

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIK SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNVERSITETI.**

Qo‘lyozma huquqlariga oid:

UDK:616.432.891-02-053

XAMIDOVA DURDONA AZAMAT QIZI

**GIPOOTALAMUS SINDROMI BO‘LGAN BALOG‘AT YOSHIDAGI
O‘SMIR QIZLARDA REPRODUKTIV TIZIM KASALLIKLARINING
XUSUSIYATLARI.**

Mutaxassisligi: 5A510102 “Endokrinologiya”

MAGISTRLIK DISSERTATSIYASI

Endokrinologiya bo‘yicha magistrlik darajasi uchun

Ilmiy rahbar: PhD Negmatova Gulzoda Shuxratovna

Samarqand – 2023

MUNDARIJA:

KIRISH.....	5
1-bob. Gipotalamik sindromli bemorlarda reproduktiv tizim faoliyatining yosh xususiyatlari jinsiy yetuklik (adabiyot sharhi).....	9
1.1. Gipotalamus sindromining etiopatogenezi va uning klinik ko'rinishi, xavf omillari.....	10
1.2. GS bilan og'riqan bemorlarda reproduktiv tizim patologiyasining xususiyatlari, GS bilan og'riqan qizlarda reproduktiv kasalliklarning shakllari.....	16
1.3. Balog'at yoshidagi endometriy patologiyasining xususiyatlari...	20
1.4. GS bilan og'riqan qizlarda klinik va metabolik kasalliklar diagnostikasi.....	22
1.5. Gipotalamusdagi metabolik kasalliklar va hayz ko'rish buzilishining dori vositalari bilan davolashning zamonaviy jihatlari.....	24
2-bob. Keng qamrovli tekshiruvning asosi, dasturi, metodologiyasi va tashkil etilishi.....	28
2.1. Umumiy tadqiqot usullari.....	29
2.2. Laboratoriya usullari.....	30
2.3. Instrumental tekshirish.....	31
2.4. Mutaxassislar tomonidan tekshiruvlar.....	33
2.5. Statistik tadqiqot usullari.....	34
3-bob. Tekshiruv guruhleri bemorlarining klinik xususiyatlari.....	36
3.1. So'rov guruhlerini kiritish va shakllantirish mezonlari.....	36
3.2. Shikoyatlar va anamnestic xususiyatlar.....	38
3.3. GS bilan og'riqan bemorlarda balog'at yoshining xususiyatlari.....	43
3.4. Gipotalamik sindromi bilan og'riqan bemorlarning ob'ektiv holatining xususiyatlari.....	47
4-bob. Laboratoriya va instrumental tadqiqotlar natijalari.....	51
4.1. Laboratoriya tekshiruvi ma'lumotlari.....	51
4.2. Rentgen tekshiruvi.....	51

4.3. Gormonal tekshiruv.....	52
4.4. Ultratovush tekshiruvi natijalari.....	54
5-bob. Gipotalamus sindromi bo`lgan bemorlarni uch bosqichli davolash tahlili.....	57
5.1. Gipermenstural sindrom uchun terapiya.....	57
5.2. Gipermenstural sindromning turiga ko'ra hayz davrining buzilishini davolash.....	67
XULOSALAR.....	71
Amaliy tavsiyalar.....	72
ADABIYOTLAR.....	73

QISQARTMALAR

BYGS – balog`atga yetishishning gipotalamik sindromi

GS – gipotalamik sindrom

TMI – tana massa indeksi

BYBQK - balog`at yoshidagi bachadondan qon ketishi

KOK – kombinatsiyalangan og`iz kontraseptivlari

HDB – hayz davrining buzilishi

TPS – tuxumdonlar polikistozi sindromi

TAUT – tos a`zolarining ultratovush tekshirishi

FTD – fizioterapevtik davo

LG - lutein

FSG – follikula stimullovchi gormon

Prol - prolaktin

PrG – progesterone

VTD – vegeto tomir distoniyasi

GRL – gonodotrop rilizing gormon

AKTG – adrenokortikotrop gormon

QB – qalqonsimon bez

DTB – diffuz toksik buqoq

TTG – tireotrop gormon

T3 – triyodtironin

T4 - tiroksin

KIRISH

Balog'at davridagi gipotalamus-gipofiz tuzilmalarining disfunktsiyasi natijasi balog'atga yetishishning gipotalamus sindromi (BYGS) hisoblanadi. BYGS patologiyasi reproduktiv tizimni shakllantirish davrida o'smirlarning 13,13% da uchraydi. So'nggi 20 yil ichida BYGS bilan kasallanish ikki baravardan ko'proq oshdi.

Ko'pgina mualliflarning ishi BYGS ning klinik ko'rinishini o'rganishga bag'ishlangan. Biroq, ular so'nggi yillarda BYGS klinik kursida o'zgarishlar yuz berganligini, kasallikning og'ir shakllari kamroq tarqalganligini, asosiy belgilari generativ ekanligini ta'kidladilar. Shunga qaramay, so'nggi yillardagi adabiyotlarda BYGS bilan o'smirlarning reproduktiv tizimini har tomonlama o'rganish bo'yicha ma'lumotlar yo'q.

Reproduktiv faoliyat bureproduktiv tizimning ajralmas qismidir. So'nggi 5 yil ichida qizlarning reproduktiv salomatligi sezilarli darajada mustahkamlanganiga qaramay, reproduktiv tizim kasalliklarining ko'payishi tendentsiyasi saqlanib qolmoqda. Profilaktik tekshiruvlarga ko'ra, o'smirlar populyatsiyasida ginekologik patologiyaning chastotasi o'rtacha 1,5 martaga ko'paygan (Uvarova E.V., Kulakov V.I., 2005). Ginekologik kasalliklar tarkibida hayz davrining buzilishi 7 dan 17% gacha bo'lgan 2-o'rinni egallaydi. Menstural tartibsizliklarning eng keng tarqalgan sababi surunkali somatik patologiya bilan og'irlashgan gipotalamus disfunktsiyasidir. Ushbu disfunktsiyaning ekstremal ifodasi balog'at yoshidagi 12-18 yoshdagi barcha qizlar orasida gipotalamik sindromdir.

Jinsiy balog'atga yetishish davridagi gipotalamus sindromi gipotalamus va markaziy asab tizimining bog'langan tuzilmalarining disfunktsiyasi natijasida yuzaga keladigan patologik simptomlar majmuasiga aytiladi (Kokolina VF, 1998). Bola rivojlanishining ko'rib chiqilayotgan davrida endokrin patologiyada gipotalamus sindromining ulushi 61,5% ni tashkil qiladi (Kuznetsova I.V., Strijakov A.N., 1996). O'smirlarda GS 1000 kishiga 84,2 holatda tashxis qilinadi (qizlarda o'g'il bolalarga qaraganda ancha tez-tez -

1000 kishiga 131,1) (Kulakov V.I., Prilepskaya V.N., Radzinskiy E.V., 2006). Atrof-muhitning ko'p komponentli ifloslanishi bo'lgan sanoat shaharlarida GS kasalligining ko'payishi ayniqsa dolzarbdir (Medvedeva Yu.G., 2008). Faqat 21% hollarda GS klinik tiklanish bilan tugaydi (Tereshchenko IV, 1992). Ko'pgina hollarda, davolanishsiz GS neyroendokrin sindromga aylanadi. Neyro-endokrin kasalliklar surunkali anovulyatsiya rivojlanishiga olib keladi, bu kasallik bilan kasallangan ayollarning 25-72 foizida bepushtlikning sababi hisoblanadi (Serov V.N., 1995; Suturina L.V., 2001). Ortiqcha tana vazni va metabolik kasalliklar fonida surunkali anovulyatsiya giperplastik jarayonlar va endometrium saratoni rivojlanishiga yordam beradi (Bernstein L.M., 2000; Bongain A., 1998; Troisi R., 1997).

Hozirgi vaqtda ko'plab yangi tadqiqot usullari paydo bo'lmoqda, ilgari qo'llanilgan usullar takomillashtirilmoqda, tibbiy asbob-uskunalar sifati yaxshilanmoqda. Bu yangi imkoniyatlarni ochib beradi BYGS bilan kasallangan bemorlarning tekshiruvida. Mavjud usullarning ahamiyatini tahlil qilish va BYGS bilan kasallangan bemorlarni tekshirish algoritmini ishlab chiqish zarurati mavjud.

BYGS bo'lgan o'smirlarda reproduktiv tizimning xususiyatlarini o'rganish sindromning oldini olish va patogenetik davolashning yangi usullarini ishlab chiqish, shuningdek, yanada samarali tashxis qo'yish imkonini beradi. Shundan kelib chiqib, biz ushbu tadqiqotning maqsadi va asosiy vazifalarini belgilab oldik.

Ishning maqsadi:

Klinik xususiyatlarni aniqlash, BYGS diagnostikasi va davolash usullarini optimallashtirish.

Tadqiqot vazifalari:

1. BYGSda reproduktiv tizimning ishlash xususiyatlarini aniqlash.
2. BYGS diagnostikasi va davolashda qo'shimcha tadqiqot usullarining ahamiyatini ko'rsating.
3. BYGS uchun patogenetik asosli terapiyani ishlab chiqish.

Tadqiqot materiallari va usullari:

Qo'yilgan vazifalarni hal qilish uchun so'rovnoma asosida gipotalamus-gipofiz disfunktsiyasi bo'lgan 30 nafar kasal o'smir qizlar, gipofiz-gipotalamus patologiyasi bo'lmagan 30 nafar nazorat guruhi o'smir qizlar ko'zdan kechirildi.

Ilmiy yangiligi:

Birinchi marta reproduktiv tizimning funktsional holatini, neyrofunktsional holatini jismoniy va jinsiy rivojlanishini kompleks baholash amalga oshiriladi, BYGS diagnostikasida qo'shimcha tadqiqot usullari (MRT va KT) o'rni o'rganiladi.

Ish BYGS bilan kasallangan bemorlarni tekshirish algoritmini, shu jumladan umumiy klinik usullarni ishlab chiqadi. ekografik va gormonal tekshirish, neyrofiziologik, rentgenologik va tomografik tekshirish usullari.

Amaliy ahamiyati:

Bugungi kunda tashxis qo'yilmagan gipofiz-gipotalamus disfunktsiyasi Itsengo Kushing kasalligi, prolaktinoma, diabet insipidus va bepushtlik kabi jiddiy kasalliklarning rivojlanishiga olib keladi.

BYGS tashxisini optimallashtirish uchun bemorlarni tekshirish algoritmi ishlab chiqiladi. BYGS diagnostikasida qo'shimcha tadqiqot usullarining ahamiyatini ko'rsatdi.

Tadqiqot obyekti:

Ish bir necha bosqichda olib borildi. RIEIATM Samarqand filialida guruhlarga ajratildi (RIEIATM SF Bosh shifokori Negmatova G.SH.). Birinchi bosqichda GS bilan kasallangan 30 nafar (50%) o'smir qizlar. Ikkinchi bosqichda GSmi bo'lmagan 30 nafar (50%) o'smir qizlarni endokrinologik tekshirish o'tkazildi.

Tadqiqotning predmeti:

RIEIATM SF ambulatory ko'rilgan bemorlar tashxisini oqlash uchun diqqat bilan tekshirildi (klinik, laborator, instrumental).

Ishning aprobatsiyasi:

Taqdimot RIEIATM SFda, 3-son ichki kasalliklar va endokrinologiya kafedrasida va tibbiyot fakultetining terapiya bo`limida o`tkazildi.

Qilingan ishlar:

Dissertatsiya materiallari asosida 3ta ilmiy maqola, shu jumladan 3ta jurnal maqola chop etildi.

Ish natijalarini amalga oshirish:

O`tkazilgan tadqiqot natijalari RIEIATM SF dispenser va statsionar bo`limi xodimlarining amaliy faoliyatida amalga oshirildi. Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi: Dissertatsiya <<K irish>>, <<Besh bob>>, <<Xulosalar>>, <<Amaliy tavsiyalar>>, <<Adabiyotlar ro`yxati>> dan iborat. Bibliografik ko`rsatkichda 176ta adabiyot manbalaridan foydalanildi. Dissertatsiya 11ta jadval , 1ta rasm va 3ta diagrammadan iborat.

Dissertatsiya ishi bajarilgan:

3-son Endokrinologiya va ichki kasalliklar kafedrası (Samarqand Davlat Tibbiyot Universitetining tibbiyot fanlari nomzodi Karimova N.A.) bemorlarni qabul qilish va ularni kuzatish RIEIATM Samarqand filialida (RIEIATM SF bosh shifokori Negmatova G.Sh.).

1-bob. Gipotalamik sindromli bemorlarda reproduktiv tizim faoliyatining yosh xususiyatlarini jinsiyetuklik (adabiyot sharhi)

Balog'at yoshidagi gipotalamus sindromini (BYGS) o'rganishning dolzarbligi hozirgi vaqtda ushbu patologiyani bolalar populyatsiyasida yuqori tarqalishi bilan bog'liq (Suturina L V, Kolesnikova L I, 2002) Turli mualliflarning fikriga ko'ra, 7-15 yoshli bolalarda gipotalamus etishmovchiligi yuzaga keladi. 25% hollarda , va uning 75% prepubertal va pubertal davrlarga to'g'ri keladi (Kokolina V F 2016) Ushbu patologiyani ijtimoiy ahamiyati bemorlarning yoshligi, kasallikning tez progressiv tabiati, ko'plab klinik belgilari va boshqalar bilan belgilanadi. og'ir metabolik kasalliklar, gipotalamus semirishining rivojlanishi, uglevod almashinuvi buzilishining paydo bo'lishi, ikkilamchi polikistik tuxumdonlar, endokrin bepushtlik (Suturina L V, 2002, Artymuk N V, 2003)

Aniqlanishicha, balog'at yoshidagi gipotalamus sindromi (GS) bo'lgan qizlar sog'lom o'smirlarga nisbatan erta jismoniy va jinsiy rivojlanish bilan ajralib turadi, bu tana uzunligi va vaznining oshishi bilan namoyon bo'ladi (Kayusheva I V, 2015). Turli yosh davrlarida GS bilan og'rigan qizlarning tana tuzilishi ko'rsatkichlarini (TTK) (yog ', suyak va mushak massasi tarkibi) o'rganishga bag'ishlangan ishlar.

I.V.Tereshchenko (1993, 1996), O.V.Artyukova (2017) va boshqa mualliflarning asarlarida BYGSdagi gormonal buzilishlar tasvirlangan. bu patologiya.

Semizlikdan keyin BYGS ning ikkinchi eng keng tarqalgan belgisi arterial gipertenziya (AH) va trofik kasalliklar (Djervetskaya I A, 2017, Solovieva A D, 2014) Barcha neyroendokrin sindromlarning o'ziga xos xususiyati ularning klinik polimorfizmi va vegetativ kasalliklar bilan yaqin aloqasi (Wayne A M, 2013 yil) Shuning uchun BYGS ning murakkab kursi tufayli gipertenziya rivojlanish xavfi o'smirlik davrida muhim bo'lib qolmoqda (Dolgix VV, Kolesnikova LI, 2019, Leontyeva IV, 2000) Shu munosabat bilan, GS bilan

og'riqan o'smirlarda neyrokirkulyatsiya buzilishlarini o'rganish. pubertal davrda juda dolzarb bo'lib qolmoqda

Lipid peroksidatsiyasi (LPO) va antioksidant himoyasi (AOH) jarayonlaridagi o'zgarishlarning universalligi ko'plab patologik sharoitlarda va adaptiv reaksiyalarda ko'rsatilgan (Meyerson FZ, Pshennikova MG, 2008, LI Kolesnikova 2018, EV Osipova, 2006). BYGS kursining turli xil variantlari bo'lgan qizlarda LPO-AOD jarayonlari va CSTdagi o'zgarishlar o'rtasidagi munosabat

1.1 Gipotalamus sindromining etiopatogenezi va uning klinik ko'rinishi, xavf omillari.

Balog'at yoshidagi gipotalamik sindrom - metabolik va trofik buzilishlar, hayz davrining buzilishi, balog'at davrida suyak, yurak-qon tomir va asab tizimlarining shikastlanishi bilan ko'p bezli disfunktsiyada ifodalangan patologik simptomlar majmuasi (Kokolina V.F., 2014).

“Xalqaro Kasalliklar va ular bilan bog'liq sog'liq muammolarining statistik tasnifi, 10-qayta ko'rib chiqish" GS E 23.3 kodi bo'yicha "gipotalamusning disfunktsiyasi, boshqa joylarda tasniflanmagan" va balog'atga yetishishning gipotalamik sindromi E 23 [116] kodi ostida ko'rib chiqiladi.

Shikastlanish, yuqumli yoki qon tomir jarayon natijasida gipotalamus zonasining qo'pol organik shikastlanishi kamdan-kam uchraydi, taxminan 5% hollarda [26,178].

Bemorlarning aksariyati konstitutsiyaviy ravishda aniqlangan neyrotransmitter nuqsoniga ega, bu bir qator ta'sirlar ta'sirida dekompensatsiyalanishi mumkin. GSda ma'lum bir noqulay omillarning ta'siri fon holati yoki kasallikning rivojlanishi uchun "boshlang'ich moment" sifatida ko'rib chiqilishi mumkin, bu gipotalamus tuzilmalarining buzilishini amalga oshirishni ta'minlaydi [26,343].

GS birlamchi yoki ikkilamchi bo'lishi mumkin. Gipotalamusning birlamchi shikastlanishi turli sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin, ularning asosiylari neyrotrop viruslar, stress va ruhiy omillar [172, 173, 178], shuningdek surunkali tonzillit [HO], travmatik miya shikastlanishi va otoimmün kasalliklar [393]. Bundan tashqari, antenatal davrda gipotalamusning shikastlanishi mumkinligi eksperimental va klinik jihatdan isbotlangan [258,469].

Kasallikning genetik uzatilishi haqidagi ma'lumotlar qarama-qarshidir. Gonadotropik lizing gormoni (GnRH) ni kodlovchi gen mavjudligi hozirda isbotlangan [69, 79, 158, 160]. Tana vaznining visseral yog 'depolarida kontsentratsiyasiga olib keladigan o'ziga xos "uchinchi" [43, 284] yoki "adiposus" [69] genotipi mavjudligiga ishoniladi. Ba'zi tadqiqotchilar bir vaqtning o'zida bir nechta genlar GS ning barcha tarkibiy qismlariga (semizlik, metabolik kasalliklar, insulin qarshiligi va boshqalar) ta'sir qilishi mumkinligini ta'kidlaydilar. Masalan, sichqonlarda o'z-o'zidan semirib ketish rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan 5 ta gen aniqlangan [101, 313]. Boshqa mualliflar kasallikning genetik yo'l bilan yuqishi ehtimoli haqida ishonchli dalillar yo'qligiga ishora qiladilar [164]. Isbotlangan O'smirlarda va balog'at yoshida gipotalamus disfunktsiyasi boshlangan ayollarda BYGS ning genetik belgisi 36 dan ortiq tandem yondashuvlari bilan ApoB HVR lokusuning polimorfizmi bo'lishi mumkin [160]. Ayol hayotidagi fiziologik davrlar (balog'at yoshi, jinsiy faoliyatning boshlanishi, homiladorlik, tug'ish, laktatsiya, menopauza) yashirin gipotalamo-gipofiz disfunktsiyasining klinik ko'rinishini keltirib chiqarishi mumkin. Homiladorlik va tug'ish davrida, shu jumladan fiziologik, limbik tizim va birinchi navbatda, gipotalamusning funktsiyasi o'zgaradi, bu ba'zi hollarda GS shakllanishida tetiklantiruvchi omil bo'lishi mumkin. jinsiy faoliyatning boshlanishi, homiladorlik, tug'ish, laktatsiya, menopauza). Homiladorlik va tug'ish davrida, shu jumladan fiziologik, limbik tizim va birinchi navbatda, gipotalamusning funktsiyasi o'zgaradi, bu ba'zi hollarda GS shakllanishida tetiklantiruvchi omil bo'lishi mumkin. jinsiy

faoliyatning boshlanishi, homiladorlik, tug'ish, laktatsiya, menopauza). Homiladorlik va tug'ish davrida, shu jumladan fiziologik, limbik tizim va birinchi navbatda, gipotalamusning funksiyasi o'zgaradi, bu ba'zi hollarda GS shakllanishida tetiklantiruvchi omil bo'lishi mumkin.

Bolalikda, ayniqsa balog'at yoshida qon-miya to'sig'ining nisbiy o'tkazuvchanligi tufayli gipotalamusning funksional holati o'zgaradi va uning zararli moddalarga sezgirliги oshadi (Grashchenkov N.I., 2014; Sheffer D.G., 2011). Etiologik omillar orasida birinchi o'rinni o'tkir va surunkali yuqumli kasalliklar egallaydi: gripp, gepatit, ko'k yo'tal, neyroinfeksiyalar, tonzillit, surunkali dekompensatsiyalangan tonzillit va boshqalar. Ikkinchi o'rin kraniokerebral shikastlanishlarga, shu jumladan tug'ilishga, shuningdek, prenatal va perinatal davrlardagi intoksikatsiyalarga tegishli. Yu.V. Kochergina (2004) ta'kidlaganidek, murakkab homiladorlik va yoshi katta ota-onalardan tug'ilish natijasida tug'ilgan qizlar reproduktiv tizimning rivojlanishini buzish uchun eng katta xavfga ega.

Qizlar o'rtasida BYGSning tarqalishi, qo'llash darajasiga ko'ra, aholining 1000 nafariga 18,6 ni tashkil qiladi va kasbiy ko'riklarda aniqlanish darajasi har 100 tekshirilganda 4,3 dan 13,1 gacha, so'nggi 20 yil ichida 2 baravar oshdi. [4, 160, 163]. Jinsiy balog'at yoshidagi endokrin patologiyalar orasida BYGS ulushi 61,5% ni tashkil qiladi [82]. Qizlar BYGSdan deyarli 2 baravar ko'proq azoblanadi, bu gipotalamusning gender o'ziga xosligi bilan bog'liq: erkak tanasining gipotalamusida gonadotrop funktsiyani tartibga solish uchun faqat tonik markaz mavjud, ayollarda tsiklik markaz ham mavjud. oldingi gipotalamusda lokalizatsiya qilingan. Tuzilishning bu murakkabligi ayol tanasining gipotalamusini salbiy ta'sirlarga nisbatan ko'proq himoyasiz qiladi.

Reproduktiv yoshdagi ayollarda HSning tarqalishi aholining 1000 nafariga 2,6 ni tashkil qiladi va tibbiy ko'riklar ma'lumotlariga ko'ra chastotasi tekshirilgan 100 kishiga 7,1 dan 25,0 gacha. [5, 63, 160]. Postpartum neyroendokrin sindromi, V.N. Serov (1995), anormal tug'ilishdan keyin ayollarning 4-5 foizida rivojlanadi [125]; boshqa mualliflarning fikriga ko'ra,

bu ayollarning 29-30 foizida uchraydi [63].

GS ning klinik ko'rinishida, qoida tariqasida, motivatsion, avtonom, termoregulyatsiya va psixopatologik kasalliklar bilan birlashtirilgan neuroendokrin kasalliklar asosiy rol o'ynaydi [25,372].

Kasallikning xarakterli klinik ko'rinishlari semizlik bo'lib, yog'ning og'irligi va taqsimlanishida farqlanadi [226, 375]; vegto-tomir distoni sindromi (VVD); arterial gipertenziya; terining shikastlanishi (nozik pushti chiziqlar; follikulit; Girsutizm; asp vulgaris; kiyimning ishqalanish joylarida giperpigmentatsiya); hayz va reproduktiv kasalliklar (40, 47, 74, 163, 165, 440). Ruhiy buzilishlar, birinchi navbatda, hissiy-ixtiyoriy sohada sodir bo'ladi. Emotsional labillik, asabiylashish yoki letargiya, apatiya, aql va xotiraning pasayishi, senestopatik gipoksiya rivojlanishi. depressiv va nevrozga o'xshash holatlar, ovqatlanish, ichish, jinsiy istaklarning buzilishi, uyqu va uyg'onish siklidagi o'zgarishlardan iborat asosiy biologik motivatsiyalarning buzilishi [25, 336]. Nevrologik kasalliklar engil yoki yo'q, alomatlar belgilangan sindromlarning birortasiga to'g'ri kelmaydi. Xarakterli ko'rinish bosh og'rig'i bo'lib, u migren yoki kuchlanish bosh og'rig'i sifatida davom etishi mumkin [39]. GS ning mavjudligi surunkali hissiy stress holatini keltirib chiqaradi. Ta'kidlanishicha, ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar hukmronlik va nazorat qilish istagi, boshqalarga nisbatan tanqidiylik, impulsivlik, asabiylashish va tez charchash bilan ajralib turadi. Ular ta'sirchanlik, tashvish, o'z sog'lig'i haqida tashvishlanish bilan ajralib turadi [148]. GS ning mavjudligi surunkali hissiy stress holatini keltirib chiqaradi. Ta'kidlanishicha, ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar hukmronlik va nazorat qilish istagi, boshqalarga nisbatan tanqidiylik, impulsivlik, asabiylashish va tez charchash bilan ajralib turadi. Ular ta'sirchanlik, tashvish, o'z sog'lig'i haqida tashvishlanish bilan ajralib turadi [148]. GS ning mavjudligi surunkali hissiy stress holatini keltirib chiqaradi. Ta'kidlanishicha, ushbu patologiyaga ega bo'lgan ayollar hukmronlik va nazorat qilish istagi, boshqalarga nisbatan tanqidiylik, impulsivlik, asabiylashish va tez charchash bilan ajralib turadi.

