

А.Р. ОНЛАС, Ж.Ж. НУРУМБЕТОВА, А.Е. КАЛДИБЕКОВА
Репродуктивті Медицина Институты, Қазақстан, қ. Алматы

АНАЛЫҚ БЕЗІНІҢ ПОЛИКИСТОЗДЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЗАМАНАУИ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ (ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ)

Қазіргі уақытта аналық безінің поликистозды синдромы клиникалық және қоғамдық денсаулық тұрғысынан маңызды болып табылады. Бұл аурумен репродуктивті жастағы әйелдердің бестен бірі зардап шегеді. Бұл айтарлықтай әртүрлі клиникалық көріністерге ие, айта кетсек репродуктивті (бедеулік, гиперандрогенез, гирсутизм), метаболикалық (инсулинрезистенттілік, глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы, 2-ші тип қант диабеті, қан тамыр жүйесінің жағымсыз қауіп қатері) және психологиялық ерекшеліктері (жоғары үрейлілік, депрессия және өмір сапасының нашарлауы).

Түйінді сөздер: Аналық безінің поликистозды синдромы, өзектілігі, таралымы, этиопатогенезі, клиникасы, емі.

Аналық безінің поликистозды синдромы (Штейн Левентал синдромы) алғаш рет ановуляция және бедеулікпен байланыстырған екі американдық дәрігер құрметіне аталған. Дәл осы дәрігерлер ановуляцияның емі ретінде аналық безіне сына тәрізді резекцияны қолдану керек деп сипаттаған[11].

Профессор Н.И. Козуб (2013ж), бұл ауруды функционалды гонадотропинге тәуелді гиперандрогенизм ретінде сипаттаған. Бұл аурудың нәтижесінде қан сарысуындағы лютеиндеуші және фолликулды стимулдеуші, аналық без ішіндегі андроген және эстрогендер концентрациясының арақатынасы өзгеріп, фолликулдардың атрезиясына алып келеді[1].

Өзектілігі: Репродуктивті жастағы әйелдерде аналық безінің поликистозды синдромы эндокринология және гинекологияда қиын және соңына дейін шешілмеген өзекті мәселелердің бірі болып жалғасуда. Аналық безінің поликистозды синдромы тек медициналық емес сонымен қатар қоғамдық мәселе, себебі әйел ағзасының маңызды қызметінің бірі балалы болуға әсер етеді.

Таралымы: И.Б. Манухин және авторластары (2004ж) мәліметі бойынша аналық безі поликистозды синдромының жиілігі 0,6 – 11% [2], ал Tim Chang 2012 жылғы зерттеуі бойынша барлық репродуктивті жастағы австралиялық әйелдерде аналық безінің поликистозды синдромы кездесу жиілігі 12 – 21% болған[12]. Teimuraz Apridonidze және авторластары (2005ж) зерттеуінде АҚШ-та аналық без поликистозды синдромының жиілігі 6-10 % [13]. Н. Теде және авторластары (2010 ж) жүргізілген зерттеулерде Грецияда, Испанияда және АҚШ-та аналық безі поликистозды синдромының кездесу жиілігі 4-8% [14].

Этиопатогенезі: Қазіргі таңда аналық безінің поликистозды синдромының этиопатогенезі аса тараған теориясы гиперинсулинемия мен функционалды овариальды гиперандрогинемиямен негізделген. Аналық без поликистозды синдромына тән инсулинрезистенттілік кезінде компенсаторлы гиперинсулинемия пайда болады. Сонымен қоса қарама қайшылық факт байқалады. Шеткері тіндердің инсулинге сезімталдығымен төмендеуіне қарамастан аналық безінде инсулиннің ИФР– 1 рецепторы жоғарылау ұқсастығы бойынша осы гормонның стимуляциялық әсеріне сезімталдығы сақталған. Өзіндік инсулин және ИФР– 1 текальды жасушаларда андрогендер синтезін белсендіреді. Андрогендердің концентрациясының жоғарылауы аналық безінде эстроген өндіруші гранулезды жасушаларының біртіндеп элиминациясына әсер етіп текальды жасушалардың гиперплазиясына ұшырайды, бұл фолликулдар атрезиясына әкеледі. Инсулинге тәуелділік бұзылысының андрогендердің көп бөлінуі 2-ші типті қант диабеті дамуымен қатар жүруі мүмкін. Бұл жағдайды гиперандрогенемия белгілері бар науқастарды зерттегенде ескеру керек. Бұдан басқа инсулин және ИФР– 1 аналық безімен бүйрек үсті безіндегі стероидогенезге қатысатын P450c17 α цитохромды белсендіруге қабілетті[3].

