелуге –артық салмақтан арылу мақсатында сәнді диета ұстау себеп болады.

М.В. Коркин және басқада авторлардың жіктелімі бойынша психогенді анорексияның 4 түрлі дәрежесін бөлген:

**1-дәреже:** *Анорексия алды* - науқастарда артық салмақтан арылу жайлы ой туындайды, ал ол өз кезегінде артық салмақты түзетумен (коррекция) жалғасады. Анорексияның бұл дәрежесі 1-2 жыл уақытқа созылуы мүмкін.

**2-дәреже:** *Анорексиялық* - «артық салмақтан арыламын» деген белсенді түрде мақсат қойылады. Науқастар тағамдардан бас тартады, әр түрлі физикалық жүктемелермен өздерін алып қашады, сонымен қатар тағамнан кейін құсуға әкелетін әлсіздендіруші препараттарды қолданады.

**3-дәреже:** *Кахексиялық* - эндокринді және соматикалық қауіпті ауытқуларды тудыруға себеп болатын денедегі көлемді салмақты жоғалтқан түрі. Науқастарда караған кезде полигиповитаминоз, терінің және кілегейлі қабықтың құрғақтығы, миокардтың ауыр дистрофиясы, анемия, гипотермия, атониялық іш қатуды байқаймыз.

**4 -дәреже:** негізгі өмірге қабілетті функциялардың қалыптасуы. Жүйкелік анорексияның алғашқы ерте белгілеріне - соматикалық бұзылыстар әлі айқындалмастан бұрынғы, дене салмағының 10-15% жоғалтқандағы *-екіншілік аменореяны* жатқызуға болады; егер дене салмағы қалыптыға сәйкес

калыптасса, аменорея бастапқы күйіне келеді. Клиникалық және лабораториялық тексерістер кезінде, жүйкелік анорексияға шалдыққан науқастарды госпитализацияға алу мына жағдайларда ескеріледі:

- тамақтану тәртібінің бұзылуы, жедел түрдегі дене массасының жеткіліксіздігі - 25% жоғары;
- гидратация, электролиттердің дисбалансы ( гипокалемия, гипофосфатемия );
- электрокардиографиялық өзгерістер: синустық брадикардия, Q-T тісшелерінің арасындағы интервалдың ұзақтығы, аритмия, вольтаждың төмендеуі, T-тісшесінің теріс мәнді болуы;
- физиологиялық көрсеткіштердің төмендеуі: гипотензия, гипотермия, брадикардия, ортостатикалық қысымның болуы;
- боймен ой-өрістің тоқтауы, екіншілік жыныс белгілерінің жоғалуы;
- ерікті түрде құсу, дәмдік әдеттерінің бұзылуы, депрессия, булемия;
- депрессия, суицидті ойлар, ауыр психоз;
- гастритке, неоплазмаға, дискинезияға күдіктік.

Етеккір циклының функциясы қалпына келуі үшін 75% жағдайда, жоғалған салмақты қайта қалпына келтіру жеткілікті. Сонымен қатар 20% жағдайда етеккір кезінде орынбасушы гормонотерапияға 4-5 циклдық емдік шараларын жүргізу қажет. Басқа сирек жағдайларда гонадотропты немесе рилизинг-гормонды терапия қажет.

**Гиперпролактинемия** етеккір функциясы бұзылған әр бір 5-ші әйелде кездеседі. Бұл көрсеткіштің маңыздылығы Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) назарына түсті. Ол әр-бір етеккір функциясы бұзылған әйелдерде, скринингті тексеру, қан құрамындағы пролактинді анықтау арқылы жүргізуге мүмкіндік береді. (құрылым 8.1)



**Құрылым 1. Аменореяның диагностикалық алгоритмі**

Пролактиннің жоғарылауы әрқашанда нейроэндокринді аурулардың көрсеткіші емес; ол жүктілік кезінде, босану кезінде, лактация кезінде, стесстік және физикалық күштемеден кейін, темекі шегетін әйелдерде, көп ұйқысыздықта болуы мүмкін. Сонымен 2-3% әйелдерде пролактинемия себепсіз, яғни транзиторлы (егерде, қанды кешке немесе таңертенгісін тексерсе, транзиторлы жағдай жоғары болатын еді).

Егер екі немесе үш тексерісте де пролактин өте жоғары болатын болса, онда міндетті түрде патологиялық аурулардың көрсеткіші болып табылады:

- гипофиздің алдыңғы бөлігінің функционалды белсенділігі;
- пролактинома;
- гипофиз травмасы;
- гипоталамус және гипофиз қабынуында;
- қалқанша безінің гиперфункциясы;
- Иценко-Кушинг ауруы;
- созылмалы бауыр және бүйрек аурулары;
- кейбір дәрілерді қолданғанда (фенотиазинді, барбитуратты, гипотензивті т.б. заттарды)

Ең маңызды мәселе - «ісіктік» және «функционалды» гиперпролактинемияны ажырату. Менструалды циклдың функционалды түрінде пролактин деңгейі 2500-3000 мЕ/л ден көтерілмейді, ал бастың компьютерлік томографиясында гипофизде ісік байқалмайды. Түрік ершігінің, көз түбінің өзгерісі болады, ал КТ да бастың өзгерісі, сонымен бірге пролактин жоғарылауы байқалады және кері функционалды тексеру кезінде ұзақ уақытқа созылатын аменорея байқалады.

Тексеру көбінесе парлодел препараты арқылы жүргізіледі. Аурудың функционалды генезі кезінде пролактиннің мөлшері төмендейді. Пролактиномалар немесе гипофиздің аденомасы кезінде бұл гормонның продукциясымен ешқандай байланыс жасалмайды. Егер аурудың органикалық емес себебі медикаментозды ем арқылы парлодел, норплакпен жойылатын

болса, онда оған қоса пролактиноманы сәулелік және хирургиялық әдіс арқылы емдеуге болады.

Дофаминнің агонистерімен қазіргі күнде тек микропролактиномаларды ғана емес, макропролактиномаларды емдеуге болады. Бромокриптин- (парлодел – «Сандоз», серокриптин – «Серано») қарақұйенің жартылай синтетикалық алкалоиды. Бұл препарат гипофиз және гипоталамустың дофаминдік рецепторларын стимулдейтін және гипофиздегі пролактиннің секрециясының төмендеуіне алып келеді. Пролактиннің төмендеуінің әсерінен ФСГ және ЛГ гонадотропиндердің бөлінуі реттеледі. Қазіргі күнде дофаминнің жаңа агонисті квинаголит пайда болды. Бұл дәрі промокриптиннен 35 есе белсенді және аз жағдайда бас ауруы, құсу, селқостық, гипотензияға алып келуі мүмкін. Пролактин мөлшерінің реттелуі 2-24 аптадан кейін басталады, ал емі жылдарға созылады