Ular ta'sirchanlik, tashvish, o'z sog'lig'i haqida tashvishlanish bilan ajralib turadi [148].

Gipotalamus patologiyasining dastlabki bosqichlarida reoensefalografiya (REG) informatsiondir. Egri chiziqning yuqori qismining yaxlitlanishi, tushayotgan egri chiziq bo'yicha qo'shimcha to'lqinlarning kamayishi venoz chiqishi qiyinligini, miya tomirlarining tonusining oshishi va assimetriyani va miyaning qon bilan ta'minlanishini ko'rsatadi. Kasallikning kechki bosqichlarida REG va EchoEGdagi o'zgarishlar kuchayadi: gidrosefalik, odatda miya qorinchalarining assimetrik kengayishi, uchinchi qorincha asosining kengayishi va qo'shimcha EchoEG pulsatsiyasi qayd etiladi [172].

Gipotalamus tuzilmalari funksiyasining buzilishi, xususan, neurotransmitterlarning (dofamin, P-endorfin) sintezi va degradatsiyasi jarayonlari GS rivojlanishining patogenetik mexanizmlari asosida yotadi (Tarakulov Y.X., Murtazaeva L.A., Jukova L.A., 1992 y.). Etiologik jihatdan ahamiyatli ta'sirga javoban, P-endorfinlarning sintezi va chiqarilishining kuchayishi kuzatiladi, bu dofamin ajralishining pasayishiga olib keladi, natijada gonadotropinni chiqaradigan gormonning sirkoral sekretsiyasi va natijada LH buziladi. va FSH. Natijada, tuxumdonlarda follikulogenez jarayoni buziladi, qoida tariqasida, follikullarning kistoz atreziyasi rivojlanadi (Kokolina V.F., 2018). O'z navbatida, kist-atretik follikullarda estrogenlarning shakllanishi va androgenlarning to'planishini kamaytirish yo'nalishi bo'yicha steroidlarning sintezi buziladi.

Salbiy geribildirim mexanizmi bilan estrogen darajasining pasayishi LH chiqarilishining ko'payishiga va uning bazal qon darajasining oshishiga olib keladi.

Tuxumdonlar funksiyasining buzilishiga ortiqcha yog 'to'qimalari katta ta'sir ko'rsatadi, bunda tuxumdon kelib chiqadigan androgenlarning ko'p miqdori estrogenlarga intensiv ravishda metabollanadi. Yog 'to'qimasini ba'zi mualliflar to'qimalarning gormonal tizimi sifatida ko'rib chiqadilar (Dilman V.M., 2013). Ekstragonadal estrogenlarning ko'payishi oldingi gipofiz bezining

gonadotropin-relizing gormoniga sezuvchanligining buzilishiga olib keladi, bu esa qayta aloqa mexanizmining buzilishini kuchaytiradi va LH ning surunkali o'sishini belgilovchi ikkinchi omil hisoblanadi.

Gipotalamus sindromi va polikistik tuxumdon sindromi patogenezida metabolik kasalliklarning rolini o'rganish bilan bog'liq holda ushbu toifadagi bemorlarda leptin miqdorini o'rganish bo'yicha tadqiqotlar paydo bo'ldi (Orlov V.I., Sagomonova K.Yu., Kuzmin A.V., 2001). ; Gennarelli G., Holte J., 2018; TrayhurnP., Hoggard N., 2019).

Leptin - bu yog 'to'qimalarining adipotsitlari va suyak iligi tomonidan chiqariladigan oqsil tabiatining gormoni. Gormon organizmning ozuqa moddalariga bo'lgan ehtiyojini va energiya iste'molini tartibga solishda muhim rol o'ynaydi, yog 'zaxiralarining kamayishiga yordam beradi (Manuxin I.B., Gevorkyan M.A., 2004).

Qondagi leptin darajasi va tuyadi o'rtasida teskari bog'liqlik deb ataladigan narsa mavjud. U gipotalamus, gipofiz bezi va miya sopidagi leptin retseptorlariga ta'sir qilib, ishtahani bostirishdan iborat bo'lib, bu endogen yog'larning ko'payishiga olib keladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, sarum leptin kontsentratsiyasi visseral yog'ga qaraganda teri osti yog 'to'qimalarida yog' miqdoriga ko'proq bog'liq. Kilo yo'qotish qondagi leptin darajasining pasayishi bilan birga keladi (Baumgartner RN va boshq., 2019). Tuyadi va energiya almashinuviga ta'sir qilishdan tashqari, leptin balog'at yoshining boshlanishi, insulin sekretsiyasi, glyukoza tashilishi va lipoliz kabi jarayonlar darajasini aks ettiruvchi bir nechta endokrin mexanizmlarning vositachisi sifatida tanilgan (Trayhurm P. va boshq., 2019). . Gormon reproduktiv funktsiyani tartibga solishda muhim rol o'ynaydi, ammo tadqiqotchilar buni

Bolalar va o'smirlar o'rtasida semizlik tarqalishining ortib borishi, shuningdek, semizlik fonida uglevod va yog' almashinuvi buzilishlarining ko'pligi metabolik kasalliklar bo'yicha tadqiqotlarni davom ettirish zaruratini keltirib chiqardi. Metabolik sindrom (MS) - qon bosimi va endotelial funktsiyaning buzilishi bilan birga keladigan metabolik kasalliklar majmuasi

(Odud E.A., Borodina O.V., 2003). MSning asosiy patogenetik mexanizmi insulin qarshiligi hisoblanadi; insulinning maqsadli to'qimalarga ta'sirini buzish, birinchi navbatda mushaklar va jigarda insulinga bog'liq bo'lgan glyukozadan foydalanishning pasayishiga olib keladi. O'smirlik davrida ortiqcha tana vaznining rivojlanishi sezilarli metabolik kasalliklar bilan birga keladi, bu esa MS rivojlanishida "tetik aloqa" bo'lishi mumkin.

1.2. GS bilan og'rigan bemorlarda reproduktiv tizim patologiyasining xususiyatlari, GS bilan og'rigan qizlarda reproduktiv kasalliklarning shakllari.

Balog'at yoshida endometriumga salbiy ta'sir ko'rsatadigan reproduktiv tizimning etukligi bir qator tartibga soluvchi xususiyatlarga ta'sir qiladi (Mitan LAP, Slap GB, 2001; Minjarez DA, Bradshaw KD, 2000):

1. progesteronning past darajasi endometriumning etarli darajada sekretor transformatsiyasini shakllantirishga imkon bermaydi;
2. mutlaq va nisbiy giperestrogenizm endometriumning to'liq va o'z vaqtida ko'payishini ta'minlamaydi;
3. yoshga qarab inhibinning ortiqcha bo'lishi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon o'qida salbiy teskari aloqani amalga oshiradi;
4. to'qimalar fermentlarining yoshga bog'liq etukligi endometriumni bachadondan desquamatsiya va evakuatsiya qilish ketma-ketligini buzadi;
5. FSH ning nisbatan past darajasi va u bilan bog'liq bo'lgan past darajadagi faolin follikullarning granuloza qatlamida LH retseptorlari ko'payishini sezmaydi;
6. vaqtinchalik insulin qarshiligi reproduktiv tizim organlarida metabolizm shakllanishiga to'sqinlik qiladi.

Yuqoridagi holatlar, shuningdek, zamonaviy qizlarga xos bo'lgan yashirin giperprolaktinemiya holati ko'pincha hayz davrining shakllanishiga to'sqinlik qiladi (Yu.A. Gurkin, 2006; Freser IS, 1994).

E.M.ning soʻzlariga koʻra. Vikhlyeva (2017), oʻsmirlarda endometriumda giperplastik jarayonlarning paydo boʻlishiga bir qator omillar yordam beradi: irsiy yuk, homila hayotidagi zararli taʼsirlar, balogʻatga yetishish davridagi kasalliklar va hayz koʻrish va keyinchalik reproduktiv funktsiyaning buzilishi. Endometriyal giperplaziya rivojlanishining umumiy eʼtirof etilgan bevosita omili giperestrogenizm (shu jumladan nisbiy), ayniqsa endometriumning retseptorlari funktsiyasining oʻzgarishi fonida. Maʼlumki, bu patologiya koʻpincha balogʻat yoshida kuzatiladi. Endometriumdagi giperplastik jarayonlar koʻpincha polikistik tuxumdonlar bilan, yaʼni gipotalamus tuzilmalarining disfunktsiyasi tufayli yuzaga keladigan va semizlik bilan birga keladigan ushbu patologiyaning ikkilamchi shakli bilan sodir boʻladi. Shu bilan birga, giperestrogenizmning rivojlanishida yogʻ toʻqimalarida estrogenlarning ekstragonadal sintezi muhim rol oʻynaydi. Shuni taʼkidlash kerakki, qondagi estradiol miqdorining mutlaq koʻrsatkichlari va giperplastik endometriumning morfologik koʻrinishi oʻrtasida toʻgʻridan-toʻgʻri bogʻliqlik yoʻq (Kondrikov N.I., 2019).

Endometriyal giperplaziyaning klinik koʻrinishi balogʻat yoshidagi bachadondan qon ketishi bilan tavsiflanadi. Baʼzi bemorlarda giperplastik jarayonlar engil alomatlar bilan yoki asemptomatik tarzda yuzaga keladi.

Gipotalamus-gipofiz-tuxumdon tizimining vazifalaridan biri endometriumni implantatsiyaga tayyorlashdir. Endometriumning taʼmirlanishi (proliferativ faza), differentsiatsiyasi (sekretor fazasi) va desquamatsiyasi (hayz koʻrish) tsiklik tuxumdon steroid sekretsiyasi va mahalliy omillar nazorati ostida. Estradiol va progesteron endometrium hujayralarining tuzilishi va funktsiyasini RNK va ulardagi oqsil sinteziga taʼsir qilib, oʻzgartiradi. Ushbu taʼsirlar tsiklik oʻzgaruvchanlikni koʻrsatadigan yuqori yaqinlikdagi sitozolik va yadro retseptorlari orqali amalga oshiriladi (Yen SSC, 2018).

Endometriumdagi estrogen retseptorlari konsentratsiyasi boshqa maqsadli toʻqimalarga nisbatan ancha yuqori. Sitozolik retseptorlarning haddan tashqari yuqori konsentratsiyasi bilan endometriyal giperplaziya eng katta

chastota bilan qayd etiladi. Bundan farqli o'laroq, steroid gormonlar uchun retseptorlarning past konsentratsiyasi bilan refrakter endometrium sindromi aniqlanadi (patologiya deyarli qaytarilmas). Muntazam hayz davrining fiziologik sharoitida jinsiy sikl davomida estrogen retseptorlari konsentratsiyasining o'zgarishi qayd etilgan. Yadro estradiol retseptorlari konsentratsiyasi tsiklning o'rtasiga qadar ortadi va endometriumning proliferativ fazasining o'rta va kech bosqichlarida cho'qqisiga etadi (Bayard F., Damilano S., 2011; Levy C., Rebel P., Gautray). J 2020).

Ovulyatsiyadan so'ng, ularning konsentratsiyasining tez pasayishi kech sekretiya bosqichiga qadar davom etadi, bu esa retseptorlarning soni yana ko'payadi (I.I. Dedov, E.N. Andreeva, 2013). Ushbu ikkala davr ham juda muhimdir, chunki estrogenlar endometriumda o'sish omillarini ishlab chiqarishni kuchaytirishga qodir: EGF, TGF- α , TGF-P, PDGF, IGF-I, IGF-II. Bu omillar ko'payishini ta'minlaydi. endometriumning funktsional qatlami, uning mitotik faolligi, hujayra farqlanishi. Bundan tashqari, TGF-p va interleukin-a yana bir muhim komponent - endotelin-1 darajasini tartibga soladi. Ikkinchisi, eng kuchli vazokonstriktor bo'lib, Menstural qon ketishini to'xtatishga yordam beradi. Shuningdek, u mitozlarni rag'batlantiradi, tsiklning birinchi kunlarida endometriumning tiklanish, qayta epitelizatsiyasini yaqinlashtiradi. Bundan tashqari, endoteliy-1 vazokonstriksiyani bartaraf etadigan azot oksidi (NO) va prostatsiklin (vazodilatorlar) ishlab chiqarishni rag'batlantiradi. Estrogenlar va qisman progesteron ta'siri ostida endometrium boshqa heterojen modda - prostaglandinlarni ishlab chiqaradi. Prostaglandinlarning eng yuqori darajasi tsiklning kech sekretiya bosqichida sodir bo'ladi. Asosiy rolni prostaglandin F 2-a o'ynaydi. Vazokonstriksiyani, so'ngra endometriumning funktsional qatlamining gipoksiyasini va nekrozini, shuningdek, hayz ko'rish boshlanishi kabi klinik hodisani keltirib chiqaradigan miyometriumning qisqarishini keltirib chiqaradi. Asosiy rolni prostaglandin F 2-a o'ynaydi. Vazokonstriksiyani, so'ngra endometriumning funktsional qatlamining gipoksiyasini va nekrozini, shuningdek, hayz ko'rish boshlanishi

kabi klinik hodisani keltirib chiqaradigan miyometriumning qisqarishini keltirib chiqaradi. Asosiy rolni prostaglandin F_{2-a} o'ynaydi. Vazokonstriksiyani, so'ngra endometriumning funktsional qatlamining gipoksiyasini va nekrozini, shuningdek, hayz ko'rish boshlanishi kabi klinik hodisani keltirib chiqaradigan miyometriumning qisqarishini keltirib chiqaradi.

Progesteron retseptorlari ham ma'lum siklik naqshlarga bo'ysunadi. Erta proliferativ fazada ularning tarkibi estradiol retseptorlariga qaraganda pastroq, ammo keyin progesteron retseptorlari darajasida preovulyatsion ko'tarilish sodir bo'ladi. Ovulyatsiyadan so'ng yadro progesteron retseptorlari darajasi butun tsikl uchun maksimal darajaga etadi. Keyin ularning konsentratsiyasi pasayadi va kech sekretiya fazasi boshlanishi bilan u erta proliferativ fazadagi kabi bo'ladi. Progesteron retseptorlari konsentratsiyasi uning qon aylanishidagi darajasini aks ettirmaydi. Proliferativ bosqichda estradiol tomonidan endometriyal progesteron retseptorlarining bevosita induktsiyasi mavjud; shu bilan birga, sekretor fazada progesteron estradiol retseptorlari hosil bo'lishini inhibe qilishi mumkin.

1937 yildan boshlab, Rok va Bartlett endometriyal biopsiya yordamida tuxumdonlar siklining bosqichini aniqlashni taklif qilganlarida, unda sodir bo'ladigan morfologik o'zgarishlarning tsiklikligi va muntazamligi funktsional diagnostikaning boshqa sinovlari bilan bir qatorda keng tan olingan.

Hayz ko'rish paytida ishlaydigan endometriumning desquamatsiyasidan so'ng, uning yuzasi tezda tiklanishi boshlanadi va 5-kuni endometriumning yirtilgan qismlarining epiteliy yuzasi buzilmaydi. 5 kundan keyin endometriumning barcha elementlarida mitotik faollikning aniq ortishi kuzatiladi. Proliferativ fazada bezlar tipik quvurli tuzilishga ega va asosan tekis yo'nalishga ega. Ushbu bosqichning oxiriga kelib, ular bir oz burilish xususiyatiga ega bo'ladilar. Fiziologik sharoitda endometriyal bezlar bir-biriga parallel ravishda bir-biridan teng masofada joylashgan. Xarakterli jihati shundaki, patologik ko'payish va infeksiya sharoitida paydo bo'lgan giperplaziya bu muntazamlilikning buzilishi bilan birga keladi.

Menstrual tsiklning 14-kunidan keyin sodir bo'lgan sekretiya o'zgarishlari endometriumning sariq tanasi tomonidan ishlab chiqarilgan progesteronga reaksiyasini aks ettiradi. Ular bezlarning ko'p sekretsiyasi va stromaning xarakterli o'zgarishi bilan ifodalanadi. Ma'lumki, sekretiya tsiklning 20-kunida maksimal darajaga etadi. Shu bilan birga, bezlar shunchalik qiyshayib ketadiki, ularning konturlari arra tish shakliga ega bo'ladi. Shu bilan birga, stromaning shishishi (desiduoid reaksiyasining boshlanishi) kuchayadi, bu tsiklning 21-kunida maksimal darajaga etadi.

Keyingi eng aniq o'zgarishlar 23-kuni boshlanadi. Shu bilan birga, spiral arteriolalarni o'rab turgan stromal hujayralar sitoplazmasining hajmi oshadi; bu jarayon predecidualizatsiya deb ataladi.

Sekretor fazaning keyingi bir necha kunlarida endometriumning umumiy qalinligi kamayadi, stroma hujayralari ajraladi va parchalanadi, interstitiumda diffuz qon ketishlar, staz, nekroz va rejektsiya qalinligining yuqori 2/3 qismida paydo bo'ladi. endometrium.

Endometriyal giperplastik jarayonlar muammosi ko'p o'n yillar davomida diqqatni tortdi. Reproduktiv davrdagi ayollarda ginekologik kasalliklar tarkibida ushbu patologiyaning chastotasi 15 dan 40% gacha.

1.3. Balog'at yoshidagi endometriy patologiyasining xususiyatlari

Balog'at yoshida endometriyga salbiy ta'sir ko'rsatadigan reproduktiv tizimning yetukligi bir qator tartibga soluvchi xususiyatlarga ta'sir qiladi (Mitan LAP, Slap GB, 2001; Minjarez DA, Bradshaw KD, 2000):

3. progesteronning past darajasi endometriumning yetarli darajada sekretor transformatsiyasini shakllantirishga imkon bermaydi;

4. mutlaq va nisbiy giperestrogenizm endometriyning to'liq va o'z vaqtida ko'payishini ta'minlamaydi;

7. yoshga qarab garmonlarning ortiqcha bo'lishi gipotalamus-gipofiz-tuxumdon o'qida salbiy teskari aloqani amalga oshiradi;

8. to'qimalar fermentlarining yoshga bog'liq etukligi endometriumni bachadondan desquamatsiya va evakuatsiya qilish ketma-ketligini buzadi;

9. FSH ning nisbatan past darajasi va u bilan bog'liq bo'lgan past darajadagi faolin follikullarning granuloza qatlamida LH retseptorlari ko'payishini sezmaydi;

10. vaqtinchalik insulin qarshiligi reproduktiv tizim organlarida metabolizm shakllanishiga to'sqinlik qiladi.

Yuqoridagi holatlar, shuningdek, zamonaviy qizlarga xos bo'lgan yashirin giperprolaktinemiya holati ko'pincha hayz davrining shakllanishiga to'sqinlik qiladi (Yu.A. Gurkin, 2006; Freser IS, 2014).

E.M. Vikhlyaeva (2017)ning so'zlariga ko'ra, o'smirlarda endometriumda giperplastik jarayonlarning paydo bo'lishiga bir qator omillar yordam beradi: irsiy yuk, homila hayotidagi zararli ta'sirlar, balog'atga yetishish davridagi kasalliklar va hayz ko'rish va keyinchalik reproduktiv funktsiyaning buzilishi. Endometriyal giperplaziya rivojlanishining umumiy e'tirof etilgan bevosita omili giperestrogenizm (shu jumladan nisbiy), ayniqsa endometriumning retseptorlari funktsiyasining o'zgarishi fonida. Ma'lumki, bu patologiya ko'pincha balog'at yoshida kuzatiladi. Endometriumdagi giperplastik jarayonlar ko'pincha polikistik tuxumdonlar bilan, ya'ni gipotalamus tuzilmalarining disfunktsiyasi tufayli yuzaga keladigan va semizlik bilan birga keladigan ushbu patologiyaning ikkilamchi shakli bilan sodir bo'ladi. Shu bilan birga, giperestrogenizmning rivojlanishida yog 'to'qimalarida estrogenlarning ekstragonadal sintezi muhim rol o'ynaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, qondagi estradiolning mutlaq darajasi va giperplastik endometriumning morfologik ko'rinishi o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik yo'q (Kondrikov N.I., 1999).

Endometriyal giperplaziyaning klinik ko'rinishi balog'at yoshidagi bachadondan qon ketishi bilan tavsiflanadi. Ba'zi bemorlarda giperplastik jarayonlar engil alomatlar bilan yoki asemptomatik tarzda yuzaga keladi.

1.4. GS bilan og'rigan qizlarda klinik va metabolik kasalliklar diagnostikasi

Klinik diagnostika usullariga quyidagilar kiradi:

A). Hayot va kasallikning batafsil anamnezini to'plash, irsiy anamnezni yaqin qarindoshlardagi endokrin patologiyaga urg'u berish bilan o'rganish (Muram D., 2020; Rosenfield RL, Barnes RB, 2013), onadagi reproduktiv kasalliklar. Reproduktiv kasalliklarning genetik sababi oila tarixini o'rganish natijalari bilan tasdiqlanadi, bu yaqin qarindoshlarda hayz ko'rish va generativ disfunktsiyalar, Girsutizm va semirish mavjudligini ko'rsatadi (Chebotareva Yu.Yu., Yatsenko T.A., 2003). Xuddi shu mualliflarning fikriga ko'ra, onada somatik, ginekologik kasalliklar mavjudligi va tekshirilgan bemorlarning reproduktiv kasalliklari o'rtasida to'g'ridan-to'g'ri ijobiy bog'liqlik aniqlangan. Bundan tashqari, dispersiyaning ko'p o'lchovli tahliliga ko'ra, O'smir qizlarda ginekologik patologiyaning paydo bo'lishiga onaning umumiy somatik sog'lig'i ta'sirining yuqori ulushiga e'tibor qaratiladi, bu 22,8% ni tashkil qiladi. Faktorlarning birgalikdagi ta'siri ulushi 55,16% ni tashkil qiladi. V.N. Serov (2018) ta'kidlashicha, hayz ko'rish buzilishining paydo bo'lishi asosan ijtimoiy-iqtisodiy bosimning adaptiv zahiralardan "ustunligi" bilan bog'liq, shuning uchun bemorlarning ijtimoiy tarixini hisobga olish kerak. Ijtimoiy nochor oilalarning bolalari (alkogolizm, giyohvandlik, ko'p bolali oilalar, turmush darajasi past bo'lgan to'liq bo'lmagan oilalar va boshqalar) ginekologik kasalliklardan sezilarli darajada ko'proq azoblanadi (Chebotareva Yu.Yu., 2010). hayz ko'rish buzilishining paydo bo'lishi ko'p jihatdan ijtimoiy-iqtisodiy bosimning adaptiv zaxiralardan "ustunligi" bilan bog'liq, shuning uchun bemorlarning ijtimoiy tarixini hisobga olish kerak. Ijtimoiy nochor oilalarning bolalari (alkogolizm, giyohvandlik, ko'p bolali oilalar, turmush darajasi past bo'lgan to'liq bo'lmagan oilalar va boshqalar) ginekologik kasalliklardan sezilarli darajada ko'proq azoblanadi (Chebotareva Yu.Yu., 2010). hayz ko'rish buzilishining paydo bo'lishi ko'p jihatdan ijtimoiy-iqtisodiy bosimning adaptiv

zaxiralardan "ustunligi" bilan bog'liq, shuning uchun bemorlarning ijtimoiy tarixini hisobga olish kerak. Ijtimoiy nochor oilalarning bolalari (alkogolizm, giyohvandlik, ko'p bolali oilalar, turmush darajasi past bo'lgan to'liq bo'lmagan oilalar va boshqalar) ginekologik kasalliklardan sezilarli darajada ko'proq azoblanadi (Chebotareva Yu.Yu., 2010).