Семіздік перифериялық тіндердің инсулинге сезімталдығын төмендететін және компенсаторлы гиперинсулинемия дамуын және көмірсу алмасу бұзылысына әсер ететін фактор ретінде белгілейді.

Клиникалық көріністері:

Мельниченко Ж.А. (2007ж) бақылауы бойынша аналық безінің поликистозды синдромының клиникалық көріністері: етеккір циклының бұзылысы (80%), ановулятолы бедеулік, андроген тәуелді дермопатия белгілері (гирсутизм 64-69%, акне 27-35%, себорея, алопеция 3-6%), семіздік [3]. Аналық безінің поликистозды синдромының диагнозы тек бірнеше клиникалық көріністер бірлестігінде қойылады.

Диагностикасы: Ресей ғалымы Гуриев Т.Д. (2010г) аналық безінің поликистозды синдромының диагностикасында қан сарысуындағы ақуызбен байланысқан жыныстық стероидтерді анықтауға негізделген гормональды зерттеулер маңызды болып табылады деп есептейді. Сонымен қатар, бұл патологиялық көрініс, негізінен биологиялық белсенді "бос", гормондармен анықталады. Гормональды зерттеуді етеккір тәрізді реакциядан кейін жүргізеді: қанда ЛГ,ФСГ, Пролактин, Тестостерон, сонымен қатар бүйрекүсті безі андрогендер – ДЭА сульфат, 17-оксипрогестерон деңгейлерін анықтайды. Аналық безінің поликистозды синдромында андроген, ЛГ жоғары деңгейі және осыған сәйкес ЛГ/ФСГ индексінің жоғары болуы тән [4]. Аналық безінің поликистозды синдромымен ауыратын әйелдерде қан сары суында эндотелий жасушасының өсу факторы сау әйелдерге қарағанда жоғары [16]. Ал, Демидов И.В. және авторластары (1990ж) жүргізген ультрадыбыстық зерттеуі бойынша, 19-35 жас аралығындағы аналық безінің поликистозды синдромына күдігі бар 276 науқастарда жатырыдың қалыңдығы мөлшерінен кіші болған. Ал аналық безінде диаметрі 0,3-0,5 см аспайтын көптеген кистозды қосылыстар сипатталған [5,6].

Сонымен аналық безінің поликистозды синдромы қазіргі уақытқа дейін универсалды диагностикалық әдістің жоқтығына байланысты қиындық болып отыр. Осы патологиялық жағдайдың клиникалық көрінісі қосымша қажет ететін зерттеуді көлемді көрсету керек. Ановуляция және гиперандрогенемия гормональды зерттеулермен

расталуы мүмкін. Ультрадыбыстық зерттеу аналық безінің поликистозды синдромының диагностикасында стандарт деп есептеуге болатын жоғары мәлімет беретін инвазивті емес әдіс болып табылады [5].

Бүгінгі күнде репродуктивті жастағы әйелдердің дәрігерге қаралуының негізгі себебі бедеулік болып табылады, сондықтан маманның негізгі мақсаты бұл репродуктивті қызметті қалпына келтіру.