G.A.Ushakova (2017) reproduktiv funktsiyaning shakllanishiga ta'sir etuvchi omillarni o'rganish ularni ahamiyatiga ko'ra quyidagi tartibda joylashtirish imkonini berganligini ta'kidlaydi: onaning yoshi, homiladorlik va tug'ish davridagi asoratlar, onaning sog'lig'i, onaning kasbi. Noqulay omillarga onaning yoshligi, homiladorlik paytida onaning kasbiy xavf-xatarlar bilan aloqasi, homiladorlik, tug'ish paytidagi asoratlar, onaning ekstragenital patologiyasining kuchayishi kiradi. Bu omillar guruhi bizning alohida e'tiborimizni tortdi, birinchidan, ularning barchasi anamnestic tarzda aniqlanadi, ikkinchidan, perinatal omillarning ahamiyati 75% ga etadi (Levenets S.A., 2020).

B). Umumiy va ginekologik tekshiruv; bo'yni, tana vaznini baholash, tana massasi indeksini hisoblash, tana turini aniqlash, terining holatini, teri osti yog'ining taqsimlanish turini o'rganish, jinsiy rivojlanish ballini hisoblash bilan ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanishini baholash. (Tumilovich L.G. bo'yicha, 1994 yil). Gipertrikoz va Girsutizmning og'irligi Ferriman va Gallway shkalasi yordamida baholanadi. Bu hisob-kitobda ballardagi hirsut soni odatda 7 - 12 ni tashkil qiladi. O'rtacha Girsutizm - bu hirsut soni 20 - 25 ga to'g'ri keladigan holat, aniq ko'rsatilgan - 25 - 30 dan ortiq.

Laboratoriya tadqiqot usullari, klinik minimaldan tashqari, yog 'va uglevod almashinuvini o'rganishni o'z ichiga oladi. Qonda xolesterin, triglitseridlar, HDL, LINI miqdori aniqlanadi. Yog 'almashinuvining buzilishi giperkolesterolemiya, triglitseridlar, fosfolipidlar, lesitin konsentratsiyasining oshishi bilan namoyon bo'ladi (Titova L.A., Glybovskaya V.A., Savenkov Yu.I., 2022). Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra (Khoroshavina N.N., Vladimirskaya I.L., 2022), semizlikning rivojlanishida giperinsulinizm asosiy

rol o'ynaydi. Uglevod almashinuvidagi o'zgarish bemorlarning 32 - 52% da kuzatiladi (Babynina T.I., 2012; Ryjikov V.D., 2014, Stroev Yu.I., 2003). Ular me'da osti bezi 0-hujayralarining faolligi oshishiga, insulin almashinuvining buzilishiga asoslanadi: insulin qarshiligi, fiziologik ogohlantirishlarga insular apparatlarning etarli darajada javob bermasligi (Tishenina R.S., Xzarfiyan V.G., 2016).

Laboratoriyada bu o'zgarishlar qondagi glyukoza darajasining oshishi (ko'pincha ovqatdan keyin), standart og'iz tekshiruvi paytida glyukoza bardoshlilikining o'zgarishi va qondagi immunoreaktiv insulin (IR) miqdorining oshishi bilan namoyon bo'ladi. och qoringa qon zardobi.

1.5.Gipotalamusdagi metabolik kasalliklar va hayz ko'rish buzilishining dori vositalari bilandavolashning zamonaviy jihatlari.

GS ning vaqtinchalik shakli bo'lgan o'smirlar o'z-o'zidan davolanishi mumkinligi sababli, adabiyotda GS bilan kasallangan bemorlarni davolashning maqsadga muvofiqligi to'g'risida yagona nuqtai nazar mavjud emas. Biroq, ko'pchilik mualliflar davolanishni majburiy deb hisoblashadi va ular davolanishni o'z vaqtida boshlash va muntazamlik omillarini ta'kidlaydilar. Yu.I.Stroev (2003) ko'rsatadiki, GS ko'pchilik o'smirlarda adekvat terapiya bilan funktsional qaytariladigan kasallikdir, bemorlarni to'liq reabilitatsiya qilish faqat tizimli kompleks terapiya ta'minlangan taqdirdagina amalga oshirilishi mumkin. A.V. Panfilova (2001) kasallikning prognozi tashxis qo'yilgan vaqtga bog'liqligini aniqladi va GS bilan og'rigan o'smirlarni erta faol aniqlashni tavsiya qiladi.

Hozirgi vaqtda turli xil terapiya usullari qo'llaniladi, jumladan, antibakterial, suvsizlanish, so'rilish terapiyasi, intermedullar miya trofizmini yaxshilash, vitamin terapiyasi, ortiqcha tana vaznini yo'q qilish (Bondarenko E.S., Shiretova D.I., 2014; Verbovaya N.I., Gulyaeva N.N. , Lotkova E.A., 2015; Kayusheva I.V., 2016; Kulakova L.F., Baksheeva I.B., 2013).

Og'irlikni yo'qotishga hipokaloriyalı dietanı buyurish orqalı erishiladı (kaloriyalardı sonı semirish darajasiga qarab kuniga 1300-1400 dan 600 gacha), etarli miqdordagi jismoniy faollik va qo'shimcha ravishda bemorlarda motivatsiya yaratish, to'g'ri ovqatlanish stereotipi. Malov V.A. (1991) dozalangan ochlikdan foydalanishni taklif qildi, boshqa mualliflar buni mutlaqo qabul qilinishi mumkin emas deb hisoblaydi (Stroev Yu.I., 2003). Biroq, ba'zi o'smirlarda semizlikni davolashda giyohvand bo'lmagan yondashuvlar ko'pincha samarasizdir. Semirib ketishni davolashning istiqbolli yo'nalishlaridan biri bu biguanidlar seriyasidan dori vositalarini, xususan, metforminni qo'llashdir. Tadqiqot Odud E.A., Borodina O.V., Timofeeva A.V. (2003) ushbu preparat bilan davolanish fonida tana vaznining pasayishi, insulin qarshiligining pasayishi, lipid profilini normallashtirish. Metforminni (preparat - Siofor) 6 oy davomida 500 mg sutkalik dozada qabul qilish tavsiya etiladi (dozani kuniga 2000 mg gacha oshirish mumkin).

Ko'pincha normal tana vaznini tiklash hayz davrining normallashtirishiga va umumiy holatning yaxshilanishiga yordam beradi (Bogdanova E.A., 2000). Og'irlikni yo'qotish GS fonida ikkilamchi arterial gipertenziya bilan og'rigan bemorlarda qon bosimining barqaror normallashtirishiga olib keladi (Xaltaev N.G., 1986; Levina L.I., 2014).

GS patogenezi hisobga olgan holda, subkortikal tuzilmalar faolligining pasayishi davolashning etarlicha samarali usuli hisoblanadi. Telunts A.V., Bogdanova E.A., Tkachenko N.M., Kudryakova T.A., Martysh N.S. (2002) peritol (antiserotonin ta'siri), difenin (dopaminerjik) va redergin (markaziy dopaminerjik va serotonerjik retseptorlari agonisti) ning yuqori samaradorligini ko'rsatdi. Davolash kursi kamida 6 oy. O'tkir bosqichda to'liq klinik ta'sir surunkali (43,8%)ga qaraganda tez-tez (66,7%) erishiladi.

R.G. Karabaxtsyan (1991) GS bosqichiga qarab difeninning turli darajadagi ta'sirini topdi. O'tkir bosqichda difenin ta'siri ostida FSH, LH, prolaktin, ACTH, TSH, shuningdek kortizol va testosteron darajasining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi. Shu bilan birga, hayz davrining 22-

kunida o'sish gormoni va progesteronni ko'paytirish tendentsiyasi kuzatildi. Surunkali bosqichda difeninni qo'llash ko'tarilgan gormonlar darajasini kamroq darajada kamaytirdi.

Dehidratsiya terapiyasi intrakranial gipertenziya, shu jumladan kompensatsiyalangan holda keng qo'llaniladi. Asparkam bilan birgalikda turli sxemalar bo'yicha diuretiklarni (diakarb, veroshpiron) olish tavsiya etiladi.

Miya trofizmini yaxshilash nootropil, pikamilon, glutamik kislota, korteksin, aminolonni qo'llash orqali erishiladi. Shuningdek, ular miya qon oqimini normallashtiradigan dori-darmonlarni buyuradilar: cinnarizine, cavinton, stugeron, trental. B vitaminlari keng qo'llaniladi (Bravender T., Emans SJ, 1999).

Gurkin Yu.A. (1993) tsiklik vitamin terapiyasini tavsiya qiladi. Menstural tsiklning birinchi bosqichida:

- B6 vitamini kuniga 2 mg;
- B1 vitamini kuniga 2,5 mg;
- foliy kislotasi kuniga 3 marta 0,001 g;

ikkinchi bosqichda:

- S vitamini kuniga 2 marta 0,5 g;
- E vitamini kuniga bir yoki ikki marta 100 mg.

Davolash kursi 3-4 oy.

Terapiyani hal qilish shish, infiltratsiya va likvor oqimining obstruktsiyasini yo'q qiladi (Gurkin Yu.A., 2000). Aloe ekstrakti, lidaza qo'llaniladi. Fizioterapiya uchun katta imkoniyatlar, xususan, bitemporal induksiya, eufillinning transorbital elektroforezi, nikotinic kislota, geparin. Istiqbolli markaziy elektroanaljeziya, refleksologiya (Rubina A.A., 2012, Kokolina V.F., 2017). N.Yu. Raigorodskaya (2001) past chastotali o'zgaruvchan magnit maydonni bitemporal tarzda qo'llashni tavsiya qiladi.

Sedativ terapiya GSni davolashning ajralmas qismidir. Trankvilizatorlar nevrolog tomonidan faqat o'ta og'ir holatlarda buyuriladi. Psixoterapiya samarali (Mikirtumov B.E., Pukshanskaya S.M., Markov Yu.P., 2017), chunki

kasallikning mohiyatini tushunish, uning namoyon bo'lishini ob'ektiv baholash nevropsikiyatrik kasalliklar belgilariga ta'sir qilish imkoniyatini ochadi.

Surunkali infeksiya o'choqlarini sanitariya qilish tish shifokori, otorinolaringolog, nefrolog tomonidan amalga oshiriladigan davolashning zaruriy bosqichidir.

GS terapiyasi doimiydir; Davolashning boshida choraklik kurslar, ikkinchi yil davomida - 4-5 oyda 1 marta, uchinchi yilda - olti oyda 1 marta, to'rtinchi yilda - 1 kurs (Gurkin Yu.A., 2000). Bundan tashqari, favqulodda davolash kurslari ko'rsatiladi - GS ning kuchayishi bilan. Mahalliy sanatoriylarda sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi, chunki yuqori insolyatsiyaga ega bo'lgan g'ayrioddiy issiq iqlimda qolish kasallikning kuchayishiga olib kelishi mumkin (Stroev Yu.I., Churilov L.P., Chernova L.A., Belgov A.Yu., 2001).

2-BOB KENG QAMROVLI TEKSHIRUVNING ASOSI, DASTURI, METODOLOGIYASI VA TASHKIL ETILISHI.

- Ushbu tadqiqotning asosi Samarqand davlat tibbiyot universitetining endokrinologiya kafedralarida olib borildi. 2020-2023 yillar davomida 60 nafar o'smir qizlar ushbu bo'limda davolangan. Gipotalamus sindromi bo'lgan 30 nafar o'smir qizlar va gipofiz-gipotalamus patologiyasi bo'lmagan 30 nafar nazorat guruhi qizlar tanlab olindi.

Tahlil qilish uchun shifokor tomonidan to'ldirilgan maxsus ishlab chiqilgan "GS bilan og'riqan bemorning so'rovnomasi" ishlatilgan. Qizlarning shikoyatlari, hayot va kasallik anamnezi ma'lumotlari, irsiy anamnez, hayz ko'rish funksiyasining tabiati va uning shakllanishi, ob'ektiv, laboratoriya va instrumental tekshiruv ma'lumotlari tahlil qilindi.

GS tashxisi uchun asoslar Ueyn A.M.ning mezonlari edi. (2011) I bobda keltirilgan.

Shunday qilib, qo'shilish mezonlari quyidagilar edi:

1. Nevrologik tekshiruv paytida tasdiqlangan gipotalamus sindromi (neyroendokrin shakli) tashxisi
2. Bemorlarning yoshi 10 yoshdan 17 yoshgacha
3. Tekshiruv vaqtida yoki oxirgi oyda hayz ko'rish buzilishining mavjudligi
4. Markaziy asab tizimida organik o'zgarishlar yo'q
5. O'tkir yuqumli kasallik yoki surunkali kasallikning kuchayishi o'rganilayotgan vaqtda yo'qligi

Shunday qilib, barcha bemorlarning umumiy klinik tekshiruvi o'tkazildi, shu jumladan kasallik va hayotning anamnezini to'plash, shikoyatlarni o'rganish, ob'ektiv o'rganish, laboratoriya va instrumental tekshiruvlar. Kuzatuv ma'lumotlari 60 nafar ayoldan to'plangan.

2.1. Umumiy tadqiqot usullari

Anamnezni o'rganishda homiladorlik va tug'ish qanday kechganligi, tug'ilish paytida bolaning vazni va bo'yi, asfiksiya mavjudligi, bolada somatik, nevrologik va endokrin kasalliklarning mavjudligi, har bir yilda yuqumli kasalliklarning chastotasi haqida ma'lumotlar aniqlandi. yil, tarixda kraniokerebral jarohatlar bo'lganmi? Irsiy yukning darajasi aniqlandi: ayol va erkak liniyalarida eng yaqin qarindoshlarda endokrin, ginekologik, onkologik, gematologik kasalliklar mavjudligi, onaning hayz ko'rish funksiyasi holati. Muayyan shikoyatlarga e'tibor qaratildi, shuningdek, hayz ko'rish yoshi, hayz ko'rishning tabiati, davomiyligi, muntazamligi, hayzdan oldingi taranglik belgilari mavjudligi, oxirgi hayz ko'rish davomiyligi, jinsiy faoliyatning mavjudligi yoki yo'qligi, ta'lim va jismoniy. faoliyat; tahlil qilingan menogrammalar,

Bemorlarning umumiy ahvoriga, kasallikning davomiyligiga, uning kechish xususiyatiga (progressiya, qaytalanish) e'tibor qaratildi. Tekshiruv va davolash jarayonida to'ldirilgan xarita 2-ilovada keltirilgan.

Antropometriya o'tkazildi: bo'y, tana vazni ushbu ko'rsatkichlarni sentil jadvallari bo'yicha baholash bilan (Vorontsov I.M., 2016), tana turi, tana massasi indeksi, ikkilamchi jinsiy xususiyatlarning rivojlanish darajasi Tanner J formulasi bo'yicha aniqlandi. (2019); Frasier S., (2020). Girsutizmning og'irligi Ferriman-Gallway shkalasi (2021) yordamida androgenga bog'liq bo'lgan 11 ta sohada baholandi.

Terining holati baholandi, stria, giperpigmentatsiya, akne vulgaris, keratofollikulit mavjudligi va teri osti yog 'tarqalishining tabiatiga alohida e'tibor berildi.

Umumiy qabul qilingan metodologiyaga muvofiq maxsus ginekologik tekshiruv o'tkazildi. U tashqi jinsiy a'zolar shilliq qavatining holatini baholash uchun tekshiruvni, bachadon, tuxumdonlar hajmini, yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligini, kichik to'sda volumetrik shakllanishlarni

aniqlaydigan to'g'ri qorin bo'shlig'i-qorin bo'shlig'ini bimanual tekshirishni o'z ichiga oladi.

Vaginoskopiya bolalarning vaginal oynalari yordamida amalga oshirildi. Vaginal shilliq qavatning holati, endoserviksning ekzo- va ko'rinadigan qismi, bachadon bo'yni kanalidan oqindi tabiati baholandi.

2.2. Laboratoriya usullari

Laboratoriya tekshiruvi trombositlar sonini, Li-Uayt qon ivish vaqtini, Suxarevga ko'ra qon ketish davomiyligini, biokimyoviy qon testini (Germaniyada ishlab chiqarilgan Keisis analizatorida apparat usulida amalga oshiriladigan) majburiy aniqlash bilan klinik qon testini o'z ichiga oladi.), siydik tekshiruvini, ko'rsatkichlarga ko'ra - koagulogramma, qon shakarining kunlik tebranishlarini aniqlash. Glyukoza bardoshlik testi (og'irligi 45 kg dan ortiq bo'lgan bolalarda - 75 g quruq glyukoza) paytida bazal va stimulyatsiya qilingan glyukoza konsentratsiyasi asosida giperinsulinemiya va insulin qarshiligi aniqlandi. Qon olish och qoringa, qabul qilinganidan keyin 30, 60 va 120 daqiqadan so'ng amalga oshirildi. Jiddiy semizlik va buzilgan glyukoza bardoshlik mavjudligida immunoreaktiv insulin (IRI) darajasi aniqlandi.

Bemorlarning gormonal holati peptid gormonlarining sarum konsentratsiyasini aniqlash asosida baholanadi:

- FSH, L G - hayz davrining 2-5 kunida, shuningdek, amenoreya fonida;
- prolaktin;
- TTG.

Giperandrogenizmning klinik jihatdan aniq belgilari bilan umumiy testosteron, DEA-S, androstenedion, 17-OH-progesteron, kortizol tarkibi Xema standart to'plamlari yordamida radioimmunologik usul bilan o'rganildi (qon namunalari 8 va 20 soatlarda o'tkazildi). Rossiya) va Inson" (Germaniya).

Vaginadan Volkman qoshig'i bilan materialdan namuna olish va keyinchalik Nikiforov aralashmasi bilan mahkamlash va smearlarni Gram

bo'yash orqali bakterioskopik tekshiruv o'tkazildi. Vaginal va servikal sekretsiyadagi leykotsitlar soni, "asosiy hujayralar" mavjudligi aniqlandi, morfologik belgilarga ko'ra mikrofloraning umumiy xarakteristikasi berilgan: tayoqcha, kokkal yoki aralash. Qinning lateral teshigidan surtmalar olindi.

Metilen ko'kning 1% suvli eritmasi bilan smearlarni bo'yash bilan kolpotsitologik tekshiruv bemorlarning gormonal fonidagi tsiklik o'zgarishlarni, ovulyatsiyaning bilvosita belgilari mavjudligini yoki yo'qligini baholashga imkon berdi.

2.3. Instrumental tekshirish

Ichki jinsiy a'zolar, sut bezlari hajmi va funktsional holatini baholash uchun Siemens (Germaniya) tomonidan ishlab chiqarilgan Sonoline-250 qurilmasi yordamida sektor (3,5 MGts), chiziqli (7,5 MGts) va vaginal sensorlar (7,5 / s) yordamida ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. 5 MGts). Keyinchalik, bachadon va tuxumdonlarning o'lchamlari V.F.ning yosh me'yoriy jadvalariga muvofiq baholandi. Kokolina (1998). Endometrium va tuxumdonlardagi strukturaviy o'zgarishlarga, follikullarning hajmi va joylashishiga (stromaga nisbatan diffuz yoki periferik), tuxumdon albugineasining qalinlashishiga alohida e'tibor berildi. Tuxumdonlarning hajmi quyidagi formula bo'yicha aniqlanadi:

$$TH=0,523 \times U \times K \times Q$$

bu yerda TH - tuxumdonning hajmi, sm³;

U - uzunlik, sm;

K - kengligi, sm;

Q - tuxumdonning qalinligi, sm;

Odatda tuxumdonning hajmi 4 dan 7 sm³ gacha. 10 sm³ dan ortiq hajmning oshishi ba'zi hollarda paydo bo'lgan PTSdan shubhalanishga imkon berdi.

Sella turcica shakli va hajmini, kranial tonoz suyaklarining holatini,

intrakranial gipertenziya va endokraniyozning bilvosita belgilari mavjudligini o'rganish uchun lateral proektsiyada bosh suyagining rentgenogrammasi o'tkazildi va, agar kerak bo'lsa, Siemens (Germaniya) tomonidan ishlab chiqarilgan Sirescop rentgen qurilmasidan foydalangan holda, turcica zonasining maqsadli tasviri. Agar turcica gipoplaziyasining belgilari yoki yosh me'yorlaridan oshib ketgan bo'lsa, miyaning organik patologiyasini istisno qilish uchun orqa miya osteoporozi, egarning "yopiq turi" aniqlansa, spiral kompyuter tomografiyasi. miya SOMATOM AR apparati yordamida amalga oshirildi. SP" kompaniyasi "Siemens" miyaning organik patologiyasini istisno qilish uchun.

Miyaning bioelektrik faolligini o'rganish elektroansefalografiya yordamida "Mizar" (Rossiya) elektroansefalografiyasi yordamida quyidagi standart funktsional testlardan foydalangan holda amalga oshirildi: bitta fotostimulyatsiya, ritmik fotostimulyatsiya va giperventilyatsiya, bu esa miyaning funktsional holatining buzilishini aniqlashga imkon beradi. miyaning diensefalik mintaqasi, gipotalamus tuzilmalarining qo'zg'aluvchanligini oshiradi.

Miyaning qon tomir to'shaklarida gemodinamik buzilishlarning diagnostikasi Nicolet EME qurilmasi (AQSh) yordamida transkranial doppler ultratovush yordamida amalga oshirildi.

Ushbu usul pulslı qonni to'ldirishni, kranial bo'shliqdan venoz chiqish holatini baholash va angiodystoniya belgilarini aniqlash uchun ishlatiladi.

Avtonom nerv tizimining funktsional holatini aniqlash uchun ertalab va kechqurun arterial tonometriya ishlatilgan, bu vegetativ-qon tomir distoni belgilarini aniqlash imkonini beradi.

Diagnostik histeroskopiya takroriy bachadondan qon ketishi bilan og'rigan o'spirinlarda Qish va IBE (Germaniya) "01pus" gisteroskopi yordamida standart usul bo'yicha o'tkazildi: vulva va vaginani antiseptik eritmalar bilan davolashdan keyin vena ichiga behushlik ostida, bachadon bo'yni fiksatsiyasi va tushirilgandan keyin. o'q forsepslari, servikal kanalni

kengaytirmasdan, bachadon bo'shlig'iga histeroskop kiritildi. Suyuq muhit sifatida fiziologik eritma ishlatilgan. Bachadon bo'shlig'i, bachadon naychalarining og'zi, bachadon bo'yni kanali tekshirildi.

2.4. Mutaxassislar tomonidan tekshiruvlar

Bemorlarni keng qamrovli tekshiruvdan o'tkazish ularning tegishli ixtisoslik mutaxassislari bilan maslahatlashuvini o'z ichiga oladi.

- fundusni majburiy tekshirish bilan oftalmologning maslahati, unda miyopik o'zgarishlarni, retinal tomirlarning vazopatiyasini aniqlash va ko'rishning rang maydonlarini aniqlash mumkin;

- nevrolog: nevrologik simptomlarni o'rganish markaziy va periferik asab tizimining organik patologiyasini istisno qilishga va agar kerak bo'lsa, chuqurroq tekshiruv o'tkazishga imkon berdi (miya tomirlarining dopplerografiyasi, EEG, miyaning kompyuter tomografiyasi);

- endokrinologik tekshiruv semirishning turi va darajasini, qalqonsimon bezning holatini baholashdan iborat edi. Tegishli ko'rsatmalar bilan qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi uning tuzilishi va umumiy hajmini aniqlash, qon zardobidagi TSH, erkin T4 va T3 tarkibini o'rganish, shuningdek, agar otoimmün tiroiditga shubha qilingan bo'lsa - mavjudligi. TG, MSF ga antikorlarning;

- otorinolarinolog: surunkali infektsiya o'choqlarini aniqlash (surunkali tonsillit, adenoidit) ularni sanitariya qilish zarurligini ta'kidladi;

- reabilitatsiya bo'yicha mutaxassis: fizioterapevtik va gomeopatik davolanishni individual tanlash.

1-jadval

GS bilan og'rigan bemorlarda qo'llaniladigan tadqiqot usullari.

Tadqiqot usullari	Bemorlar soni	Tadqiqotlar soni.
1	2	3

Antropometriya (bo'yi, tana vazni, BMI)	30	30
Vaginabakterioskopiyasi	15	10
Kolpotsitologik tadqiqot	15	5
Gormonal profil	30	30
Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi	30	25
Qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi	5	5
Elektroansefalografiya	5	7
Miya va bo'yin tomirlarining dopplerografiyasi	13	1
Bosh suyagi rentgenogrammasi	14	15
Miyaning kompyuter tomografivasi	25	20

1	2	3
Maslahat tashriflari:		
- oftalmolog	13	13
- nevrolog	16	16
- endokrinolog	16	16
- reabilitatsiya bo'yicha	16	16

2.5 Statistik tadqiqot usullari

Olingan natijalarni statistik qayta ishlash parametrik, parametrik bo'lmagan va ko'p o'lchovli statistika usullaridan foydalangan holda amalga oshirildi. Uzluksiz taqsimotga ega xususiyatlar qiymatlaridagi guruhlararo farqlarni baholash uchun Student t-testi va chastota qiymatlarini solishtirganda -% 2 - Pearson testi va Fisherning aniq usuli (FAU) ishlatilgan. Guruhlararo farqlarning bir nechta usullari ham qo'llanilgan: H - Kruskal-Uollis testi, dispersiyaning omilli tahlili (ANOVA). Juftlangan (konjugatsiyalangan)

namunalarni taqqoslashda (masalan, etakchi klinik simptomlarning individual dinamikasini o'rganishda) parametrik bo'lmagan juftlashtirilgan Ua - mezon ishlatilgan. Belgilar orasidagi bog'liqlikni tahlil qilish r - Pearson testi, rs - Spearman testi va % 2 - Pearson testi yordamida amalga oshirildi. O'zgarishlarning murakkab tabiatini baholash uchun, terapiya ta'sirida bemorlarning tanasida yuzaga keladigan, biz chiziqli diskriminant, klaster va faktoriy (asosiy komponentlar usuli) tahlilidan ham foydalandik. Materialni statistik qayta ishlash kompyuterda amaliy statistik tahlil uchun standart dasturiy ta'minot to'plamidan foydalangan holda amalga oshirildi (Statistica for Windows v. 6.0).

Nol statistik gipoteza ahamiyatining kritik darajasi (muhim farqlar yoki faktoriy ta'sirlarning yo'qligi to'g'risida) 0,05 ga teng qabul qilindi.

3-BOB TEKSHIRUV GURUHLARI BEMORLARINING KLINIK XUSUSIYATLARI.

3.1 So'rov guruhlarini kiritish va shakllantirish mezonlari

Belgilangan vazifalarni hal qilish uchun tadqiqotga, yuqorida aytib o'tilganidek, Samarqand davlat tibbiyot universitetining endokrinologiya kafedrasida gipotalamus sindromi fonida turli xil hayz davrining buzilishi fonida davolangan 10 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 30 nafar o'smir qizlar o'rganildi.

Barcha bemorlarga balog'at yoshidagi gipotalamik sindromning neuroendokrin shakli tashxisi qo'yilgan. A.M mezonlariga ko'ra. Ueyn (2011):

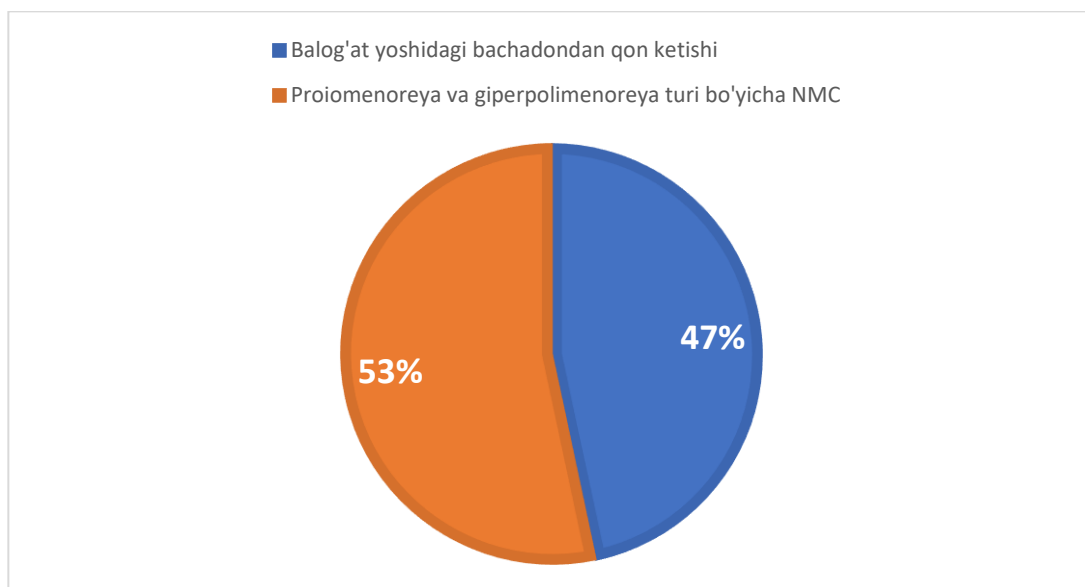
1. Hayz davrining buzilishi
2. Ortiqcha vazn
3. Teri shikastlanishi sindromi (cho'zish belgilari, akne vulgaris, keratofollikulit, giperpigmentatsiya)
4. Vegetativ-qon tomir distoni sindromi

Tekshiruv vaqtida hayz ko'rish buzilishining tuzilishi quyidagicha ekanligi aniqlandi:

- 1) Balog'at yoshidagi bachadondan qon ketishi - 7 kishi .
- 2) HDB proiomenoreya va giperpolimenoreya turi bo'yicha - 8 kishi.
- 3) HDB opsomenoreya turi bo'yicha - 7 kishi.
- 4) Ikkinchi darajali amenoreya - 8 kishi .

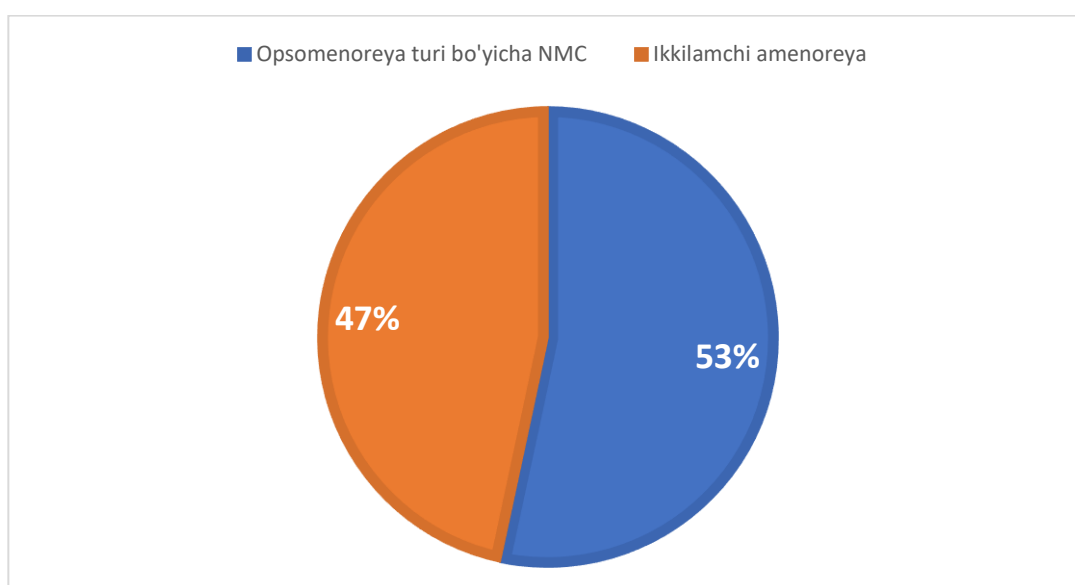
Asosiy muammoni hal qilish uchun barcha kuzatuvlarni hayz davrining buzilishi xarakteriga ko'ra 2 guruhga bo'lish maqsadga muvofiq edi. 3 nafar 10 yoshli bemor (4,5%); 11 yoshli bemorlar 4 nafar (6,1%); 12 yoshli bolalar-17 (25,8%);13 yoshli bolalar-14 (21,2%); 14 yoshli bolalar-10 (15,2%); 15 yoshli bolalar-6 (8,7%); 16 yoshlilar-6 (8,7%); 17 yoshlilar-3 (4,5%) bemor.

1-guruhga qizlarda Gipermenstural sindromi va proiomenoreya tipidagi hayz siklining buzilishi, shuningdek, giperpolimenoreya bilan og'riqan 15 nafar ayol bemor kiritilgan. Ushbu guruhdagi bemorlarning o'rtacha yoshi $13,4 \pm 0,2$ yil.



3.1-rasm. Gipermenstural sindromli qizlarda hayz davrining buzilishi

2-guruh Gipermenstural sindromli 15 nafar qizdan tuzilgan-opsomenoreya va ikkilamchi amenoreya turidagi hayz davrining buzilishi (o'rtacha yosh bo'lgan bemorlar- $14,7 \pm 0,3$)



3.2-rasm. Gipermenstural sindromli bemorlarda hayz davrining buzilishi

3.2 Shikoyatlar va anamnestik xususiyatlar

Hayz ko'rishning buzilishidan tashqari, bemorlar tez-tez bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ob-havoga bog'liqlik, hissiy buzilishlar, uyqu buzilishi, uzoq muddatli subfebril holat (ma'lumotlar jadvalda keltirilgan):

3.1-jadval

GS bilan og'rigan bemorlarning shikoyatlari

Shikoyatlar	Jami (p-100)	1-guruh (p-66)	2-guruh (p-34)	X2	R
Bosh og'rig'i	17 (65,0%)	8 (43%)	9 (57%)	0,25	>0,10
Bosh aylanishi	10 (33,0%)	5 (50%)	5 (50%)	2.85	0,08
Meteorologik bog'liqlik	14 (34,0%)	7 (50%)	7 (50%)	7.35	>0,10
Subfebril holat	5 (5,0%)	2 (43%)	3 (57%)	0,60	>0,10
Hissiy buzilishlar	15 (50,0%)	7 (43%)	8 (57%)	0,95	>0,10

Bosh og'rig'i qizlarning eng ko'p shikoyati (87%). Og'riqning intensivligi har xil edi: davriy, o'rtacha, faqat haddan tashqari ishdan keyin yuzaga keladigan kunlik, kuchli, zaiflik, ko'ngil aynishi va qayt qilish bilan birga. Ikkala guruhdagi ayollarning 50 foizida bosh aylanishi haqida xabar berilgan. Tarixda 1-guruhning 7 nafar qizida (10,6%) takroriy hushidan ketish kuzatilgan. Meteorologik qaramlik (34%) sog'lig'ining yomonlashishi, bosh

og'rig'ining kuchayishi va atmosfera bosimining sezilarli o'zgarishi bilan bosh aylanishi bilan namoyon bo'ldi. Subfebril holat (5%) uzoq muddatli (1 yildan ortiq), doimiy, tana haroratining ko'tarilishi bilan namoyon bo'ldi, asosan kechqurun, 37,1 ° S - 37,4 ° S gacha. Subfebril holati bo'lgan barcha bemorlar hospitalgacha bo'lgan bosqichda ushbu holatning mumkin bo'lgan gepatogen va yuqumli-yallig'lanish sabablari chiqarib tashlandi va natijada subfebril holatning markaziy genezisi aniqlandi. Hissiy buzilishlar (45%), qoida tariqasida, asabiylashish, ko'z yoshlari, hissiy labillik, depressiya va xavotirning kuchayishi bilan namoyon bo'ldi. Ba'zi qizlar sinfdoshlari, otionalari bilan munosabatlarning yomonlashishiga va o'quv natijalarining pasayishiga ishora qildilar.

3.1-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, ikki tadqiqot guruhidagi bemorlarning shikoyatlarida sezilarli farqlar yo'q edi. Shunga qaramay, 2-guruhdagi bemorlar davriy bosh aylanishini tez-tez sezadilar ($\chi^2 = 2.85, p = 0.089$).

Ba'zi bemorlar (12%) prepubertal davrda paydo bo'lgan bosh og'rig'idan shikoyat qiladilar. Bu bemorlar "vegetovaskulyar distoni" tashxisi bilan nevropatolog nazoratida bo'lgan.

Balog'atga etish davrida kasallikning sezilarli darajada yomonlashishi kuzatildi.

Umumiy ko'rik guruhidagi bemorlarning 35% nevrolog tomonidan ro'yxatga olingan: 1-guruhdagi 23 nafar qiz (34,8%) va 2-guruhdagi 12 nafar qiz (35,3%). Ma'lumotlar 3.2-jadvalda keltirilgan:

Bemorlarning birgalikdagi nevrologik patologiyasining tabiati

Diagnostika	Jami (n=60)	1-guruh (n=30)	2-guruh (n=30)	X ²	R
Asteno-nevrotik sindrom	10 (10,0%)	6 (9,1%)	4 (11,8%)	0,005	>0,10

Nevroz	10 (10,0%)	8(12,1%)	2 (5,9%)	0,40	>0,10
nevrotik sindrom	3 (3,0%)	3 (4,5%)	0	0,41	>0,10
Gipertenziv tip uchun VQD	18 (68,0%)	19 (69,7%)	12 (55,9%)	1.88	>0,10
Gipotonik turi bo'yicha VQD	8 (8,0%)	6 (9,1%)	2 (5,9%)	0,03	>0,10
Aralash turdagi VQD	14 (14,0%)	5 (7,6%)	9(26,5%)	5.18	P=0,02

3.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, bemorlar nevrolog tomonidan turli xil tashxislar bilan kuzatilgan va faqat bittasida gipotalamus sindromi tashxisi qo'yilgan. Bemorlarning katta qismi "vegetovaskulyar distoni" tashxisi bilan kuzatilgan, bu, albatta, ushbu patologiya uchun zarur bo'lgan tekshiruvlar doirasini cheklagan.

Ikki tekshiruv guruhi o'rtasidagi nevrologik patologiyada sezilarli farqlar faqat aralash tipdagi vegetovaskulyar distoni bo'lgan bemorlarga tegishli ($\chi^2 = 5,18$, $p = 0,02$, $r_s = 0,26$, $p = 0,009$), boshqa nozologik birliklarda farqlar topilmadi.

Miya shikastlanishi (MSH) ikkala guruhdagi 15 bemorda (15%) kuzatildi: 1-guruhning 12 qizida (18,2%), 2-guruhning 3 nafarida (8,8%) ($\chi^2=0,89$, $P>0,10$).

Ikkala guruhdagi bemorlarning irsiy tarixini o'rganishda endokrin patologiyaning yuqori ulushi eng yaqin (birinchi va ikkinchi qarindoshlik) qarindoshlarida (57%) aniqlandi: I va II turdagi qandli diabet, semizlik,

qalqonsimon bez patologiyasi (30 yoshda). 16 dan - 1-guruhda 59,1 %, 2-guruhda 14 dan 30 - 42,9% ($\chi^2=0,34$, $p>0,10$). Bundan tashqari, balog'at yoshidagi tekshirilgan qizlarning muhim qismining onalarida ham hayz ko'rishning buzilishi kuzatilgan. Ma'lumotlar 3.3-jadvalda keltirilgan:

3.3-jadval

Bemorlarning irsiy anamnez ma'lumotlari

Oila tarixi ma'lumotlari	Jami (n=60)	1-guruh (n=30)	2-guruh (n=30)	X ²	R
Ota-onalardagi endokrin patologiya	30 (50%)	16 (59,1%)	14 (40,9%)	0,34	>0,10
Onaning kasalik tarixida takroriy PDBQK	15 (25%)	13 (15,2%)	2(2,9%)	2.28	>0,10
Onaning tarixida MTBning boshqa shakllari	15 (25%)	12 (22,7%)	3(8,8%)	2.07	>0,10

Shunday qilib, taqqoslangan guruhlarining qizlari o'rtasida og'ir oilaviy tarixda endokrin patologiyasi va onada hayz ko'rish buzilishi mavjudligida sezilarli farqlar yo'q edi. Biroz tez-tez onada hayz ko'rish buzilishining turli shakllari 1-guruhda uchraydi: ($r_s=0,18$, $p=0,06$).

Antenatal va perinatal anamnezni o'rganish har ikkala guruhdagi bemorlarning onalarida homiladorlik va tug'ishning yanada murakkab kechishi mavjudligini ko'rsatdi. Ma'lumotlar 3.4-jadvalda keltirilgan:

Perinatal tarix ma'lumotlari

Homiladorlik va tug'ish	Jami (n=60)	1-guruh (n=30)	2-guruh (n=30)	<i>t</i>	R
Birinchi yarmining	13 (33,0%)	21 (31,8%)	12 (35,3%)	0,12	>0,10
Preeklampsi	12 (32,0%)	21 (31,8%)	11 (32,4%)	0,03	>0,10
Uzilish tahdidi	10 (30,0%)	18 (27,3%)	12 (35,3%)	0,69	>0,10
Homiladorlik paytida anemiya	8(8%)	4(6%)	4(11,8%)	0,37	>0,10
erta tug'ilish	5(5%)	3(4,5%)	2(5,9%)	0,01	>0,10
Tug'ilish jarohati	6(6,0%)	4(6,1%)	2(5,9%)	0,01	>0,10

Shunday qilib, umumiy guruhda juda ko'p murakkab homiladorlik mavjud (aholi sonidan 3 baravar ko'p): toksikoz - 33%, preeklampsi - 32%, abort qilish tahdidi - 30%. Tekshirilayotgan guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar topilmadi.

Somatik tarix: 1-guruhdagi 14 (44,9%) bemorlarda va 2-guruhdagi 20 (64,5%) qizlarda surunkali kasalliklar mavjudligi bilan kuchaygan. Oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklari 1-guruhdagi 16 (39,4%) va 2-guruhdagi 12 (35,3%) qizlarda kuzatildi. 1 va 2-guruhlardagi 9 (13,6%) bemorlarda surunkali siydik yo'llari infeksiyalari qayd etildi (17, 2-guruhning 6%. KBB a'zolarining surunkali kasalliklari (surunkali tonsillit, surunkali adenoidit) 1-guruhdagi 9 (43,9%) qiz va 2-guruhdagi 17 (50,0%) bemorlarda qayd etilgan ($\chi^2 = 0,33, p > 0,10$).

Shunday qilib, ikkala so'rov guruhining bemorlari sog'lig'ining past

sifatiga ega, surunkali somatik kasalliklarda sezilarli farqlar yo'q. Umumiy guruhda oshqozon-ichak trakti (38%), siydik tizimi (15%) va LOR a'zolari (46%) kasalliklarining yuqori darajasi qayd etilgan.

Umumiy guruhdagi tekshirilgan qizlarda o'tkazilgan yuqumli kasalliklardan quyidagilar ko'proq qayd etilgan: suvchechak (67%), qizilcha (54%), ko'k yo'tal (15%). Kamroq, qizil olov (11%), parotit (9%), qizamiq (3%), mononuklyoz (2%), gepatit A (4%), gepatit B (2%) belgilari mavjud. Guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar topilmadi. E'tiborli jihati shundaki, bitta bemorda 3 yoki undan ortiq yuqumli kasalliklar kombinatsiyasining yuqori foizi - umumiy guruhda 27% (2 guruhda 1,41,3% guruhda 19,7%).

Qalqonsimon bezning patologiyasi (autoimmun tiroidit, diffuz toksik bo'lmagan guatr) 1-guruhdagi 7 bemorda (10,6%) va 2-guruhdagi 5 bemorda (14,7%) mavjud. Qalqonsimon bez kasalliklari, shuningdek, semizlik bo'yicha 1-guruhdagi 9 kishi (28,8%) va 2-guruhdagi 11 (32,4%) ($\chi^2=0,14$, $p>0,10$) endokrinolog tomonidan kuzatilgan.

Har ikki guruhdagi 16 bemor (16%) tomonidan ortiqcha o'quv yuklari qayd etilgan; 1-guruhda 9 nafar qiz (13,6%), 2-guruhda 7 nafar qiz (20,6%), ($\chi^2=0,37$, $P>0,10$).

3.3. GS bilan og'rigan bemorlarda balog'at yoshining xususiyatlari

GS bilan og'rigan bemorlarda ikkilamchi jinsiy belgilarning paydo bo'lish ketma-ketligi sog'lom qizlardagidan farq qilmadi. Biroq, rivojlanish dinamikasi tezlashdi. Shunday qilib, aholida, Bogdanova E.A. (2000), sut bezlarining ko'payishi 10-11 yoshda, birinchi pubis tuklari - 11-12 yoshda, hayz ko'rish - 12-13 yoshda paydo bo'ladi. GS bilan og'rigan bemorlarda jinsiy rivojlanishning birinchi bosqichi, ko'krak kengayishidan hayz ko'rishgacha, o'sish sur'atlarining tezlashishi bilan bir vaqtda taxminan 1 yil davom etadi. Shuning uchun, bunday qizlar tengdoshlaridan kattaroq ko'rinadi. Jinsiy rivojlanish bosqichini baholashda (Tannerga ko'ra), o'rtacha yosh

ko'rsatkichlari bilan solishtirganda ikkala guruhdagi bemorlarda erta balog'atga yetishish qayd etilgan. Jinsiy rivojlanishni M.V standartlari bo'yicha baholashda. Maksimova 10-11 yoshli bemorlarning yosh guruhida jinsiy rivojlanishning o'rtacha balli 9,5 ni, 12 yoshli bolalarda - 10,7, 13 yoshlilarda - 12,3 ni tashkil etdi, bu normadan sezilarli darajada yuqori. guruhlar imtihonlari o'rtasidagi farqlar. Umumiy guruhda hayz ko'rish yoshi $11,9 \pm 0,1$ ni tashkil etdi, bu aholi sonidan sezilarli darajada past. Ma'lumotlar 3.5-jadvalda keltirilgan

3.5-jadval

Menarxning boshlanishi yoshi va hayz ko'rish funksiyasining davomiyligi

Indeks	Umumiy guruhda (n=60) (M±w)	1-guruh (n=30) (M±w)	2-guruh (n=30) (M±w)
O'rtacha yosh (yil)	13,8±0,2	13,4±0,2	14,7±0,3
Hayz ko'rish funksiyasining davomiyligi (yillar)	1,9±0,1	1,7±0,1	2,6±0,2
Hayz ko'rish yoshi (yillar)	11,9±0,1	11,8±0,1	12,1±0,2

3.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 1-guruhdagi bemorlarda hayz ko'rishning o'rtacha yoshi $11,8 \pm 0,1$ yil, 2-guruhdagi bemorlarda - $12,1 \pm 0,2$ yil ($t=1,4$, $p>0,10$). Shunday qilib, 1-guruhdagi qizlarda hayz ko'rish funksiyasining erta boshlanishi 2-guruhga va aholiga qaraganda - $12,7 \pm 0,8$ yil (Bogdanova E.A.. 2000) Vaqt tekshiruvi bo'yicha hayz ko'rish funksiyasining o'rtacha davomiyligi (ginekologik yosh) ikkala guruhda $1,9 \pm 0,1$ yil, 1-guruhda - $1,7 \pm 0,1$ yil, 2-guruhda - $2,6 \pm 0,2$ yil ($t=2,28$, $r<0,005$). Hayz ko'rish funksiyasining rivojlanishi to'g'risida batafsilroq anamnestik ma'lumotlar 3.3.2-jadvalda keltirilgan:

3.6-jadval

GS bilan og'rigan bemorlarda hayz davrining shakllanishi

Menstural funktsiyani shakllantirish tabiati	1-guruh (n=30)	2-guruh (n=30)	Jami (n=60)	X ²	R
Ilgari MTBga ega bo'lmagan	15 (23,4%)	5 (14,7%)	20 (20,0%)	0,58	>0,10
Opsomenoreya	16 (34,4%)	12 (64,7%)	28 (44,0%)	8.26	<0,01
Proyomenoreya	11 (16,7%)	0	11 (11,0%)	4.78	<0,02
Giperpolimenoreya	11 (17,2%)	1 (2,9%)	12 (12,0%)	2.97	<0,08
Ikkilamchi amenoreya	3 (4,7%)	3 (8,8%)	6 (6,0%)	0,14	>0,10
Dismenoreya	8 (12,5%)	7 (20,6%)	15 (15,0%)	0,58	>0,10
Hayz paytida vegetativ kasalliklar	11 16,7%	7 (20,6%)	18 (18,0%)	0,04	>0,10

*Izoh: HDBning har xil turlari yig'indisi 100% ga teng emas, chunkiba'zi bemorlar tarixda va kuzatuv vaqtida turli xil HDB turlarining kombinatsiyasiga ega edi.