Емі: Е.С. Булычева (2008ж) аналық безінің поликистозды синдромы ауруын емдеуде өзінің тәжірибесін қолдана отырып, бүгінгі таңда фертильділікті қалыптастыру үшін емдеудің екі жолын ұсынады: аналық безінде фолликулогенезді қалыптастырып бір немесе бірнеше пісіп жетілген фолликулдың пайда болуымен овуляцияны іске қосатын медикаментозды дәрілерді қолдану, және оталық араласу. Оталық араласу уақыты әлі сұрақ болып отыр, себебі кейбір авторлар оны бірнеше консервативті ем циклінің нәтижесіздігі кезінде қолданса, ал басқалары бірден оталық емнен бастауды ұсынады [8].

Мысалы, Профессор Козуб Н.И. аналық безінің поликистозды синдромының емін этапты түрде жүргізуді ұсынады. Бірінші этапта метаболикалық үрдістердің бұзылысы бар науқастарға диеталық терапия және адекватты физикалық күштеме тағайындайды. Науқастар гипоталамо - гипофизарлы жүйенің сезімталдығын төмендеуіне әсер ететін оральды контрацептивтерді қабылдайды келесі ем этапының нәтижелілігін жоғарылатады. Инсулин резистентті науқастарға оральды контрацептивтерді басқа 1000-1500 мг дозасындағы метформин тағайындалады, ол тіндердің инсулинге сезімталдығын жоғарылатады [1].

Аналық безінің поликистозды синдромы кезінде овуляция стимуляциясының бірінші этапына кломифен қолданылуы кіреді, бұл кезде науқастардың 75-80% овуляция анықталды, ал жүктілік 45-50% [1]. Кломифен резистентті науқастардың саны 20-25% құрайды. Аналық безінің поликистозды синдромынан салмақ дефициті бар науқастарда кломифен цитратқа сезімталдығының жоқ болуының патогенезі инсулин тәрізді глобулин байланыстырушы өсу факторы (IGFBP-1) концентрациясының төмен болуымен байланысты [1]. Осындай кезде ароматаза ингибиторларын тағайындауға болады. Ароматаза ингибитор кломифен цитратқа қарағанда эндометридегі эстрадиол рецепторын әлсіретпейді және перифериялық антиэстрогендік әсерге қабілетсіз. Оларды қолданғаннан кейін овуляция жиілігі 70,0-83,3% құрайды, жүктілік 18-20%.

1935 жылы Штейн және Левентальмен сипатталған аналық безінің поликистозды синдромы емінің оталық әдісі науқастармен дәрігерлер арасында жиі күдік туғызатын. Себебі лапаротомия әдісімен жүргізілген сына тәрізді резекция кіші жамбаста жабысқақтың пайда болуымен және овариальды қор жоғалуымен байланысты екіншілік бедеулікке алып келетін. Клиникалық тәжірибеге эндоскопиялық отаның енуі аналық безінің поликистозды синдромының оталық емінде жаңа жолдар ашты: диатермокаутеризация, электрокаутеризация, демедуляция немесе аналық безінің дрелингі. Лапароскопияның артықшылығы жиі қоса келетін бедеуліктің перитонеальды факторын жою мүмкіншілігі болып табылады [8].

Johannes Ott және авторластарымен (2010ж) аналық безінің поликистозды синдромы бар 40 науқасты зерттеп аналық безіне лапароскопиялық дрелинг жүргізді, нәтижесінде 18 науқаста жүктілік 45% пайда болды [17].

M.Sunj және авторластары (2013ж) аналық безінің поликистозды синдромы бар 25-35 жас аралығындағы 96 науқасқа зерттеу жүргізіп, оларды екі топқа бөлді. А тобындағы науқастарға бір жақты беткей диатермия жасалды, ал Б тобына екі жақты терең диатермия жасалды. 6 ай ішіндегі зерттеу нәтижесінде А тобында овуляторлық цикл 40 науқаста (82%), жүктілік 27 науқаста (55%) атап өтілді. Ал Б тобында овуляторлық цикл 30 науқаста (64%), жүктілік 21 науқаста (45%) атап өтілді. Нәтижесін қорытындылай келе терең диатермияға қарағанда беткей диатермия нәтижелілігі жоғары екендігі байқалды [18].