3.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, har ikkala guruhdagi atigi 20 nafar bemor (20%): 1-guruhdagi 15 bemor (23,4%) va 2-guruhdagi 5 bemor (14,7%)da hayz davrining buzilishi kuzatilmagan. Bu qizlarda hayz ko'rish hayz ko'rgan paytdan boshlab muntazam bo'lgan, turli qo'zg'atuvchi omillar: stressli vaziyatlar, iqlimning keskin o'zgarishi, yuqumli virusli kasallik va hokazolar fonida 1-1,5 yildan keyin hayz ko'rish jarayoni buzilgan 5 bemorda. 1-guruhda (7,6%), bachadondan qon ketish hayz ko'rish bilan sodir bo'lgan, 22 kishida (33,3%) qon ketishining paydo bo'lishidan oldin opsomenoreya turi

bo'yicha hayz ko'rish sikli buzilgan (ulardan 9 tasida faqat opsomenoreya, 13 tasida). opsomenoreya fonida qon ketish yoki giperpolimenoreya epizodlari tarixi). 1-guruhdagi 11 bemorda (16,7%) hayz ko'rishning saqlanib qolgan tsikli bilan giperpolimenoreya kuzatildi. Proiomnorea 11 ta qizda (16,7%) ko'rsatilgan, ularning 3 tasida bu tsikl buzilishi vaqti-vaqti bilan takroriy balog'atga etmagan qon ketishi bilan kechgan, bitta bemorda qon ketish bitta). 1-guruhning uchta qizida takroriy uterin qon ketishining paydo bo'lishidan oldin ikkilamchi amenoreya bor edi. Dismenoreya shikoyatlari 8 kishida (12,5%) qayd etilgan.

2-guruhda 17 bemorda (50,0%) hayz ko'rish bilan opsomenoreya turiga ko'ra hayz davrining buzilishi kuzatilgan, bu 1-guruhga qaraganda sezilarli darajada ko'p ($\chi^2 = 8,26$, $p < 0,004$). 5 (14,7%) da bu buzulqik menarxdan 6-9 oy o'tgach sodir bo'lgan. 7 qiz (20,6%) opsomenoreya bilan giperpolimenoreya kombinatsiyasini ko'rsatdi yoki bachadondan qon ketish tarixi bor edi. 7 nafar bemorda (20,6%) dismenoreya kuzatildi. Shunday qilib, bizning ma'lumotlarimizga ko'ra, GS bilan og'rigan bemorlarda Menstural disfunktsiya menarxdan boshlab yoki hayz ko'rishning birinchi yilida kuzatilgan. Bu adabiyot ma'lumotlaridan biroz farq qiladi, unga ko'ra GS bilan og'rigan bemorlarda hayz davrining buzilishi, qoida tariqasida, muntazam hayz ko'rish davridan 2-3 yil o'tgach paydo bo'ladi.

Hayz paytida vegetativ buzilishlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi) 1-guruhdagi 11 bemorda va 2-guruhdagi 7 bemorda kuzatilgan.

Gospitalgacha bo'lgan bosqichda ikkala guruhdagi bemorlarning katta qismi (49%) hayz davrining buzilishi uchun turli xil davolanishni oldi. Gormonal bo'lmagan davolanish 1-guruhdagi 9 (13,6%) va 2-guruhdagi 7 (20,6%) qizlarda amalga oshirildi, u tsiklik vitamin terapiyasi, akupunktur, gomeopatik davolash bilan ifodalandi ($t = g$, 31, $p > 0,10$). Kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari bilan terapiya (ovidon, rigevidon, regulon, diana - 35), anamnezga ko'ra, 1-guruhdagi 16 (23,9%) bemor tomonidan qabul qilingan (ulardan bir qiz bu terapiyani uch marta, ikkinchisi -

ikki marta, har bir kurs 3 oylik qabul qilish uchun mo'ljallangan). 2-guruhda bu muolajani 5 (15,2%) kishi olgan ($\chi^2=0,56, p>0,10$).

Gestagens (progesteron, norkolut, duphaston) 1-guruhdagi 8 bemorda (11,9%) va 2-guruhdagi 5 bemorda (12,1%) ishlatilgan.

Barcha holatlarda davolanishning ta'siri vaqtinchalik edi. Muayyan vaqtdan so'ng (1 oydan olti oygacha) hayz ko'rish davri yana buzildi. Hayz ko'rish buzilishining takrorlanishi turli sabablarga ko'ra yuzaga kelgan:

1. Bachadondan qon ketishi bo'lgan bemorlarda kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari bilan davolashdan keyin gipotalamus-gipofiz tizimining giperinhibitsiyonu sindromi (6 kishi).

2. Ambulatoriya sharoitida o'tkaziladigan gestagens bilan davolashning etarli darajada qisqa kursi (7 kundan 10 kungacha) (4 kishi).

3. Ginekolog tomonidan keyingi dispanser kuzatuvining yo'qligi va shifoxonadan chiqarilgandan keyin tuzatuvchi davolanish (29 kishi).

Har ikki guruhdagi 34 nafar qiz (34%) bolalar ginekologi tomonidan dispanserdan hisobga olingan; 25 (37,9%) - 1 guruh, 9 (26,5%) - 2 guruh ($\chi^2=1,30, p>0,10$). Bu, albatta, shifoxona sharoitida tegishli tibbiy yordam olgan bemorlarning juda past "qamrov foizi"dir. Qolgan 66% qizlar "oilalarning tibbiy faolligi" pastligi sababli ginekologga bormagan.

3.4 Gipotalamus sindromi bilan og'rigan bemorlarning ob'ektiv holatining xususiyatlari.

Ikkala guruhdagi bemorlarni tekshirganda, qizlarning xarakterli ko'rinishi e'tiborni tortdi: baland bo'yli, ortiqcha vaznli, ularning barchasi tengdoshlaridan kattaroq ko'rinardi.

Teri osti yog'ining taqsimlanishi notekis bo'lib, qorin old devori va servikal zonada ustunlik qiladi. Bemorlarning aksariyatida (76%) ortiqcha vazn balog'at yoshida paydo bo'lgan, ba'zi hollarda qisqa vaqt ichida tana vaznining keskin o'sishi kuzatilgan.

Barcha bemorlarda HSga xos teri o'zgarishlari aniqlandi. Stria 100% qizlarda ko'krak, dumba va son terisida topilgan. Ushbu alomatning zo'ravonligi boshqacha edi: ko'krak va dumbadagi bitta oq-pushti chiziqlardan ko'p, ko'k-binafsha ranggacha. Qorinning old devorida, elka va sonlarning ichki yuzasida kamroq tez-tez striae lokalizatsiyasi qayd etilgan. Stria holatiga ko'ra kasallikning bosqichini bilvosita baholash mumkin: GS kuchayishi paytida "eski" cho'zilgan chiziqlar yorqinroq rangga ega bo'ldi va yangilari ham paydo bo'ldi.

60 bemordan 25 tasida akne vulgaris bor edi. Ular asosan yuzda, kamroq tez-tez ko'krak va orqa tomonda joylashgan. 1-guruhdagi akne chastotasi 2-guruhga qaraganda pastroq ($\chi^2=9,81, p<0,002$)

Umumiy guruhdagi 60 bemorning 33 tasida elka, son, dumba terisida ustun lokalizatsiya bilan keratofollikulit mavjudligi qayd etilgan (1-guruhda - 30,8%, 2-guruhda - 38,2%, $\chi^2=0,56, p>0,10$).

Umumiy guruhdagi 60 nafar bemordan 23 nafarida bo'yin orqasida, tirsaklarda, qo'litiq osti va inguinal sohalarda engil giperpigmentatsiya aniqlangan (1-guruhda - 1 23,5%, 2-guruhda - 23,5%, $\chi^2=0,01, p>0,10$).

Umumiy tekshiruv guruhidagi 60 bemordan 33 nafarida turli darajadagi gipertrikoz kuzatildi (1-guruhda 30,8%, 2-guruhda 38,2%; $\chi^2=0,56, p>0,10$).

Umumiy guruhdagi 60 bemordan 11 nafarida Girsutizm hodisalari qayd etilgan. Yagona novda sochlari yuqori labda, qorinning o'rta chizig'i bo'ylab, sonlarning orqa tomonida joylashgan. Biroq, ushbu toifadagi bemorlarda hirsut sonini hisoblashda, u 10 balldan kam bo'lib chiqdi (ya'ni, u normadan oshmadi) va uni giperandrogenizm belgisi deb hisoblash mumkin emas.

Maxsus ginekologik tekshiruvda jinsiy a'zolarida nuqsonlar, jinsiy rivojlanishning buzilishi, vulvovaginit belgilari aniqlanmagan. Gipermenstural sindromli bemorlarning 46,3 foizida (1-guruh) uzoq davom etgan qon ketish fonida endometriozga xos bilvosita belgilar aniqlangan: bachadon tanasi biroz kattalashgan, bo'shashgan, palpatsiya paytida og'riqli. Tuxumdonlardagi kist shakllanishi har ikkala guruhdagi 10 (10%) bemorda sezilarli farqlarsiz

aniqlangan.

Shunday qilib, tekshirilgan bemorlar kasalxonaga yotqizilgan paytdagi hayz davrining buzilishining etakchi sindromi (Gipermenstural yoki hipomenstrüel sindrom) asosida ikki guruhga bo'lingan. Qizlarning yoshida, hayz ko'rishning boshlanishi va hayz ko'rish funktsiyasining davomiyligida sezilarli farqlar aniqlandi (I guruh bemorlari yoshroq, ularda hayz ko'rish erta boshlanadi, hayz ko'rish funktsiyasining davomiyligi qisqaroq). Bu farqlar, ko'rinishidan, Gipermenstural sindromli bemorlarning tibbiy yordam uchun oldingi murojaatlari bilan bog'liq.

Bemorlarning umumiy guruhida bosh og'rig'i (87%), bosh aylanishi (50%), ob-havoga bog'liqlik (34%), hissiy buzilishlar (45%), guruhlar o'rtasida sezilarli farqlarsiz ko'plab shikoyatlar aniqlandi. Ko'p sonli shikoyatlarga qaramay, bemorlarning atigi 30 foizi nevrolog tomonidan ko'rilgan.

Tekshirilayotgan qizlarning irsiy tarixi 57% hollarda endokrin patologiya bilan og'irlashgan, 18% hollarda bemorlarning onalarida balog'at yoshidagi hayz davrining buzilishi qayd etilgan (1-guruhda bir oz ko'proq).

Bemorlarning onalarida homiladorlik va tug'ishning murakkab kechishi aholi soniga qaraganda 3 baravar tez-tez uchraydi.

Sog'lig'ining past darajasi, surunkali kasalliklarning ko'pligi (1-guruhda 44,9% va 2-guruhda 64,5%) guruhlar o'rtasida sezilarli farqlarsiz tekshirilgan qizlar uchun juda xosdir.

Jinsiy rivojlanish bosqichini baholashda (Tannerga ko'ra), o'rtacha yosh ko'rsatkichlari bilan solishtirganda ikkala guruhdagi bemorlarda erta balog'atga yetishish qayd etilgan. Umumiy guruhda hayz ko'rish yoshi $11,9 \pm 0,1$ ni tashkil etdi, bu aholi sonidan sezilarli darajada past.

Qizlarning 80% da hayz ko'rish davridan boshlab hayz ko'rishning buzilishi kuzatildi va doimiy edi. Ikkala guruhdagi bemorlarning katta qismi (49%) kasalxonaga yotqizish bosqichida hayz ko'rishning buzilishi uchun turli xil davolanishni oldi, bu vaqtinchalik ta'sir ko'rsatdi.

Bemorlarning umumiy guruhida bo'y va tana vazni bo'yicha yosh me'yorlarining sezilarli darajada oshib ketishi 10 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan yosh oralig'ida aniqroq namoyon bo'ladi. Yuqorida aytilganlardan xulosa qilish mumkinki, bir xil etiologik omillar gipotalamus disfunktsiyasiga va turli HDB sindromlarining shakllanishiga olib kelishi mumkin, ular vaqti-vaqti bilan bo'lishi mumkin. Irsiy moyillik, onadagi homiladorlikning patologik kechishi, surunkali infeksiya o'choqlarining mavjudligi, birga keladigan nevrologik va somatik patologiyalar hayz ko'rish funksiyasining shakllanishining buzilishiga olib keladi va ba'zi hollarda doimiy hayz ko'rish buzilishiga olib keladi.

4-BOBLABORATORIYA VA INSTRUMENTAL TADQIQOTLAR NATIJALARI, GIPOTALAMUS SINDROMI BO'LGAN BEMORLARNI UCH BOSQICHLI DAVOLASHNI TAHLIL QILISH

4.1 Laboratoriya tekshiruvi ma'lumotlari:

Tekshirilgan barcha bemorlar trombositlar sonini hisoblash, Suxarev bo'yicha qon ivish vaqtini va Duka bo'yicha qon ketish davomiyligini aniqlash bilan klinik qon tekshiruvidan o'tkazildi. Ikkala guruhda ham gematologik patologiyaning mavjudligi to'g'risida ma'lumotlar olinmadi. 1-guruhda (Gipermenstural sindromli bemorlar) koagulogramma aniqlandi (protrombin indeksi, trombin vaqti, fibrinogen, etanol testi, APTT). Koagulyatsiya tizimida aniq og'ishlarning yo'qligi, shuningdek, ushbu bosqichda tizimli qon kasalligini istisno qilishga imkon berdi.

Har ikki guruhdagi 30 nafar bemordan 3 nafarida turli darajadagi anemiya aniqlangan (1-guruhdan 6 kishi - 17,9%, 2-guruhdan 1 nafar - 3%; $\chi^2=3,11$, $p<0,04$). Bu farqlar qizlardagi hayz davrining buzilishi turi bilan izohlanadi: 1-guruhda (Gipermenstural sindrom) anemiya post-gemorragik xususiyatga ega edi. 2-guruhdagi bir bemorda aralash anemiya bor edi.

4.2 Rentgen tekshiruvi.

Barcha bemorlar lateral proektsiyada bosh suyagi rentgenogrammasini o'tkazdilar va agar kerak bo'lsa, -Sella turcica maydonining maqsadli zarbasi. Turk egarining shakli va o'lchami, kranial tonoz suyaklarining holati, intrakranial gipertenziya va endokraniyozning bilvosita belgilarining mavjudligi o'rganildi. Turk egari hajmining oshishi bilan gipofiz adenomasini istisno qilish uchun uning orqa qismidagi osteoporoz mavjudligi, miyaning kompyuter yoki magnit-rezonans tomografiyasi o'tkazildi. Bundan tashqari, ushbu tekshiruv "bo'sh turk egari" sindromini istisno qilish uchun turk egarining gipoplaziyasi bilan o'tkazildi. Ma'lumotlar 4.1-jadvalda keltirilgan:

4.1-jadval

Tekshirilayotgan bemorlarda bosh suyagining rentgenologik ma'lumotlari

Aniqlangan o'zgarishlar	Jami (n=15)	1-guruh (n=8)	2-guruh (n=7)	X ²	R
intrakranial gipertenziya	6 (13%)	3 (20%)	3 (20%)	0,46	>0,10
"Yopiq turk egari"	4 (2%)	2 (13%)	2 (13%)	0,01	>0,10
Bosh suyagi suyaklarining giperostozi	2 (4%)	16%	16%	0,02	>0,10
Turk egarining orqa qismidagi osteoporoz	3 (4%)	16%	2 (13%)	1.51	>0,10

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, umumiy guruhdagi bemorlarning 38 foizida rentgen tekshiruvi paytida ma'lum patologik anomaliyalar aniqlangan - 1-guruhdagi 22 qizda (33,3%) va 2-guruhdagi 16 qizda (47,1%) . Guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar topilmadi.

25 bemor (1-guruhda 15 kishi, 2-guruhda 10 kishi) miyaning organik patologiyasini istisno qilish uchun kompyuter tomografiyasi yoki magnit-rezonans tomografiyadan o'tkazildi. Hech bir holatda gipofiz adenomasi topilmadi. 2-guruhning 2 qizida (5,9%) diametri 1 sm dan kam bo'lgan oraliq yelkan kistasi topildi, bu likorodinamikaning buzilishiga olib kelmadi. 1-guruhdagi bir bemorda "bo'sh turk egari" bor edi.

4.3. Gormonal tekshiruv

Gormonal fon 11 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan 18 nafar bemorda o'rganildi. 1-guruhdagi bemorlarda ushbu tadqiqotda cheklovlar bachadondan qon ketishining og'ir va o'rtacha shakllari uchun terapiyaning o'ziga xos xususiyatlari bilan bog'liq. Bemorlarning kasalxonada bo'lishining birinchi kunida gormonal terapiyani tayinlash gormonal qon testlarini ma'nosiz qildi. Bunday bemorlar uchun qabul paytida gormonal kolpotsitologiya uchun vaginal smear olingan va gormonal fonni o'rganish davolanishning oxirigacha,

ya'ni keyingi hayz davrining 2-7-kunlarigacha qoldirildi. Ma'lumotlar 4.2-jadvalda keltirilgan:

4.2-jadval

Bemorlarning gormonal profili

O'qish turi	Tekshiruvdan o'tganlar soni (odamlar)	Umumiy guruh (M±w)	1-guruh (M±w)	2-guruh (M±w)	t	R
1	2	3	4	5	6	7
Prolaktin (mIU/l)	3	268,9± 29,26	218,44± 20,15	311,54± 63,64	-1,58	>0,10
TTG (mIU/L)	8	1,53 ± 0,16	1,62 ± 0,16	1,42 ± 0,29	0,61	>0,10
Umumiy testosteron (nmol/l)	8	1,62 ± 0,29	1,44±0,32	1,81 ± 0,60	-0,54	>0,10

1	2	3	4	5	6	7
Estradiol (pmol/l)	12	192,67±56,0 2	222,0± 61,68	163,35± 101,32	0,49	>0,10
DHEA-S (mkmol/l)	7	9,94± 3,28	6,75± 3,20	9,30± 6,7	-0,40	>0,10
17-OH-progesteron (nmol/l)	7	1,99±0,97	1,08 ± 0,27	9,30± 6,7	-1,66	>0,10
Kortizol (nmol/l)	8	567,13± 90,06	658,20± 120,85	415,33±92,6 4	1,39	>0,10
Insulin (mIU/L)	5	11,66± 20,20	24,06± 11,66	-	-	>0,10
Androstenedion (nmol/l)	7	5,16±0,51	5,15±0,51	4,35± 1,35	0,71	>0,10

Taqdim etilgan jadvaldan ko'rinib turibdiki, periferik qon gormonlari konsentratsiyasida guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar yo'q edi. Testosteron, prolaktin, insulin va TSH darajasi normal edi. Qonda kortizol konsentratsiyasining ortishi (qon ertalab soat 8 da olingan) 1-guruhda ($658,20 \pm 120,85$) aniqroq ekanligi aniqlandi. 2-guruhdagi qizlarda 17-OH-progesteronning nisbatan yuqori darajasi buyrak usti bezlari korteksining sezilarli faollashuvidan dalolat beradi. Ehtimol, topilgan ko'rsatkichlar moslashishning turli bosqichlarini aks ettiradi.

4.4 Ultratovush tekshiruv natijalari.

Qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruv 60 bemordan 15 tasida o'tkazildi. Ikkala tadqiqot guruhining 15 nafar qizida turli patologik anomaliyalar aniqlandi. Rasmdan ko'rinib turibdiki, ikkala guruhdagi 60 bemorning 15 tasida (23,1%) qalqonsimon bez to'qimalarining tuzilishi va hajmida turli xil o'zgarishlar aniqlangan. 15 nafar qizdan 12 nafari ilgari diffuz toksik bo'lmagan guatr va otoimmunos tiroidit uchun endokrinolog tomonidan kuzatilgan. Shunday qilib, 15 bemordan 3 nafarida (4,6%) qalqonsimon bez patologiyasi birinchi marta aniqlandi va qalqonsimon bez gormonlarini o'rganishni talab qildi. So'rov guruhlarida o'rtasida sezilarli farqlar yo'q ($\chi^2 = 0,68$, $p > 0,10$). Kasalxonaga yotqizilgan va chiqarilgandan so'ng barcha tekshirilgan bemorlarda tos a'zolarining ultratovush tekshiruv o'tkazildi. Bundan tashqari, qizlar nazorat ultratovush tekshiruviga taklif qilindi. Tuxumdon kistasi yoki endometriyal giperplaziya belgilari bo'lgan bemorlarda hayzdan keyin amalga oshirildi. Xususan, bachadondan qon ketishi uchun gormon terapiyasi olgan qizlarda endometriyal qalinligi keyingi davolanish to'g'risida qaror qabul qilish uchun "to'xtash qon ketishi" ning 5-6 kunida baholandi. Menstural tsiklning 20-22 kunida endometriyumning sekretor o'zgarishlarini, tuxumdonlarning funktsional holatini o'rganish uchun

ultratovush tekshiruvi o'tkazildi, bu kolpotsitologik tadqiqot bilan birgalikda baholandi.

Endometriyal giperplaziyaning ultratovush belgilari (endometrium qalinligi 1,2 sm dan ortiq) faqat 1-guruhdagi bemorlar uchun xarakterlidir (37 kishi, 56,1%) va bachadondan qon ketishi fonida aniqlangan. Ba'zi hollarda endometriumning qalinligi 2,3 sm ga yetdi. Ultratovush yordamida aniqlangan endometriyal giperplaziya gormon terapiyasi uchun ko'rsatma bo'lib xizmat qildi. Gormonal preparatni bekor qilgandan keyin hayz ko'rishga o'xshash reaksiyaning 5-6 kunida o'tkazilgan nazorat ultratovush tekshiruvida bunday bemorlarda endometrium qalinligi 0,5 - 0,6 sm dan oshmagan. 2-guruhda endometriyal giperplaziya belgilari yo'q.

Quyidagi jadval tuxumdonlarning o'rtacha hajmini, ularning hajmini va yosh guruhlari bo'yicha tuxumdonlar tarkibida kist shakllanishining mavjudligini ko'rsatadi:

4.3-jadval

Tekshirilayotgan bemorlarda tuxumdonlarning o'rtacha hajmi va hajmi

Yoshi (yillar)	O'rganish ob'ekti	M1 (1-guruh) M±w	M2 (2-guruh) M±t	t	R
1	2	3	4	5	6
10-11	O'ng tuxumdon: - uzunlik	3,2±0,56	4,8±0,00	-	-
	- kengligi	1,9±0,59	3,5±0,00	-	-
	- qalinligi	1,8±0,66	2,5±0,00	-	-
	Hajmi (sm ³)	6,9±6,71	21,9±0,00	-	-
	Chap tuxumdon: - uzunlik	3,6±0,67	3,4±0,00		
	- kengligi	2,0±0,46	2,5±0,00	-	-
	- qalinligi	1,8±0,60	2,2±0,00	-	-
	Hajmi (sm ³)	8,0±6,91	9,7±0,00	-	-
	Kistik shakllanishlar (maksimal	4.8	3.0	-	-

12-13	O'ng tuxumdon: - uzunlik	3,5±0,55	3,9±0,91	1.8	>0,10
1	2	3	4	5	6
	- kengligi	2,3±0,66	2,9±0,91	1.36	0,049
	- qalinligi	2,1±0,44	2,7±0,60	2.35	0,015
	Hajmi (sm3)	9,6±5,32	18,9±12,08	3.0	0,005
	Chap tuxumdon: - uzunlik	3,3±0,42	3,4±0,47	0,24	>0,10
	- kengligi	2,1±0,50	2,1±0,63	0,02	>0,10
	- qalinligi	2,1±0,35	2,3±0,41	1.31	>0,10
	Hajmi (sm3)	7,9±4,16	9,0±5,41	0,53	>0,10
	Kistik shakllanish (diametri, sm)	3,2±0,28	3,9±0,42	1.94	>0,10
14-16	O'ng tuxumdon: - uzunligi	3,6±0,68	3,6±0,35	0,09	>0,10
	- kengligi	2,5±0,86	2,4±0,60	0,23	0,007
	- qalinligi	2,5±0,62	2,4±0,37	0,54	0,006
	Hajmi (sm3)	13,5±15,8	11,3±5,91	0,61	>0,10
	Chap tuxumdon: - uzunlik	3,5±0,52	3,5±0,35	0,33	>0,10
	- kengligi	2,3±0,63	2,3±0,49	0,25	>0,10
	- qalinligi	2,4±0,39	2,4±0,34	0,15	>0,10
	Hajmi (sm3)	10,9±7,33	10,4±3,80	0,25	>0,10
	Kistik shakllanishlar (diametri, sm)	5,0±0,07	2,9±0,07	29.69	0,001
17-18	O'ng tuxumdon: - uzunlik	4,1±0,51	3,4±0,29	2.3	0,02
	- kengligi	2,8±0,39	2,1±0,66	1.7	0,05
	- qalinligi	2,6±0,26	2,0±0,64	1.8	>0,10
	Hajmi (sm3)	15,7±4,52	8,1±5,82	2.05	0,08
	Chap tuxumdon: - uzunlik	3,6±0,22	3,4±0,52	0,5	>0,10
	- kengligi	2,5±0,44	2,1±0,64	1.1	>0,10
	- qalinligi	2,6±0,53	2,1±0,46	1.3	>0,10
	Hajmi (sm3)	12,6±4,97	8,7±5,31	1.07	>0,10

Taqdim etilgan jadvaldan ko'rinib turibdiki, umuman olganda, tadqiqotning ikkala guruhida tuxumdonlarning kattaligi va ularning hajmi sezilarli darajada farq qilmaydi. 12-13 yosh va undan katta yoshdagi bemorlarda o'ng tuxumdonning kengligi, qalinligi va hajmida farqlar mavjud. 11 yoshdan oshgan barcha bemorlarda o'ng va chap tuxumdonlarning hajmi va hajmidagi assimetriya e'tiborga loyiqdir. Umumiy guruhda bu assimetriya sub'ektlarning 58% da mavjud. Shunday qilib, bu bemorlarda o'ng tuxumdonning hajmi chap tuxumdon hajmidan 4,83 sm³ ga ko'p ($t=5,72$, $p<0,001$).

5-BOB GIPOTALAMUS SINDROMI BO'LGAN BEMORLARNI UCH BOSQICHLI DAVOLASH TAHLILI.

5.1 Gipermenstural sindrom uchun terapiya

I - Birinchi bosqich - qon ketishni to'xtatish

Gipermenstural sindrom turi bo'yicha hayz davrining buzilishini davolash (1-guruh - 30 bemor) ginekologik tekshiruv ma'lumotlari, laboratoriya va ultratovush tekshiruvlari natijalariga asoslangan. Tekshiruv natijalariga ko'ra, u gemostatik, uterotonik terapiya, shuningdek, kerak bo'lganda, antianemik va antibakterial terapiyadan iborat edi.

O'rtacha va kam qonli oqindi, postgemorragik anemiyaning yo'qligi, gemostaz tizimidagi o'zgarishlar, shuningdek, endometriyal giperplaziyaning ultratovush belgilari (endometrium qalinligi 12 mm dan kam) va tuxumdonlarda tutilish hosil bo'lishi bilan gemostatik terapiya o'tkazildi. V.F.ga. Sankt-Peterburg (1981). Standart sxema quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- oksitotsin 1 ml (5 IU) tomir ichiga kuniga bir marta va mushak ichiga kuniga 1 ml 2-3 marta tomiziladi.

- Disinon (natriy etamsilat, 12,5% eritma) 2 ml tomir ichiga kuniga 1 marta mikrostream va kuniga 2 marta mushak ichiga 2 ml yoki kuniga 2-3 marta 250 mg.

- Kaltsiy xloridning 1% eritmasi 100 ml tomir ichiga kuniga 1 marta.

Fizioterapevtik davolash ham amalga oshirildi: endonazal yoki yoqa zonasida kaltsiy bilan elektroforez, endonazal va yoqa sohasida Darsonvalizatsiya. Ta'sir qilishning refleks usuli sifatida - bachadon bo'yni elektr stimulyatsiyasi (N.V. Kobozeva, N.I. Egorova, 1980 uslubiga ko'ra).

Vitamin terapiyasi askorbin kislotasi (mushak ichiga yoki tomir ichiga 5% eritmasi 3-5 ml dan), E vitamini (kuniga 100-200 mg), askorutin (kuniga 3 marta 1 tabletka) dan foydalanishni o'z ichiga oladi.

Gormonal bo'lmagan gemostatik terapiya 5-7 kun davomida amalga

oshiriladi. Ushbu terapiyani 1-guruhdagi 30 bemordan 16 nafari (61,2%) olgan. Qon ketishini to'xtatish 17 bemorda davolanish boshlanganidan keyin o'rtacha $5,3 \pm 0,3$ kun ichida sodir bo'ldi. 30 (58,5%) bemorning 14 tasida davolanish boshlanganidan boshlab 5-7 kunlarda gemostatik ta'sir yo'qligini hisobga olib, ularga gormonal gemostaz buyurildi.

Bachadondan qon ketishining murakkab shakllari, og'ir qon ketishi, endometriyal giperplaziya belgilari bo'lsa, ultratovush tekshiruviga ko'ra, bemorlarga kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab gormonal gemostatik davolash buyurilgan (15 kishi, 37,9%). Shu bilan birga, gormon terapiyasining maqsadi endometriumning sekretor transformatsiyasiga erishish, keyin esa "gormonal kuretaj" ("tortib olish" qon ketishi paytida patologik o'zgargan endometriumni rad etish) edi. Monofazik past dozali kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlari (KOK) qo'llanildi, ular bizning fikrimizcha, UTIni davolash uchun tanlangan dorilar (14 dan 30 ta bemor, 48,5%). Qon ketishining intensivligiga, asoratlarning mavjudligiga, endometriyal giperplaziyaning mavjudligiga qarab, kuniga 1 dan 3-5 tabletkagacha bo'lgan dozada rigevidon (yoki regulon) (davolash dozasini bosqichma-bosqich kamaytirish bilan). Qon ketish o'rtacha $1,7 \pm 0,2$ kun davomida to'xtadi. Gormon terapiyasining birinchi kursining davomiyligi 10 dan 21 kungacha o'zgardi.

Qon ketishining takrorlanishining oldini olish uchun tsiklik gormon terapiyasi kurslari o'tkazildi.

Bachadondan qon ketishini davolash va relapslarning oldini olish uchun gormonal dorilarni qo'llash to'g'risida qaror qabul qilishda, hayz ko'rish funksiyasini shakllantirishda KOKni uzoq muddat qo'llash o'z endokrin funksiyasini o'chirish xavfini keltirib chiqarishi hisobga olindi. O'z navbatida, ko'plab ijobiy xususiyatlarga ega bo'lgan sof gestagenlarning preparatlari og'ir bachadon qon ketishi bilan og'irgan bemorlarda qo'llanilishi mumkin emas.

Gemostatik ta'sirga erishgandan so'ng (qonli oqindi to'xtashi davolash boshlanganidan 1-3 kun o'tgach kuzatilgan), dozani asta-sekin, lekin kuniga dozaning 1/3 qismidan ko'p bo'lmagan holda, parvarish qilishgacha kamayadi.

Ta'minot dozasi kuniga 1 tabletka gormonal preparat edi. Davolash kursi 21 kun. Kombinatsiyalangan estrogen-gestagenik preparatlarni qo'llashning nojo'ya ta'siri - ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning etishmasligi bemorlarning 16 foizida davolanish boshlanganidan boshlab 1-2 kunlarda kuzatilgan va serukalni parenteral yuborish bilan to'xtatilgan.

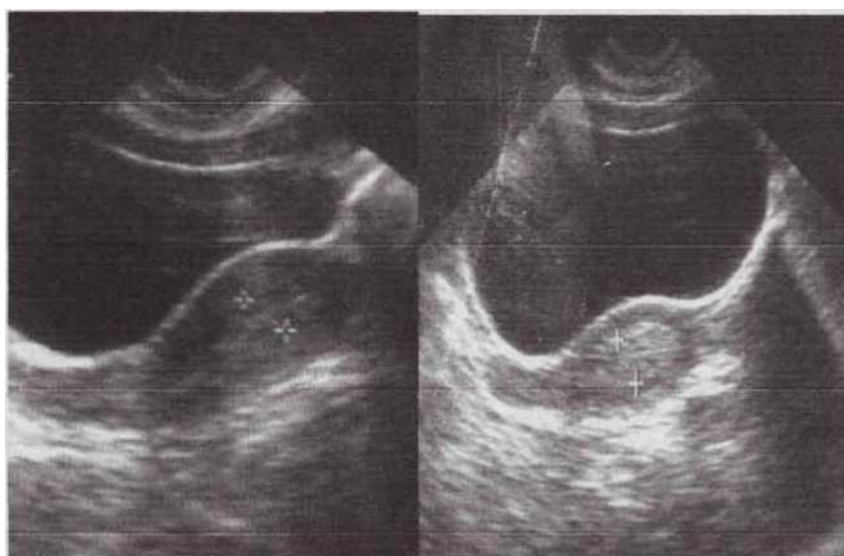
Gormonal gemostatik terapiya kursini tugatgandan so'ng, qon ketishining murakkab shakllari bo'lgan bemorlar, agar endometriumning qalinligi 10 mm dan oshsa (ultratovush tekshiruviga ko'ra) kutilayotgan hayz ko'rish davrida ginekologiya bo'limiga yotqizilgan, bu 46% da. Ko'p hollarda qon ketishining 1-2-kunlarida ko'p miqdorda qon ketishi va qorin og'rig'i bilan birga kelgan. Ushbu davrda uterotonik va analjezik terapiya (oksitotsin, diklofenakli shamlar), hipogastrik mintaqada amplipuls terapiyasi o'tkazildi. Hayz ko'rishga o'xshash reaksiyaning 5-6 kunida endometrium va tuxumdonlarning holatini kuzatish uchun tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi va keyingi gormonal tuzatish to'g'risida qaror qabul qilindi.

Ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra endometriyal giperplaziya belgilari bilan birgalikda o'rtacha va kam dog'li 17 qizda (25,8%) progestin preparatlarini qo'llash bilan gemostaz qo'llanildi. Bundan tashqari, kolpotsitologik tekshiruvga ko'ra giperestrogenik turdagi smearing kombinatsiyasi va endometriumdagi etarli proliferativ o'zgarishlar (ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra endometrium qalinligi 10 mm va undan ortiq) ham progestogenlarni (duphaston, utrozhestan) buyurish uchun sabab bo'lgan.

Gemostatik maqsadlarda gestagenlarni olgan 17 bemordan 10 tasida, ikkinchisi intravaginal tarzda qo'llanilgan. Bu o'tkir bosqichda gepatopatiya, surunkali gastroduodenit bilan og'rigan bemorlardir. Bunday holda, preparatning oshqozon-ichak trakti orqali birlamchi o'tishi yo'q edi. Bemorlarning hayz ko'rish funksiyasining o'rtacha davomiyligi $1,0 \pm 0,5$ yilni tashkil etdi. Qabul qilishdan oldin ularning barchasi tartibsiz hayz ko'rishga ega edi. Kasalxonaga yotqizilishdan oldin bachadondan qon ketishining davomiyligi 10 kundan 60 kungacha bo'lgan. 8 bemorda kolpotsitologik

reaktsiya - 3 - 4, 4 - 3 (o'rtacha yoki yuqori estrogen bilan to'yinganlik), 2 - 2 - 3, 3-2 (o'rtacha va past estrogen bilan to'yinganlik). Bemorlarning hech biri jinsiy hayotga ega emas edi.

Biz utrozhestan preparatini intravaginal yuborish orqali davolash uchun ota-onalarning roziligini oldik. Preparat 10-14 kun davomida kuniga 2 marta 100 mg dozada buyurilgan. Kuzatish shuni ko'rsatdiki, barcha bemorlarda o'rtacha $2,2 \pm 0,5$ kundan keyin dog'lanish asta-sekin to'xtaydi. Xuddi shu sanaga kelib, tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi endometriumning sekretor o'zgarishi belgilarini ko'rsatdi: qalinlashuv, giperekogenlik (5.1-rasm).



5.1-rasm. Utrozestan bilan davolashdan oldin va keyin endometriumning holati

Ushbu bemorlarda davolashning 5-7 kunida ultratovush tekshiruvida kista regressiyasining belgilari qayd etildi: kista bo'shliqlari diametrining pasayishi, kontur tarangligi. Ikki bemor, 6-7 kunlarda kasalxonadan chiqqanligi sababli, preparatni intravaginal yuborishdan og'iz orqali yuborishga o'tkazildi, shu bilan birga preparatning bir xil dozasi og'iz orqali yuborildi. Ikkala holatda ham, utrozhestanni og'iz orqali yuborish boshlanganidan 1-2 kun o'tgach, mo'tadil metrorragiya kuzatildi, bu keskin qon ketish sifatida qabul qilindi, preparatning dozasi kuniga 300 mg gacha oshirildi, qon ketish to'xtatildi.

Hayz ko'rish paytida MC bo'lgan bir bemorda utrogestanni intravaginal

qo'llashdan keyin 2-3 kun davomida gemostaz sodir bo'lmadi va shuning uchun u COCga o'tkazildi.

Gestagenlarni gemostatik maqsadlarda qo'llashda quyidagi fikrlarni hisobga olish kerak:

- utrozhestan preparatini yuborishning intravaginal yo'li sof progestogenlar bilan gemostaz uchun hech qanday kontrendikatsiyaga ega bo'lmagan balog'at yoshida bachadondan qon ketishi bo'lgan qizlarda progestogen terapiyasi uchun maqbuldir. Bu endometriumga mahalliy ta'sir ko'rsatishga imkon beradi, shu bilan birga gemostazga preparatning og'iz orqali yuborilganidan ko'ra past dozalari bilan erishish mumkin, shu bilan birga tuxumdonlarni ushlab turish kistalarining regressiyasi uchun qulay sharoitlar yaratiladi;

- balog'at yoshidagi bachadondan qon ketishida ishonchli gemostazni ta'minlash uchun utrogestanni intravaginal yuborish yo'lidan og'iz orqali yuborishga o'tish preparatning dozasini oshirish bilan birga bo'lishi kerak;

- gemostazning kechikishi ($2,2 \pm 0,5$ kundan keyin) tufayli, kamqonlik bilan asoratlangan balog'at yoshidagi bachadondan qon ketishini davolash uchun utrogestandan foydalanish mantiqiy emas.

Shunday qilib, kasalxonada balog'atga yetishish davrida bachadondan qon ketishini to'xtatish uchun qon ketishining intensivligi va ko'pincha murakkab tabiati tufayli kombinatsiyalangan og'iz kontratseptivlarini qo'llash bilan gormonal gemostaz ko'proq qo'llaniladi, bundan tashqari, KOK bilan qon ketishini to'xtatish sof gemostaza qaraganda tezroq sodir bo'ladi. gestagens.

II-Ikkinchi bosqich - takroriy qon ketishining oldini olish

Takroriy qon ketishining oldini olish tsiklik gormonal va gormonal bo'lmagan tuzatuvchi terapiyani o'z ichiga oladi. Va 30 bemor 19 tsiklik gormon terapiyasini oldi. Uning ko'rsatkichlari quyidagilar edi:

- MK1111 ning takroriy tabiati;
- asoratlarning mavjudligi (posthemorragik anemiya, endometriyal giperplaziyaning ultratovush belgilari, endometrit);

- o'ta og'ir qon ketishi tufayli davolanishning birinchi bosqichida gemostaz maqsadida gormonal dorilarning yuqori dozalarini qo'llash.

Relapsga qarshi maqsadlarda biz monofazik kombinatsiyalangan estrogen-progestin preparatlarini (22 bemor, 85,7%) va / yoki hayz davrining 2-bosqichida (7 bemor, 14,3%) progestogenlardan foydalandik.

Regulon (femoden, janin, logest, Diane-35) 1 tabletkadan kuniga 1 marta tsiklik rejimda (21 kun qabul qilish - 7 kunlik tanaffus). Davolashning ushbu bosqichining davomiyligi 2 oydan 6 oygacha. Preparatni tanlash giperandrogenizmning loyqa klinik sindromlarining mavjudligiga, tuxumdon kistalarini shakllantirish tendentsiyasiga, davolashning birinchi bosqichida endometriyal giperplaziyaning ultratovush belgilarini aniqlashga bog'liq. Endometriyal giperplaziya belgilari mavjud bo'lsa, ayniqsa MK1111 ning takroriy tabiati bo'lgan bemorlarda gestagen terapiyasiga keyingi o'tish bilan uzoq muddatli gormon terapiyasi kurslari (kamida 3 oy) tavsiya etiladi. 4 ta bemorda akne, Girsutizm, tuxumdonlarda multifolikulyar o'zgarishlar mavjudligi, ultratovush tekshiruviga ko'ra, antiandrogenik ta'sirga ega dorilar buyurilgan (Diana - 35, Logest).

Gestagenlar bilan terapiyani 22 nafar bemordan 7 nafari qabul qildi. Ushbu davolash usuli hayz davrining ikkinchi bosqichida bachadondan qon ketishining asoratlanmagan shakllari bilan og'riqan bemorlarda davolashning birinchi bosqichida, tuxumdonlarda polikistik o'zgarishlar bo'lmaganda qo'llanilgan. Utrozhestan kuniga 2 marta 100 mg dozada (intravaginal yoki og'iz orqali), dufaston 10 mg dan kuniga 2 marta hayz davrining 16 dan 25 kunigacha ishlatilgan. Davolash kursining davomiyligi 2 oydan 6 oygacha.

Gormon terapiyasi fonida bemorlarga hepatoprotektorlar (karsil, hofitol) va multivitaminlar buyurilgan.

III- Uchinchi bosqich - rehabilitatsiya

2-sonli bolalar shifoxonasining ginekologiya bo'limida gormon terapiyasini olgan GS fonida Gipermenstural sindromli bemorlar. Keyinchalik

N.F. Filatovga bosqichma-bosqich tekshiruv va davolanish uchun rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish tavsiya etildi. 56 kishi (84,8%) ushbu davolanishni oldi. Ushbu reabilitatsiya kursi gormonal terapiyaning 2-bosqichi tugagandan so'ng amalga oshirildi va davolanish samarasini baholashga, gipotalamus-gipofiz tizimining inhibitsiyoni va keyingi hayz davrining buzilishi xavfini kamaytirishga imkon berdi. Gipotalamus-gipofiz tizimining faoliyatini normallashtirishga qaratilgan gormonal bo'lmagan tuzatish terapiyasi o'tkazildi:

- tsiklik vitaminli terapiya (hayz davrining birinchi bosqichida B vitaminlari va foliy kislotasi, hayz davrining ikkinchi bosqichida E vitamini va askorbin kislotasi)

- nootrop dorilar (nootropil, piratsetam, pantogam, glitsin)

- miya qon aylanishini yaxshilaydigan dorilar (kavinton, vinpotsetin)

- sedativ terapiya (ona o'ti, valerian ildizi infuziyalari)

- fizioterapiya (gipotalamus-gipofiz tizimini uyg'unlashtirishga qaratilgan usullar)

Kafedrada qizlar rehabilitator tomonidan konsultatsiya qilindi, tekshiruv va tekshiruv ma'lumotlarini hisobga olgan holda fizioterapevtik va gomeopatik davolanishni qat'iy individual ravishda buyurdi. Reabilitatsiya davolash sxemalari 3 hayz davri uchun tuzilgan va bemorlar ambulatoriya sharoitida keyingi terapiyani olishlari mumkin edi.

9 (16%) holatda bemorlarga gormonal tuzatish terapiyasini davom ettirish kerak edi. Endometriumning sekretor o'zgarishlarini hayz davrining 20-22 kunida baholash maqsadga muvofiq bo'lganligi sababli, biz ushbu davrda bemorlarni bosqichma-bosqich tekshiruvga taklif qildik. Tekshiruvda funktsional diagnostika testlari - kolpotsitologik tekshiruv, tos a'zolarining dinamik ultratovush tekshiruvi, qonning klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarini nazorat qilish kiradi. Biz gormon terapiyasini olgan har qanday bemorda transaminazalar faolligining oshishi, umumiy bilirubin darajasining oshishi va boshqa ko'rsatkichlarni qayd qilmadik. Kolpotsitologik va ultratovush tekshiruvlaridan olingan ma'lumotlar bemorlarni keyingi

davolashga yondashuvni individuallashtirishga, bemorlarning ushbu qismida gestagenlarni buyurish uchun ko'rsatmalarni shakllantirishga imkon berdi.

Bemorlarning maxsus guruhini takroriy bachadondan qon ketishi bo'lgan qizlar (MK1SH bilan kasallangan 30 bemordan 18 tasi, 49,1%) tashkil etadi. Ushbu bemorlarning 7 nafarida davolashning reabilitatsiya kursi bosqichida histeroskopiya hayz davrining 20-22-kunlarida o'tkazildi. Ushbu turdagi tadqiqotlar uchun ko'rsatma tarixda MK1111 ning 2 dan ortiq takrorlanishi, shuningdek, vaqtinchalik ta'sir ko'rsatadigan gormon terapiyasining oldingi kurslari bo'lgan. 7 bemorning 5 tasida endometriyal giperplaziyaning gistologik belgilari aniqlangan, bir holatda uch oylik COC terapiyasidan so'ng glandular-tolali endometriyal polip aniqlangan. Olingan ma'lumotlar yana 3-4 hayz davri uchun gormon terapiyasini davom ettirish uchun sabab bo'ldi.

Klinik misol:

Bemor G., 13 yosh, ginekologiya bo'limiga 3 haftadan beri jinsiy a'zolardan qonli transudat kelishi, holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i shikoyatlari bilan yotqizilgan.

Anamnezdan ma'lumki, bemor 11 yoshdan boshlab hayz ko'radi. Hayz ko'rish hayz ko'rishdan muntazam emas, 5-10 kun, 20-40 kundan keyin, ko'p, og'riqsiz. Oxirgi hayz 10 kunlik kechikish bilan keldi va tugamadi. Anamnezda - ikki marta UIP 1 oygacha davom etgan, har ikki marta ham og'ir anemiya, endometriyal giperplaziyaning ultratovush belgilari bilan birga kelgan. Ikki marta rigevidon bilan gormonal terapiya oldi (3 oy davomida 2 kurs). Gormon terapiyasi tugaganidan keyin u ginekologga bormadi.

Hayot anamnezidan ma'lumki, qiz birinchi homiladorlikdan tug'ilgan, u 1-yarm toksikozi, shoshilinch asoratsiz tug'ish bilan davom etgan. Tug'ilgandagi tana vazni 3350 g, uzunligi 51 sm. Neonatal davrning kursi patologiyasiz. 5 oyligida stafilokokk enterokolit bilan kasallangan. Yuqumli kasalliklardan u suvchechak va qizilcha bilan kasallangan. Surunkali kasalliklardan aziyat chekmaydi. Tashxis bilan nevrolog tomonidan kuzatilgan:

"Vegetovaskulyar distoni". Jarohatlanganlar va operatsiyalar bo'lmagan. Oila tarixi: onasi ham o'smirlik davrida BBQK va tartibsiz hayz ko'rgan.

Tekshiruvda - o'rtacha og'irlikdagi holat. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalar oqargan. Sut bezlari, sonlar, dumba terisida - bir nechta pushti chiziqlar. Jinsiy rivojlanish ko'rsatkichi - 12,6 (13 yil davomida normativ ko'rsatkichlardan oldinda). Bo'yi baland (175 sm), tana vazni - 70 kg. Puls - daqiqada 100 zarba. Qon bosimi - 110/60 mm Hg. Qorin yumshoq, palpatsiyada og'riqsiz. Jinsiy organlardan oqindi qonli va ko'p. Maxsus tadqiqot davomida - anteflexiodagi bachadon tanasi, odatdagidan biroz kattaroq, bo'shashgan, palpatsiyaga sezgir. Qo'shimchalar kattalashtirilmagan, harakatchan, og'riqsiz.

Laboratoriya tekshiruviga ko'ra - og'ir anemiya (Nv65 g/l, eritrotsitlar - $2,0 \times 10^9$, gematokrit - 17%, leykotsitlar - $11,5 \times 10^9$ /l, trombotsitlar 230, Suxarev bo'yicha VSC: boshi - 5 min., oxiri - 6 min 30 sek). Koagulogramma bo'yicha - engil hipokoagulyatsiya. Qonning biokimyoviy tahlili - patologiya yo'q. Vaginal smearni kolpotsitologik tekshirish - reaksiya 4, KPP 40%. Qonda prolaktin darajasi normal (216 mIU/l).