Ал, А.Т. Терешин және авторластары (2013ж) жүргізген зерттеуде аналық безінің поликистозды синдромы бар 22-37 жас арасындағы әйелдерде , бедеулік ұзақтығы 1-жылдан 12 жылға дейінгі 240 науқас алынған. Бұл 240 науқастың 80-нінде аналық безінің лапароскопиялық резекциясының әсері 12 ай ішінде анықталған, етеккір циклінің реттелуі 71,3%, жүктілік 32,5% пайда болды. Авторлар лапароскопияның артықшылығы максимальды мәліметтілікпен азғантай оталық жарақат және кіші жамбаста жабысқан үрдістің пайда болу жиілігін төмендетумен, науқастың отадан кейінгі стационарда қалу уақытының айтарлықтай азаюі боып табылатыны дәлелдеді [9].

В.С.Корсак және авторластары (1996ж) қарама қайшы ойға ие, олар кез-келген оталық араласу фолликулярлық қор азайуын туғызады деп есептейді. Сонымен қатар кейбір науқастарда аналық безінің тіпті аздаған оталық жарақатынан болған реакция гиперергиялық түрде өтуі мүмкін, бұл алдын ала байқауға мүмкін емес репродуктивті үрдістер ағымының жеке ерекшеліктерімен байланысты болатын (Алиева 1991ж). Бұл аналық безінің функциональды тіннің айтарлықтай бөлігінің дәнекер тінмен алмасуына, демек оның шектен тыс склероздануына алып келуі мүмкін [10].