Bosh suyagining rentgenogrammasi - bosh suyagining suyaklari o'zgarmagan, turk egari aniq belgilangan, o'lchamlari yoshga mos keladi.

Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvida bachadon hajmi biroz kattalashgan, endometrium qalinligi 1,5 sm. Tuxumdonlar multifolikulyar. Umumiy hajmi 9 sm³.

Tashxis: Balog'at davrida takroriy bachadondan qon ketishi Asoratlari - og'ir darajadagi postgemorragik anemiya, endometrit. tashxis - germinal, vegetativ buzilishlar bilan balog'atga etishning gipotalamik sindromi.

U infuzion terapiya, qon quyish (eritrotsitlar massasining 2 dozasi), rigevidon (boshlang'ich doza - kuniga 3 tabletk), antianemik va antibakterial davo, giperbarik oksigenatsiya seanslarini oldi. Qon ketish 2 kun davomida to'xtadi. Vaziyat barqarorlashgandan so'ng (2-kun) histeroskopiya va endometriyal biopsiya o'tkazildi. Gistologik tekshiruvga ko'ra - yallig'lanish

belgilari bilan bezli-kistik endometriyal giperplaziya. Bemor 10-kuni kasalxonadan chiqarilgan. Tavsiya etiladi: rigevidon terapiyasi tsiklik rejimda 3 oy, keyin

- duphaston 16 dan 25 d.m.c gacha. - 3 oy. Keyingi yilda u 2 ta reabilitatsiya terapiyasini oldi. Menstural sikl qaytdi.

5.2. Gipermenstural sindromning turiga ko'ra hayz davrining buzilishini davolash

GS fonida Gipermenstural sindrom turidagi hayz davrining buzilishi bo'lgan 30 nafar bemorni davolash qo'shimcha tekshiruv ma'lumotlariga asoslangan edi: kolpotsitologik, ultratovush, gormonal tekshiruv, EEG, bosh suyagi rentgenogrammasi va boshqalar. Yo'ldosh somatik kasalliklar va endokrin tizimining patologiyasi hisobga olingan. Gormonal bo'lmagan va gormonal davolash usullari qo'llaniladi:

- fizioterapevtik muolajalar 27 nafar (81,8%) nafarga o'tkazildi;

fizioterapevtik ta'sirni tanlashda tananing fon holati, oldingi davolanish natijalari, hayz ko'rish buzilishining turi, reproduktiv organlarning holati hisobga olingan.

Ushbu davolanishni tayinlashda kontrendikatsiyalarni hisobga olish, davolanishni hayz davrining bosqichi bilan birlashtirish juda muhimdir. Fizioterapiya va vitamin terapiyasi, gomeopatik davolash, nootropik preparatlarning kombinatsiyasi oqilona. Ushbu muolajalar sinergik bo'lishi kerak. Shunday qilib, asosan proliferativ (trofik) yoki sekretor ta'sirlarning shakllanishiga, markaziy asab tizimiga ogohlantiruvchi yoki inhibitiv rejimda ta'sirga erishish mumkin. Balog'at yoshidagi gipotalamik sindromli bemorlarga miyaning o'rta chiziqli tuzilmalarining trofizmini normallashtirishga, miya yarim korteksiga tartibga soluvchi ta'sir ko'rsatishga, bir tomondan opioid peptidlarini ishlab chiqarishni faollashtirishga va miyaning funktsional holatini yaxshilashga qaratilgan asosiy davolash kurslari kerak. boshqa tomondan

tuxumdonlar.oksipital texnika, epigastral hududga yuqori chastotali elektromagnit maydonlarning issiqlik bo'lmagan ta'siri.

Elektrodlarni joylashtirish usullariga ustunlik berildi, ular to'g'ridan-to'g'ri diensefalik va novda tuzilmalari hududida oqim chiziqlarining o'tishini ta'minlaydi: transserebral galvanizatsiya, past chastotali magnitoterapiya, endonazal D'Arsonvalizatsiya, shuningdek dorilarning elektroforezi (eufillin), magniy sulfat, vitaminlar). Ushbu omillardan foydalangan holda mikrosirkulyatsiya tomirlarida qon oqimining maydoni va tezligidagi sirt o'zgarishlari servikofasiyal mintaqaning terisini qabul qilish va miyaning median tuzilmalarini bog'laydigan neyrefleks mexanizmlarini amalga oshirishga imkon beradi. Fizioterapevtik muolajalar har kuni, har bir kurs uchun 8-10 protsedura o'tkazildi. Tsiklik rejimda kurslar hayz davrining 5 dan 7 kunigacha tavsiya etilgan;

- vitamin terapiyasi 26 bemorda (78,8%) ishlatilgan;

ma'lumki, ko'plab vitaminlar reproduktiv tizimning turli qismlari - markaziy asab tizimi - endokrin bezlar - bachadon funksiyasiga aniq ta'sir ko'rsatadi. B1, B2, B6, E vitaminlari, foliy kislotasi gonadotrop ta'sirga ega, estrogen almashinuvida, maqsadli hujayra retseptorlarini shakllantirishda ishtirok etadi. C, E, A, B6 vitaminlari neyroprotektiv ta'sirga ega, reproduktiv tizimdagi aloqalarni muvofiqlashtiradi va antioksidant faollikka ega. Shu munosabat bilan biz hayz davrining fazasini hisobga olgan holda vitaminlardan foydalandik:

hayz davrining 1 dan 15 kunigacha - pentovit 1 t. kuniga 2 marta (B guruhi vitaminlari va foliy kislotasi estrogenga o'xshash ta'sirga ega);

hayz davrining 16 dan 30 kunigacha - E vitamini 100 mg dan kuniga 2 marta, askorbin kislotasi 0,1 g dan kuniga 3 marta, glisin 0,05 g til ostiga kuniga 3 marta. Davolash kursi 3 oydan 6 oygacha;

-kortikal tuzilmalar faolligining pasayishi, neurotransmitterlar almashinuvining normallasishi, vegetativ disfunktsiyalarni davolash difeninni (kuniga 3 marta 0,1 g) peritol (kuniga 0,008 g) bilan birgalikda buyurish orqali

erishildi. Kurs 3 oydan 6 oygacha;

- miyadagi metabolik jarayonlarni yaxshilash, mikrosirkulyatsiyani faollashtirish uchun korteksin buyurilgan (mushak ichiga kuniga 10 mg yoki har kuni, kurs - 10 in'ektsiya), nootropil (kuniga 2-3 marta 200-400 mg), vinpotsetin yoki kavinton (5) mg kuniga 3 marta). Preparatni tanlash elektroensefalografiya, miya va bo'yin tomirlarining transkranial dopplerografiyasi ma'lumotlarini o'rgangandan so'ng nevrolog bilan birgalikda amalga oshirildi. Ba'zi hollarda, CSF gipertenzivasi bilan, suvsizlanish terapiyasi qo'llanilgan (diakarb har kuni ertalab 100 mg, veroshpiron 25 mg kuniga 3 marta).

Bundan tashqari, har kuni mushak ichiga B1 (20 mg) va B6 (50 mg) vitaminlari kiritildi. Kurs - 10 ta in'ektsiya;

- Surunkali infeksiya o'choqlarini sanitariya qilish GS bilan og'rigan bemorlarni davolashning zaruriy qismidir. Otorinolarolog, stomatolog tomonidan o'tkaziladi;

-semizlikni tuzatishga parhez terapiyasi, mashqlar terapiyasi orqali erishildi. Ko'pincha tana vaznining normallasishi hayz davrining normallasishiga, qon bosimining pasayishiga va umumiy holatning yaxshilanishiga yordam berdi. Reduction diet terapiyasi (Stroev Yu.I., 2003) tana vaznini kamaytirish va uglevod va lipid metabolizmini normallashtirishga qaratilgan. Uning maqsadi salbiy energiya balansini yaratishdir. GS bilan og'rigan bemorlarda qo'llaniladigan Pevznerga ko'ra 8-jadval hayvonlardan kelib chiqqan uglevodlar va yog'larning past dietasi talablarini qondiradi. Uning tarkibida 80 - 90 g oqsil, 70 - 80 g yog' va 80 - 120 g uglevodlar mavjud. Og'irlikni yo'qotish, xususan, periferik steroidogenezning pasayishiga olib keladi (qorin bo'shlig'idagi yog 'depolari) va PTS oldini olishda muhim tarkibiy qism bo'lgan gipertestosteronemiyani yo'q qiladi. Bemorning motivatsiyasini shakllantirish,

Gipermenstural sindromi bo'lgan 13 (38,2%) bemorga gormonal terapiya gormonal fonni, tos a'zolari va qalqonsimon bezning ultratovush tekshiruvi

ma'lumotlarini va kolpotsitologik tekshiruv ma'lumotlarini o'rganib chiqqandan so'ng, qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq buyurilgan. Giperprolaktinemiya (2 bemor), giperandrogenizm (3 bemor), tuxumdonlarda kist shakllanishi (10 bemor) bo'lsa, standart sxemalar bo'yicha gormon terapiyasi o'tkazildi.

Gipermenstural sindromi bo'lgan bemorlarni, shuningdek, Gipermenstural sindromli bemorlarni reabilitatsiya qilish yuqorida tavsiflangan bosqichma-bosqich fizioterapiya, vitamin terapiyasi, neyroprotektiv davolash va nazorat tekshiruvining kurslarini o'z ichiga oladi, bu laboratoriya qon tekshiruvi, tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi ma'lumotlarini o'z ichiga oladi. organlar, kolpotsitologik ma'lumotlar va ko'rsatmalarga ko'ra - miya va bo'yin tomirlarining dopplerografiyasi. Qolganlarga bu kursni ambulator sharoitda o'tash tavsiya etildi. Bosqichli davolash kurslarining chastotasi kamida 6 oyda bir marta yashash joyidagi ginekologning nazorati ostida tavsiya etilgan.

XULOSALAR

1. Gipotalamus sindromi bilan og'riqan bemorlar guruhi yuqori darajadagi somatik patologiya bilan tavsiflanadi: yuqori nafas yo'llarining surunkali kasalliklari (1-guruhda 43,9%, 2-guruhda 50%), oshqozon-ichak trakti kasalliklari (39,45 va 35,3%). , siydik tizimi (13,6 va 17,6%), avtonom asab tizimining buzilishi (80,7 va 66,9%), bu reproduktiv kasalliklarning paydo bo'lishi uchun xavf omillari hisoblanadi.

2. Gipotalamus sindromi bilan og'riqan qizlarning reproduktiv holati hayz ko'rish funksiyasi patologiyasi bilan birgalikda bir qator xususiyatlar bilan tavsiflanadi:

- jinsiy rivojlanishning tezlashtirilgan sur'atlari;
- hayz davrining buzilishi 80% hollarda hayz ko'rgandan so'ng darhol sodir bo'lgan, 20% hollarda - hayz ko'rishdan $13 \pm 2,1$ oy o'tgach;

- Gipermenstural sindrom 66% hollarda, Gipermenstural sindrom - 34% da kuzatilgan;

- gipotalamus sindromi bo'lgan bemorlarda bachadondan qon ketishining takrorlanishi 46,1% hollarda qayd etilgan;

takroriy disfunktsional qon ketishi bo'lgan bemorlarda endometriyal giperplaziya 66,6% hollarda kuzatilgan.

3. Gipotalamus sindromi fonida hayz davrining buzilishi bo'lgan bemorlarda hayz ko'rish funksiyasini barqarorlashtirishning optimal usuli jinsiy gormonlar terapiyasining adekvat kurslari, so'ngra gormonal bo'lmagan davolashning bosqichma-bosqich kurslari nazorat qilinadi. Bu 82% hollarda ijobiy ta'sirga (yaxshilanish, tiklanish) erishish imkonini beradi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. GS diagnostikasi algoritmlari quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: umumiy klinik tadqiqot usullaridan tashqari: EEG, bosh suyagi rentgenografiyasi, bo'yin va miya tomirlarining dopplerografiyasi, qalqonsimon bez va tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi, shuningdek gormonal darajalarni o'rganish.
2. Balog'at yoshidagi takroriy bachadon qon ketishi va aniqlangan endometriyal giperplaziya bilan og'rikan bemorlarga kamida 6 oy davomida bosqichma-bosqich gormon terapiyasi ko'rsatiladi, uning birinchi bosqichi past dozali kombinatsiyalangan kontratseptivlarni qo'llashdir (3 tsikl), keyin gestagenoterapiya (utrogestan, duphaston).) hayz davrining ikkinchi bosqichi bilan sinxronlashtiriladi (3 oydan kam bo'lmagan).
3. Davolashning reabilitatsiya kurslarini o'tkazishda GS bilan og'rikan barcha bemorlarga neyrotrofik davolash, surunkali infeksiya o'choqlarini sanitariya qilish (lor, stomatolog, gastroenterolog, urolog) shaklida serebrovaskulyar kasalliklar terapiyasi ko'rsatiladi; davolashning ushbu bosqichida GS bilan og'rikan bemorlarning minimal tekshiruvi reproduktiv organlarning funktsional holatini kolpotsitologik va ultratovush monitoringini o'z ichiga olishi kerak.

ADABIYOTLAR

1. Аветисова К.Р. Критическая оценка некоторых инвазивных и неинвазивных методов исследования, применяемых в гинекологии детского и юношеского возраста / К.Р. Аветисова, Н.С. Мартыш, Н.И. Волков // Акушерство и гинекология.-2018.- №3.- С. 22-25.
2. Алиева Э.А. Синдром поликистозных яичников у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дисс. .докт. мед наук/ Э.А. Алиева. - Москва. - 2011.- 32 с.
3. Андреева И.Н. Влияние трансцеребрального воздействия электрическим полем ультравысокой частоты на функциональное состояние гипоталамо- гипофизарной системы у больных с нарушениями менструального цикла: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук/И.Н. Андреева.- Москва,- 2017.- 23 с.
4. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем/ П.К. Анохин.-М: Медицина, 2015.- 447 с.
5. Антипина Н.Н. Роль хронического тонзиллита в формировании патологии репродуктивной системы в периоде полового созревания / Н.Н. Антипина //Акушерство и гинекология,-2018.-№7.- С.40-43.
6. Арсеньева М.Г. Кольпоцитологические исследования в диагностике и терапии эндокринных гинекологических заболеваний/М.Г. Арсеньева.-М.: Медицина, 2017.- 365 с.
7. Артюкова О.В. Гипоталамический синдром пубертатного периода (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук/О.В. Артюкова. — Москва. - 2017.- 30с.
8. Артымук Н.В. Гипоталамический синдром и репродуктивное здоровье женщин / Н.В. Артымук, Г.А. Ушаков // Акушерство и гинекология. -

- 2017.-№4.-С. 3-6.
9. Арустамян К.К. Репродуктивная функция женщин, страдающих гипоталамическим синдромом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ К.К. Арустамян. - Москва. - 2020.- 19 с.
 10. Бадалян Л.О., Берестов Л.И., Дворникова А.В. Головные боли у подростков/ Л.О. Бадалян, Л.И. Берестов, А.В. Дворникова. - М.; МП «Рарог», 2011.-60 с.
 11. Бабичев В.Н. Нейрогуморальная регуляция репродуктивной системы/ В.Н. Бабичев. — М.; Отдел научно-техн. информации Пущинского научного центра РАН, 2005. - 225 с.
 12. Бабичев В.Н. Состояние и перспективы нейроэндокринных исследований в физиологии репродуктивной системы/ В.Н. Бабичев // Проблемы эндокринологии.- 2002,- №6. - С.6-12.
 13. Бабичев В.Н. Витамины и их роль в функционировании репродуктивной системы/ В.Н. Бабичев, Т.В. Ельцева // Проблемы эндокринологии.-2003.- №2. - С.51-54.
 14. Башкеева И.Б. Низкочастотная магнитотерапия в комплексном лечении нарушений менструальной функции у девочек-подростков при поликистозе яичников центрального генеза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ И.Б. Башкеева. — Харьков. - 2011.-23 с.
 15. Берлингер Е.Г. Значение гипоталамических центров и биогенных аминов в нарушении регуляции полового цикла при неблагоприятных внешних воздействиях: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук./ Е.Г. Берлингер - Москва. - 2020,- 21 с.
 16. Бельгов А.Ю. Гормональный профиль юношеского ожирения/ А.Ю. Бельгов, Ю.И. Строев//Избранные вопросы внутренней патологии подростков: сб. науч. тр. под редакцией - СПб, 2003. - С.99-103
 17. Бельгов А.Ю., Строев Ю.И. Эндокринно-обменные нарушения у

- подростков с гипоталамическим синдромом пубертатного периода/
А.Ю. Бельгов, Ю.И. Строев //Сохранение репродуктивного потенциала
подростков: сб. науч. ст. - СПб, 2001. - С.140-141
18. Бирюкова М.А. Эндокринные заболевания и синдромы. Вирилизм./
М.А. Бирюкова, Н.А. Кравчук., Л.П. Любимова - М.; Знание, 2018. -
201 с.
19. Богданова Е. А. Клиника, диагностика и патогенез аменореи у
подростков: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук/Е.А. Богданова.- Москва,
2012.- 27 с.
20. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков/ Богданова Е.А. - М.;
Медицинское информационное агентство, 2000.- 332 с.
21. Богданова Е.А. Роль массы тела и роста в становлении менструальной
функции/ Е.А. Богданова, Н.Н. Антипина, И. С. Довженко, И.М.
Хорева // Акушерство и гинекология.-2014.- №5.- С. 69 -71.
22. Богданова Е.А. Комбинированные оральные контрацептивы в
терапии заболеваний репродуктивной системы у девочек/ Е.А.
Богданова // Российский медицинский журнал.-2001. - том 9.- №19. -
С.829-832.
23. Бодяжина В.И. Неоперативная гинекология/ В.И. Бодяжила, В.П.
Смет- ник, Л.Г. Тумилович. - М.: Медицина, 2020. - 543с.
24. Бондаренко Е.С., Ширеторова Д.Ч. Нейроэндокринные синдромы у
детей/ Е.С. Бондаренко, Д.Ч. Ширеторова. - М.: УОЛИ-УВ, 2013. - 31
с.
25. Богданович В.Л. Гипоталамические синдромы. Клиника,
диагностика/
В. Л. Богданович // Нижегородский медицинский журнал. - 2014.-
№3.-
С. 84-90.

26. Бурцева Г.А. Факторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/Г.А. Бурцева. - Томск, 2000. - 23с.
27. Вейн А.М. Вегетососудистая дистония/ А.М. Вейн, А.Д. Соловьёва, О.А. Колосова. - М.: Медицина, 2011.- 318 с.
28. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение/
А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, О.В. Воробьёва. - М.: МИА, 2003. - 749 с.
29. Вербовая Н.И. Патогенез пубертатно-юношеского диспитуитаризма по данным радиоиммунологических методов исследования/ Н.И. Вербовая, Н.Н. Гуляев, Е.А. Лоткова// Материалы 11-го Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов, Москва - Обнинск, 2014.- С. 393-394.
30. Вербовая Н.И. Некоторые аспекты патогенеза артериальной гипертонии при пубертатно-юношеском диспитуитаризме/ Н.И. Вербовая, Е.А. Лоткова//Проблемы эндокринологии. - 2015.- №3,- С.22-26
31. Вихляева Е.М. Современные аспекты изучения гиперпластических процессов репродуктивной системы у женщин/ Е.М. Вихляева. - М.: НИИ Охраны матери и ребёнка. - 2017.- 158 с.
32. Вовк И.Б. Современные подходы к назначению гормональной терапии при аменорее у девушек-подростков/ И.Б. Вовк, Г.Н. Абабкова //Российский вестник акушера-гинеколога. -2004.- №6 - С 14 -17.
33. Вовк И.Б. Лечение тяжёлых форм пубертатных маточных кровотечений/ И.Б. Вовк, Т.Д. Задорожная, В.Ф. Петербургская, В.И. Одобецкая // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - №1(13) - С 23 - 28.

- 34.Гращенко Н.И. Гипоталамус. Его роль в физиологии и патологии/ Н.И. Гращенко. -М.: Наука, 1964. - 368 с.
- 35.Гребова Л.П. Клинико-морфологические особенности девочек-подростков, больных ожирением: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук/ Л.П. Гребова.- 2015. - 25 с.
- 36.Гоготадзе И.Н. Ювенильные кровотечения/ И.Н. Гоготадзе. - СПб, СПбГПМА, 2003.-20 с.
- 37.Гуменюк Е.Г. Гормонотерапия в гинекологии/ Е.Г. Гуменюк. - Петрозаводск: «Петр-ру», 2000. - 168 с.
- 38.Гуркин Ю.А. Дисфункция яичников у девочек и девушек: Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, терапии, диспансеризации: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук./Ю.А. Гуркин. - Ленинград. - 2016. - 38 с.
- 39.Гуркин Ю.А. Гинекология подростков/ Ю.А. Гуркин. - СПб: Фолиант, 2000. - 574 с.
- 40.Гуркин Ю.А. Учёт особенностей антенатального развития при диагностике и лечении овариальных расстройств у девочек/Ю.А. Гуркин //Тезисы докладов XIV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. - М., 2013. — С. 63
- 41.Гуркина Е.Ю. Особенности течения препубертатного и пубертатного периода у девочек с врождённой гиперплазией коры надпочечников: Авто- реф. дисс. ... канд. мед наук/Е.Ю. Гуркина. - СПб., 2002. - 23 с.
- 42.Дедов И.И. Синдром гиперандрогении у женщин. Патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика и лечение/И.И. Дедов [и др.] - М., 2003. - 42 с.
- 43.Дворяжина И.В., Малыгин Е.В. Диагностика и лечение больных с синдромом пубертатного юношеского диспитуаризма/ И.В. Дворяжина, Е.В. Малыгин//Проблемы эндокринологии. - 2003. - №2. - С. 35-37.

44. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков/Учебно-методическое пособие под редакцией Шабалова Н.П.-М., МЕДпресс-информ.-2003.- 544 с.
45. Долженко И.С. Особенности неврологической симптоматики у девочек с нарушениями менструального цикла при дизэнцефальной дисфункции/И.С. Долженко, И.А. Брин//Новые технологии в диагностике и терапии гинекологических заболеваний и нарушений полового развития у девочек: тезисы межрегиональной науч.-практич. конф. - Москва, 2005,- С.86-88.
46. Долженко И.С. Возможности использования дюфастона для регуляции менструального цикла у девушек с гипоталамическим синдромом периода полового созревания/ И.С. Долженко //Акушерство и гинекология. - 2004. - №1. - С.50-51.
47. Дынник В.А. Клинико-гормональная характеристика и эффективность консервативных методов лечения девочек с ювенильными маточными кровотечениями в зависимости от темпов полового развития/ В.А. Дынник, С.А. Левенец //Тезисы докладов IX съезда акушеров-гинекологов УССР. - Киев, 2011.- С. 324-325.
48. Железнов Б.И. Гиперпластические процессы слизистой оболочки канала шейки матки, истмической части и тела матки в клинимоρφологическом аспекте/Б.И. Железнов//Факторы риска гиперпластических процессов репродуктивной системы женщин. — Рига, 2015. - С.27-29.
49. Зенкова Т.С. Магнитно-резонансная томография в диагностике заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ Т.С. Зенкова. - М, 2003. - 26с.
50. Исакова Э.В. Патогенез и диагностика недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук/ Э.В. Исакова. - СПб, 2003.-24 с.

51. Йен С.С.К. Репродуктивная эндокринология: пер. с англ, в 2 томах / С.С.К. Йен, Р.Б. Джаффе; под редакцией И.И. Дедова. - М.: Медицина, 2018. -Т.1 -704с,-Т.2 -432 с.
52. Казей Н.С. Гипоталамический синдром пубертатного периода/ Н.С. Казей - М.: УОЛИ-УВ. - 2020. - 14с.
53. Карабахцян Р.Г. Клинико-гормональные параллели при юношеском гипоталамическом синдроме: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ Р.Г. Карабахцян - Ереван, 2011. - 24 с.
54. Каухова А.А. Синдром поликистозных яичников у девочек-подростков и девушек: диагностика и лечение/А.А. Каухова, Л.В. Затонских, В.Ф. Ко-колина //Акушерство и гинекология. - 2003. - №2. - С.41-45.
55. Каюшева И.В. Дифференциальная диагностика гипоталамического синдрома пубертатного периода/И.В. Каюшева //Педиатрия. - 2014. - №5. - С.58-60.
56. Каюшева И.В. Лечение, профилактика и прогноз пубертатного юношеского диспитуитаризма/И.В. Каюшева. Учебно-методическое пособие. - Пермь, 2016.-20 с.
57. Киктева Р.Н. Особенности течения пубертатного периода у девочек с ожирением/ Р.Н. Киктева //Проблемы эндокринологии. - 2002. - №4. - С.55-56.
58. Кириллова Е.А. Клинические и генетические аспекты нарушений репродуктивной системы женщин: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук/ Е.А. Кириллова - Москва, 2019. - 39 с.
59. Князев Ю.А. Метаболические факторы риска при эндокринопатиях у детей/Ю. А. Князев. - М.: МОЛГМИ. - 2018. - 157 с.
60. Князев Ю.А. Ожирение у детей/ Ю.А. Князев, А.В. Картемишев. - М.: Медицина, 2012. - 79 с.

61. Кондриков Н.И. Структурно-функциональные основы гиперпластических изменений эндометрия женщины: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук/ Н.И. Кондриков. - Москва, 2011.- 46 с.
62. Кондриков Н.И. Структурные изменения эндометрия под воздействием стероидных гормонов//Российский медицинский журнал.-2009.-том1,- №1.- С. 12-15.
63. Коколина В.Ф. Репродуктивная система у девочек в норме и при ювенильных маточных кровотечениях: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук/. В.Ф. Коколина - Москва, 2019. -47 с.
64. Коколина В.Ф. Ювенильные маточные кровотечения/ В.Ф. Коколина. - М.: Информатик, 2017. — 176 с.
65. Коколина В.Ф. Современные методы диагностики и лечения ювенильных маточных кровотечений/В.Ф. Коколина //Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщины: сборник трудов I Сев-Кавк, съезда акушеров-гинекологов. - Ростов-на-Дону, 2014 - С.139.
66. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков/ В.Ф. Коколина - М.: МИД. - 2018. - 287 с.
67. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста/В.Ф. Коколина. - М.: Мед- практика. - 2003. - 268 с.
68. Кочергина Ю.В. Клиническая оценка репродуктивной системы девочек при рождении. Перинатальные факторы риска в прогнозировании её нарушений: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/Ю.В. Кочергина. - Томск. - 2004. -23 с.
69. Кошель В.И. Хронический тонзиллит и гипоталамические синдромы

инфекционно-аллергической этиологии, клинико-морфологические, лечебные аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/В.И. Кошель. - Москва. - 2018. -18 с.

70. Кротин П.Н. Коррекция менструальной функции у девочек негормональными методами/П.Н. Кротин, И.Н. Гоготадзе, Н.Ю. Соломкина //Проблемы эндокринологии. - 2002.- №4. - С.56.
71. Кротин П.Н. Функция гипофиза и периферических эндокринных желёз при нарушениях менструального цикла в пубертате/ П.Н. Кротин, Л.А. Чернова//Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии: Материалы и тезисы III Всероссийской науч.-прак. конференции, СПб, 2018. -С.75.
72. Крупко-Большова Ю.А. Физиология становления овариально-менструальной функции и маточные кровотечения у девочек: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук/Ю.А. Крупко-Большова. - Киев. - 1965. -24 с.
73. Кузнецова И.В. Роль гипоталамического синдрома периода полового созревания в патогенезе поликистозных яичников/ И.В. Кузнецова, А.Н. Стрижаков //Акушерство и гинекология. - 2016. - №4. - С. 3-6.
74. Кузнецова М.Н. Применение эхографии в диагностике ряда гинекологических заболеваний детского и юношеского возраста/ М.Н. Кузнецова, Н.С. Мартыш //Акушерство и гинекология. - 2017. - №3 - С.9-13.
75. Кулаков В.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста/В.И. Кулаков, М.Н. Кузнецова, Н.С. Мартыш. -М.: Медицина. - 2014. - 112 с.
76. Куликова Л.В. Клинико-гормональные особенности поликистоза яичников у девочек-подростков с гипоталамическим синдромом/Л.В. Куликова, И.Л. Тучкина, И.Б. Бакшеева. //Проблемы эндокринологии.

- 2002. - №4. - С. 54.
77. Кульбаева К.Ж. Становление репродуктивной системы у девочек-подростков, прогнозирование некоторых акушерских осложнений и ранняя их профилактика: Автореф. дисс. ... докт. мед.наук./К.Ж. Кульбаева. - Москва, 2020. - 38 с .
78. Левенец С.А. Особенности становления функции половой системы: Автореф. дисс.... канд. мед.наук./ С.А. Левенец. - Харьков, 2010. - 23 с.
79. Левенец С.А. Становление менструальной функции у девочек-подростков с гипоталамическим синдромом периода полового созревания/ С.А. Левенец, О.Ю. Шелудько//Материалы 5-й Всероссийской науч,- практ. конференции дет.и подр. гинекологов. - СПб. - 2003. - С. 88-91.
80. Левин Я.И. Патология церебральных дофаминергических систем: неврологические и нейроэндокринные аспекты: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук/ Я.И. Левин. - Москва, 2011. — 36 с.
81. Малевич К.И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях/ К.И. Малевич, П.С. Русакевич. — Минск: Вышэйшая школа. - 2014. - 368 с.
82. Малов В.А. Немедикаментозные методы лечения гипоталамического синдрома периода полового созревания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук/ В.А. Малов - Москва, 2011. - 30 с.
83. Манухин И.Б. Синдром поликистозных яичников/И.Б. Манухин, М.А. Геворкян, Н.Е. Кушлинский -М.: МИА.-2004. - 192 с.
84. Мизецкая Е.А. Пустое турецкое седло: клиника, диагностика и лечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/Е.А. Мизецкая. - Москва, 2014. — 19 с.
85. Микиртумов Б.Е. Психотерапия в комплексном лечении нарушений репродуктивной функции/ Б.Е. Микиртумов, С.М. Пукшанская, Ю.П.

- Маров// Тезисы докладов науч.-практич. конференции дет. и подр. гинекологов. - СПб, 2017. - С. 27-28.
- 86.Мириманова Р.П. Состояние репродуктивной системы при гипоталамическом синдроме периода полового созревания: Автореф. дисс...докт. мед. наук/Р.П. Мириманова. - Москва, 2016. - 50 с.
- 87.Михайлов М.К. Эндокраниоз и нейроэндокринные синдромы и заболевания/ М.К. Михайлов, И.А. Гилязутдинова, Ф.З. Миндубаева. - Казань, 2005.-144 с.
- 88.Пасман Н.М. Дифференцированный подход к терапии дисфункциональных маточных кровотечений у подростков/ Н.М. Пасман [и др]//Гинекология. - 2004.- т.6 - №4. - С. 202-204
- 89.Одуд Е.А. Метаболический синдром у детей и подростков с ожирением: возможности диагностики, профилактики и лечения/ Е.А. Одуд, О.В. Бородина, А.В. Тимофеев//Фарматека. - 2003. - №08(71). - С. 18-21.
- 90.Орлов В.И. Лептин, свободный и общий тестостерон у больных синдромом поликистозных яичников/ В.И. Орлов, К.Ю. Сагоманова, А.В. Кузьмин//Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сборник научных материалов. -2001-2002. - т.1. -№1. - С. 196-201.
- 91.Панфилова А.В. К вопросу о диагностике пубертатно-юношеского диспитуитаризма/ А.В. Панфилова [и др]//Актуальные проблемы современной эндокринологии: материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов-СПб, 2001.-С. 625
- 92.Пашинская Л.Ф. Факторы риска ювенильных кровотечений/Л.Ф. Пашинская, Н.В. Снесарева, Р.Г. Скачедуб//Тезисы докладов I Всероссийской науч.-практ. конференции детских и подростковых гинекологов. - СПб, 2003. - С. 37-38.
- 93.Пищулин А.А. Синдром гиперандрогении неопухолевого генеза/ А.А.

- Пищулин, А.В. Бутов, О.В. Удовиченко //Проблемы репродукции. - 2009. - №3.-С. 6-15.
- 94.Потин В.В. Нормогонадотропная первично-яичниковая недостаточность/В.В. Потин [и др.] //Проблемы эндокринологии. - 2020. - №4. - С. 83-87.
- 95.Райгородская Н.Ю. Коррекция нейроциркуляторных нарушений у больных пубертатно-юношеским диспитуитаризмом/ Н.Ю. Райгородская, Н.В. Болотова, А.П. Аверьянов, О.В. Бахметьева//Актуальные проблемы современной эндокринологии: материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. - СПб, 2001. - С. 618
- 96.Резников А.Г. Метаболизм половых стероидов в гипоталамусе и его роль в нейроэндокринной регуляции репродукции/А.Г. Резников //Проблемы эндокринологии. - 2020. - №4. - С. 26-30.
- 97.Розен В.Б. Рецепторы и стероидные гормоны: рецепторные белки и проблемы специфической чувствительности клетки с стероидным гормоном/В.Б. Розен, А.Н. Смирнов -М.: изд. МГУ, 2011. - 310 с.
98. Рубченко Т.И. Функциональное состояние яичников и выбор тактики ведения больных нейроэндокринным синдромом с нарушением репродуктивной функции: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ Т.И. Рубченко. - Москва, 2018. - 24 с.
99. Рубанович В.М. Гипоталамическая патология и кожа/ В.М. Рубанович. - М.: Медицина. -2011. - 111 с.
100. Савельева Г.М. Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия: Методические рекомендации/ Г.М. Савельева. - М.: Б.и., - 2013.- 18 с.
101. Серов В.Н. Предрак эндометрия/ В.Н. Серов, Г.М. Савельева. - М.: Медицина 2010.- 168 с.

102. Серов В.Н. Нейроэндокринные нарушения менструального цикла/ В.Н. Серов, А.А. Кожин, Х.С. Сабуров. — Ташкент: Медицина. - 2014. - 123 с.
103. Серов В.Н. Послеродовые нейроэндокринные синдромы/ В.Н. Серов. - М.: Медицина, 2018. - 144 с.
104. Славнов В.Н. О состоянии ренин ангиотензин- альдостероновой системы у больных с нейроэндокриннообменной формой гипоталамического синдрома/В.Н. Славнов, В.В. Марков //Проблемы эндокринологии, 2019.- №2.-С. 31-34
105. Сметник В.П. Неоперативная гинекология/ В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович.- М.: МИА. - 2001. — 591 с.
106. Современные принципы и методы диагностики нарушений менструального цикла/Методические рекомендации под редакцией Прилепской В.Н. -М., 2017.-22с.
107. Старкова Н.Т. Руководство по клинической эндокринологии/ Н.Т. Старкова, Г.Ф. Александрова. - СПб.: Питер-пресс, 2016.-540 с.
108. Строев Ю.И. Ожирение у подростков/ Ю.И. Строев, Л.П. Чурилов, Л. А. Чернова, А.Ю. Бельгов. - СПб.: Элби-СПб, 2004. - 216 с.
109. Сутурина Л.В. Основные патогенетические механизмы и методы коррекции репродуктивных нарушений у больных с гипоталамическим синдромом/Л.В. Сутурина, Л.И. Колесникова. - Новосибирск: Наука, - 2001. - 132 с.
110. Сутюшев Б.Г. Иглорефлексотерапия при нейроэндокринных нарушениях у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ Б.Г. Сутюшев. - Казань, 2014.- 22 с.
111. Таракулов Я.Х. Взаимоотношение Р-эндорфина и тиреоидного статуса у больных с нейро-обменной формой гипоталамического синдрома

- пубертатного периода/ Я.Х. Таракулов, Л.А. Муртазаева, Л.А. Жукова //Проблемы эндокринологии. - 2002. - №4. - С. 11-12.
112. Телунц А.В. Применение препаратов нейромедиаторного действия у девочек-подростков с яичниковой гиперандрогенией/ А.В. Телунц [и др.] //Акушерство и гинекология. - 2002. - №5. - С. 11 - 14
113. Терещенко И.В. Гипоталамический пубертатный синдром: этиология, патогенез, принципы терапии, диспансеризация: Автореф. дисс. ... докт .мед. наук/И.В. Терещенко. - Москва, 2017. - 36 с.
114. Терещенко И.В. Эндокринные расстройства у юношей и девушек в пубертатном периоде/ И.В. Терещенко. - М.: НПО Союзмединформ, 2011. - 66 с.
115. Терещенко И.В. Современные проблемы лечения ожирения/ И.В. Терещенко//Проблемы эндокринологии. - 2003. - №2. - С.57-60.
116. Уварова Е.В. Современные проблемы репродуктивного здоровья девочек/ Е.В. Уварова, В.И. Кулаков. //Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - №1. - С. 6-10.
117. Уварова Е.В. Результаты применения микродозированного прогестерона у девочек-подростков с маточными кровотечениями/ Е.В. Уварова, Н.М. Веселова, И.А. Сальникова.//Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2005. - №1. - С. 28-33.
118. Ульрих Е.А. Железистая гиперплазия эндометрия - опыт применения дюфастона/ Е.А. Ульрих, Г.Ф. Кутушева , А.Ф. Урманчеева.// Материалы 5-й Всероссийской науч.- практ. конференции дет. и подр. гинекологов.- СПб. - 2003. - С. 247-249.
119. Ушакова Г.А. Некоторые возможности прогнозирования становления репродуктивной системы девочек в постнатальном периоде/ Г.А. Ушакова //Здоровье подростков на границе XXI века: материалы всероссийской науч.практ. конференции дет. и подр.

- гинекологов. — СПб. - 2017. - С.2627.
120. Халтаев Н.Г. Некоторые рекомендации больным, страдающим ожирением/Н.Г. Халтаев //Кардиология - 2016. - №2. - С. 108-109
121. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика, трудности и ошибки/ С.Г. Хачкурузов. - СПб.: Элби. - 2001. - 661 с.
122. Хейфец С.Н. Нейроэндокринные синдромы у женщин/клинические лекции/ С.Н. Хейфец. - Томск: ГМИ. - 2015. - 62 с.
123. Чернуха Г.Е. Современные представления о синдроме поликистозных яичников/ Г.Е. Чернуха //Consilium medicum. - 2002. - т.4. - №10. - С. 1618
124. Чеботарёва Ю.Ю. Некоторые особенности вегето-гормональных взаимоотношений у девочек-подростков с нарушением менструального цикла/Ю.Ю. Чеботарёва//Материалы 5-й Всероссийской научно-практической конференции дет.и подр. гинекологов. - СПб. - 2003. - С. 200-201.
125. Чеботарёва Ю.Ю. Особенности репродуктивных нарушений у девочек пубертатного возраста на фоне различных экстрагенитальных заболеваний: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук/ Ю.Ю. Чеботарёва. - Ростов-на-Дону, 2000. - 20 с.
126. Шилин Д.Е. Синдром гиперандрогении; дифференциально- диагностические подходы и критерии диагноза/ Д.Е. Шилин.// Проблемы эндокринологии. — 2002. - №6. - С. 39-45.
127. Шефер Д.Г. Гипоталамические (диэнцефальные) синдромы/ Д.Г. Шефер. - М.: Медгиз. - 2011. - 383 с.
128. Шущунова М.С. Нетрадиционные методы лечения гинекологических заболеваний у девочек и девочек-подростков/ М.С. Шущунова.- М.: Три- ада-Х, 2000. - 212 с.
129. Anderson M.M. Abnormal vaginal bleeding in adolescents/ M.M.

- Anderson, C.E. Irwin, D.L. Snyder//Pediatr. Ann.-2016.-№15(10).-P.697-701, 704-707.
130. Apter D. Early menarche: A risk factor for breast cancer, indicates early onset of ovulatory cycles/ D. Apter, R. Vihko //J.Clin.Endocrin.Metab.-2013.- V.57.-P.82-86.
131. Apter D. Serum pregnenolone, progesterone, 17-hydroxyprogesterone, testosterone and 5 α -dihydro testosterone during female puberty/ D. Apter, R. Vihko //J. Clin. Endocrinol. Metab.-2017.-№45.-P. 1039-1048.
132. Berkow R. The Merk Manual of diagnosis and therapy/ R. Berkow//N.Y., 2002.-2844 p.
133. Bitri M. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents (63 cases)/M. Bitri, H. Chelly, N. Amraoui //Tunis. Med.-2003, Nov.-71(11).-P.513-516.
134. Bravender T. Adolescent Gynecology: Part I. Common Disorders Menstrual Disorders Dysfunctional Uterine Bleeding/T. Bravender, S. J. Emans //Pediatr. Clin. North. Am.-2009, Jun.-46(3).-P.545-553.
135. Braverman P.K. Menstrual Disorders/ P.K. Braverman, S.J. Sondheimer //Pediatrics in Review.-2017.-V.18.-№1.
136. Brenner P.F. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding /P.F. Brenner//Amer. J. Obstet. Gynec.-2016.-V. 175.-P.766-769.
137. Chimbira T.H. Relation between menstrual blood loss and patient's subjective assessment of loss, duration of bleeding, number of sanitary towels used, uterine weight and endometrial surface area/ T.H. Chimbira, A.B.M. Anderson, A.C. Turnbull/ZBr. J. Obstet. Gynaecol.-1 980.-№87.-P.603-609.
138. Chuong C.J. Management of abnormal uterine bleeding/ C.J. Chuong, P.F. Brenner//Amer. J. Obstet. Gynec.-2016.-V.175.-№3 Pt.2.-P.787-792.
139. Claessens E.A. Acute adolescent menorrhagia/E.A. Claessens, C.A. Cowell //Amer. J. Obstet. Gynec.-2011.-V.139.-P.277-280.

140. Deligeoroglou E. Dysfunctional uterine bleeding/ E. Deligeoroglou //Ann. N.Y. Acad. Sci.-2017.-№816.-P. 158-64.
141. Demoulin A. Monitoring of follicular growth significance of echography/A. Demoulin, S.P. Shaaps, R. Lambotte//J. Gynec. Obstetr. Biol. Reprod.-2014.- V. 13.-№6.-P.635-642.
142. DeVore G.R. Use of intravenous Premarin in the treatment of dysfunctional uterine bleeding: A double blind randomized control study/G.R. DeVore, O. Owens, N. Kase//Obstetrics and Gynecology.-2012.- V.59.-P.285-291.
143. Duflos-Cohade C. Menstrual cycle disorders in adolescents/ C. Duflos-Cohade//Arch. Pediatr.-2000.-№7(7).-P.767-72.
144. Edmonds D.K. Dysfunctional uterine bleeding in adolescence/D.K. Edmonds //Baillieres Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaec.-2009.-№13(2).- P.239-49.
145. Ewenstein B.M. The pathophysiology of bleeding disorders presenting as abnormal uterine bleeding/ B.M. Ewenstein //Amer. J. Obstet. Gynec.- 2016.- V.175.-P.770-777.
146. Falcone T. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents /T. Falcone [et al.] //J. Reprod. Med.-2014.-V.39.-P.761-764.
147. Farhi B. Endometrial carcinoma in women under 25 years of age/ B. Farhi, J. Nosanchok, S. Silverber//Obstet. Gynec.-2016.-V.68.-P.741-744.
- 148 Fathalla M.F. Reproductive health: a global overview/ M.F. Fathalla//ZEarly Hum. Dev.-2002, Jun-Jul.-29(1-3).-P.35-42.
149. Fraser I.S. Menorrhagia: A pragmatic approach to the understanding of causes and the need for investigations/ I.S. Fraser //Brit.J.Obstet.Gynec.- 2014.- V.101.-P.3-7.
150. Friedman H.L. Reproductive health in adolescence/ H.L. Friedman //World Health Stat. Q.-2014.-47(1).-P.31-35.

151. Gidwani G.P. Vaginal bleeding in adolescents/ G.P. Gidwani //J. Reprod. Med.-2014.-№29.-P.417-420.
152. Iglesias E.A. Menstrual cycle abnormalities: diagnosis and management / E.A. Iglesias, S.M. Coupey//Adolesc-Med.-2009.-№10(2).-P.255-273.
153. Kadir R.A. Frequency of inherited bleeding disorders in women with menorrhagia/R.A. Kadir. [et al.] //Lancet-2018.-№351.-P.485-9.
154. Kilbourn C.L. Abnormal uterine bleeding. Diagnostic considerations, management options/ C.L. Kilbourn, C.S. Richards/ZPostgrad.Med.-200L-№109(1).-P. 137-8, 141-144, 147-150.
155. Lasley B.L. Methods for evaluating reproductive health of women/ B.L. Lasley, S.E. Shidleler//Occup.Med.-2014.-Jul-Sep.-V.9.-N 3.-P.423-433.
156. Lavin C. Pituitary Gland: Dysfunctional uterine bleeding in adolescents / C. Lavin //Current Opinion in Pediatrics.-2016, Aug.-8(4).-P.328-332.
157. Lee C.A. Women and inherited bleeding disorders: menstrual issues/ C.A. Lee //Semin. Hematol.-2009.-№36.-P.21-7.
158. Lindner E. A propos de metropragies juvenites/ E. Lindner, Z. Chilap - 2014.-V.10.-№1.-P.27-30.
159. MacMahon B. National Health Examination Survey: Age at Menarche/ B. MacMahon// Washington, 2013. US Department of Health, Education, and Welfare, Publication №741615. -Ser. 11. -№ 133.
160. Minjarez D.A. Abnormal uterine bleeding in adolescents/ D.A. Minjarez, K.D. Bradshaw//Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.-2000.-№27(1).-P.63-78.
161. Mitan L.A.P. Adolescent menstrual disorders/ L.A.P. Mitan, G.B. Slap //J. Pediatr.-2001, Jun.-V.138.-№6.
162. Muram D. Vaginal bleeding in childhood and adolescence/D. Muram //Obstet. Gynec. Clin. North Amer.-2020,Jun.-V.17.-№2.-P.389-408.
163. Neinstein L.S. Child Menstrual problems in adolescents/ L.S. Neinstein

- //Med. Clin. North Am.-2020.-№74(5).-P. 1181-1203.
164. Olsson I. Follow-up of health status of young girls by primary health care/1. Olsson//Lakartidningen.-2016, Aug.7.-V.93.-N32-33.-P.2719-2720.
 165. Polaneczky M.M. Menstrual disorders in the adolescent: Dysmenorrhea and dysfunctional uterine bleeding/M.M. Polaneczky, G.B. Slap//Pediatric Review. - 2002.-V.13.-P.83-87.
 166. Powell L.L. Evaluation of abnormal genital bleeding/L.L. Powell //NAACOGS Clin. Iss. Perinat. Women's Health Nurs.-2011.-№2(3).-P.328- 338.
 167. Riggs S. Abnormal vaginal bleeding secondary to iron deficiency in a thirteen years old / S. Riggs//J. Adolesc. Health Care.-2019.-V.10.-P.567-569.
 168. Rosenfield R.L. Menstrual disorders in adolescence/R.L. Rosenfield, R.B. Barnes//Endocrinol. Metab. Clin. North Am.-2003.-№22(3).-P.491-505.
 169. Shwayder J.M. Pathophysiology abnormal uterine bleeding/ J.M. Shwayder //Med. Clin. North Amer.-2000, July.-V.84.-№4.-P.851-868.
 170. Simmons P.S. Common gynecologic problems in adolescents/ P.S. Simmons //Prim. Care.-2018.-№15(3).-P.629-642
 171. Spence J.E. Anovulation and monophasic cycles/ J.E. Spence //Ann. N.Y. Acad. Sci.-2017.-V.16.-P.173-176.
 172. Smith Y.R. Menorrhagia in adolescents requiring hospitalization/ Y.R. Smith, E.H. Quint, R.B. Hertzberg //J. Pediatr.Adolesc.Gynec.-2018, Feb.-V.11.-№1.-P. 13-15.
 173. Schwartz M.B. Adolescent gynecology for the pediatrician/ M.B. Schwartz //Paediatrician.-2019.-№8(3)-P. 113-123.
 174. Vasileva P. A rare case of a variant cervical polyp in adolescence/ P.

Vasileva, R. laneva//Akush. Ginekol. Sofia.-2018.-№37(3).-P.56-8.

175. Ward C.L. Hemorrhaging at menarche: A case report / C.L. Ward//J. Fam. Pract.-2002, Mar.-V.34.-№3.-P.351-354.

176. Williams E.C. Profile of young people's advice clinic in reproductive health 2018-93 / E.C. Williams, R.J. Kirkman, M. Elstein //BMJ.-2014.-Sep.-24,- 309(6957).-P. 786-788