Қорытынды: Сонымен қазіргі кезде аналық безінің поликистозды синдромының этиологиясын, патогенезін, диагностикасын және емін зерттеуде айтарлықтай табыстарға қол жеткізген. Бірақ ғылыми хабарламаларда аурудың диагностикасы жөнінде мәліметтер жеткілісіз және емдеу әдістерінде әртүрлі пікірлер кездеседі, бұл ары қарай зерттеулер жүргізуді талап етеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Н. И. Козуб Соколотипатогенетические подходы к дифференцированному лечению и восстановлению репродуктивной функций при СПКЯ // Международный мед. жур. – 2013. - №1. - С. 74-75.
- 2 Манухин, И.Б. Синдром поликистозных яичников. – М.: 2004. – 192 с.
- 3 Мельниченко Г.А. Репродуктивная эндокринология // Синдром поликистозных яичников. – 2007. – С.919-922.
- 4 Гуриев Т.Д. АКУШЕРСТВО. ГИНЕКОЛОГИЯ. РЕПРОДУКЦИЯ. – 2010. - Том 4. - № 2. - С.13.
- 5 А.И.Гус, В.Н.Серов, Т.А.Назаренко, Л.Б.Бутарева, Л.А.Джунаидова, А.А.Смирнова, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии // Гинекология: журнал для практикующих врачей. - М.: 2002. - Том 04. - №2. - 2002. – С. 195-196.
- 6 Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. - М.: 1990. – С. 123-125.
- 7 Кузьмина С.А., Зудикова С.И. Ультразвуков. и функцион // Диагност. – 2001. - №2. – С. 34-38.
- 8 Сергиенко М.Ю., Яковлева Э.Б., Мироненко Д.М. Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников в детской гинекологии // Международный эндокринологический журнал. – 2015. - № 2(66). - С.160-166.
- 9 А.Т. Терешин., А.Х. Болатчиев., Л.Л. Логвина., Л.А. Бучко. Роль эндоскопии в диагностике и терапии больных синдромом поликистозных яичников // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – N 1. - С.1-2.
- 10 Бульчева Е. С. Новые подходы при использовании методов восстановления естественной фертильности и ЭКО у пациенток с синдромом поликистозных яичников. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.01 // Акушерство и гинекология. – М.: 2008. - С. 3-4.
- 11 Gabor T. Kovacs and Robert Norman. Polycystic ovary syndrome is an intergenerational problem // Cambridge University Press. – 2009. - №7. – P. 1-3.
- 12 Tim Chang . Polycystic Ovary Syndrome. – 2012. – P. 18-21.
- 13 Teimuraz Apridonidze, Paulina A. Essah, Maria J. Iuorno, and John E. Nestler. Prevalence and Characteristics of the Metabolic Syndrome in Women with Polycystic Ovary Syndrome // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. – 2005. - 90(4). – P. 1929.
- 14 H Teede, A Deeks and L Moran. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan // Teede et al. BMC Medicine. – 2010. – P. 33-36.
- 15 Wendy A. March, Vivienne M. Moore, Kristyn J. Willson, David I.W. Phillips, Robert J. Norman, and Michael J. Davies. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria // Human Reproduction. – 2009. - №12. - P. 51-57.
- 16 Togas Tulandi, M.D., Ahmed Saleh, M.D., David Morris, M.D., Howard S. Jacobs, M.D., Nadia N. Payne, M.Sc., and Seang Lin Tan, M.D. Effects of laparoscopic ovarian drilling on serum vascular endothelial growth factor and on insulin responses to the oral glucose tolerance test in women with polycystic ovary syndrome // FERTILITY AND STERILITY. – 2000. - VOL. 74. - № 3. - P.585588.
- 17 Johannes Ott, Christine Kurz, Kazem Naen, Stefan Wirth, Elisabeth Vyliska – Binstorfer, Johannes Chuber and Klaus Mayerholf. Pregnancy outcome in women with polycystic ovary syndrome comparing the effects of laparoscopic ovarian drilling and clomiphene citrate stimulation in women pre-treated with metformin : a retrospective study // Reproductive Biology and Endocrinology. – 2010. - №8. – P. 52-55.
- 18 M. Sunj, T. Canic, D.P. Baldani, M. Tandara, A. Jeroncic and I. Palada. Does unilateral laparoscopic diathermy adjusted to ovarian volume increase the chances of ovulation in women with polycystic ovary syndrome? // Human Reproduction. - Vol.28. - No.9. – 2013. - P. 2420-2421 .

А.Р. ОНЛАС, Ж.Ж. НУРУМБЕТОВА, А.Е. КАЛДИБЕКОВА СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме: В настоящее время синдром поликистозных яичников является клинической и общественной значимости здоровья, как это очень часто, страдает до одного в пяти женщин репродуктивного возраста. Это имеет значительные и разнообразные клинические проявления, включая репродуктивное (бесплодие, гиперандрогенизм, гирсутизм), метаболический (инсулинорезистентность, нарушенная толерантность к глюкозе, сахарный диабет типа 2, неблагоприятных сердечно-сосудистых профилей риска) и психологические особенности (повышенная тревожность, депрессия и ухудшилась качество жизнь).

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, актуальность, распространенность, этиопатогенез, клиника, лечение.

A.R. ONLAS, ZH.ZH. NURUMBETOVA, A.E. KALDIBEKOVA MODERN METHODS OF TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME (LITERATURE REVIEW)

Resume: Currently, polycystic ovary syndrome is a clinical and public health importance, as it is very common, affecting up to one in five women of reproductive age. It has significant and diverse clinical manifestations, including reproductive (infertility, hyperandrogenism, hirsutism), metabolic (insulin resistance, impaired glucose tolerance, type 2 diabetes mellitus, adverse cardiovascular risk profiles) and psychological characteristics (increased anxiety, depression and worsened quality a life).

Key words: polycystic ovary syndrome, relevance, prevalence, etiology and pathogenesis, clinical features, treatment.