REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA POLIKISTOZ TUXUMDON SINDROMINI TASHXISLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR

G‘ulommakhmudova Odinabonu Abdusharof qizi

EMU

Rezyume

Maqolada 2003-yildagi ESHRE\ASRM (Yevropa embriologiya va inson reproduksiyasi assotsiatsiyasi va Amerika reproduktiv tibbiyot assotsiatsiyasi) konsensus ekspertlari tomonidan TPKS diagnostik mezonlari keltirilgan. Kasallikning asosiy klinik ko‘rinishlari ko‘rsatilgan.

Kalit so`zlar: tuxumdon polikistozi, giperandrogeniya, anovulyatsiya.

MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE.

Gulommakhmudova O.A.

Resume

The article presents the diagnostic criteria for PCOS according to the consensus of ESHRE/ASRM (European Society of Human Reproduction and Embryology and the American Society for Reproductive Medicine) in 2003 determined the main clinical manifestations of the disease.

Keywords: polycystic ovarian , hyperandrogenism , anovulation**.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.

Гуломмахмудова О.А.

Резюме

В статье представлены диагностические критерии СПКЯ согласно консенсусу экспертов ESHRE/ASRM (Европейского общества репродукции и эмбриологии человека и Американского общества репродуктивной медицины) 2003 г. Определены ведущие клинические проявления заболевания.

***Ключевые слова**: поликистозных яичников, гиперандрогения, ановуляция*

Dolzarblik

Hozirgi kunda polikistoz tuxumdonlar sindromi (PTS) deb nomlanuvchi kasallikning birinchi tavsifi A. Vallisneriga tegishli bo‘lib, 1721-yilga to‘g‘ri keladi. Keyin 1935-yilda I.F. Stein va M.L. Leventhal "sklerokistoz tuxumdonlar"ning klassik klinik manzarasini girsutizm, bepushtlik va semizlik bilan birga davom etadigan amenoreya sindromi va kattalashgan tuxumdonlar sifatida tasvirlab berdilar. Jahon adabiyotida bu patologiya ko‘pincha "Shteyn-Levental sindromi" deb ataladi, 1984-yilda JSST ekspertlari tomonidan "tuxumdon polikistozi sindromi" atamasi taklif qilingan. Ushbu patologiyani o‘rganishning muhim bosqichi 1976-yilda S. Khan va hammualliflari tomonidan va 1980-yilda Burghen tomonidan TPKS va insulinrezistentlik (IR) o‘rtasidagi bog‘liqlikning aniqlanishi bo‘ldi. Keyinchalik TPKS nafaqat ginekologik patologiya, balki tizimli endokrin kasallik sifatida ham ko‘rib chiqildi [1, 3, 4].

Hozirgi vaqtda TPKSning tarqalishi reproduktiv tizimning barcha kasalliklari orasida taxminan 2-8% ni tashkil qiladi. Hayz funksiyasi buzilishining sabablari orasida TPKS 15,3% ni, anovulyator bepushtlik tuzilmasida esa 50,2% ni tashkil etadi. Giperandrogeniyaning barcha shakllarining TPKS bilan birga kelishi 80% ga

yetadi, I.I. Dedov va hammual. ma'lumotlariga ko'ra esa - 90% gacha [2, 6, 9]. Keltirilgan ma'lumotlarning o'zgaruvchanligi, birinchi navbatda, turli uslubiy yondashuvlardan foydalanish bilan bog'liq.

TPKS muammosi turli mamlakatlar shifokorlarining diqqat markazida turibdi [1-4, 7]. TPKSning epidemiologiyasi, patogenezi, tashxislash mezonlari, davolash masalalari akusher-ginekologlarni qiziqtiradi, aynan shuning uchun ushbu patologiya uchun ma'lum standartlar ishlab chiqilmoqda.

Eng muhimi, Rotterdam (2003), Saloniki (2007), Amsterdam (2010) da European Society of Human Reproduction and Embryology va American Society for Reproductive Medicine (ESHRE/ASRM) tomonidan o'tkazilgan seminarlardan olingan xulosalardir.

Hozirgi vaqtda ko'pchilik tadqiqotchilar 2003-yilda Rotterdam konsensusida taklif etilgan ESHRE (Yevropa fertillik va embriologiya jamiyati) va ASRM (Amerika reproduktiv tibbiyot jamiyati) diagnostika mezonlarini qabul qilganlar. ESHRE/ASRM (Yevropa inson reproduktiv va embriologiya jamiyati va Amerika reproduktiv tibbiyot jamiyati) ekspertlarining 2003-yildagi [3,4, 5, 6] konsensusiga ko'ra, TPKS tashxisi boshqa o'xshash holatlar istisno etilgandan so'ng, quyidagi uchta mezondan istalgan ikkitasi mavjud bo'lganda qonuniy hisoblanadi:

- anovulyatsiya yoki oligoovulyatsiya;
- giperandrogeniyaning klinik va/yoki laboratoriya belgilari (girsutizm, akne, virilizatsiya, qon zardobida androgenlar darajasining oshishi);
- UTT ma'lumotlariga ko'ra tuxumdonlar polikistozi (har bir tuxumdonda diametri 2 dan 9 mm gacha bo'lgan 11 tadan ortiq follikulalar).

TPKSni aniqlash chastotasi ko'rsatkichlari klinik va endokrinologik ko'rinishlarning geterogenligi tufayli yetarlicha o'zgaruvchan. Masalan, Barnes R.B. ma'lumotlariga ko'ra, TPKS reproduktiv yoshdagi ayollarning taxminan 15 foizida,

anovulyator bepushtlik bilan og‘rigan bemorlarning 73 foizida, girsutizm bilan kasallangan ayollarning 85 foizida va giperandrogeniya bilan kasallangan ayollarning 95 foizida uchraydi.

Giperandrogeniya bilan kechadigan boshqa patologiya bo‘lmasa, TPKS tashxisini nafaqat klassik kechishida (to‘liq belgilar triadasida), balki uchta to‘liq bo‘lmagan (noklassik) klinik-instrumental duetlardan biri mavjud bo‘lganda ham qo‘yish mumkin. Ularga quyidagilar kiradi:

giperandrogeniyaning tuxumdon polikistozi belgilari bilan ultratovush tekshiruvi bilan birga kelishi, ammo muntazam hayz ko‘rish ritmi va yetilmagan anovulyator follikullar fonida;

tuxumdon polikistozi belgilari bilan hayz ko‘rish disfunksiyasining ultratovush tekshiruvi bilan birga kelishi, ammo giperandrogeniya yo‘qligida (TPKS ning girsutsiz shakli);

hayz ko‘rish disfunksiyasining giperandrogeniya bilan birga kelishi, ammo tuxumdon polikistozining aniq ultratovush ko‘rinishi yo‘qligida (UTT - tipik bo‘lmagan shakli).

2003-yilda TPKSning diagnostik mezonlari birlashtirildi, klinik-gormonal xususiyatlari va farqlari bo‘lgan turli xil fenotiplar isbotlandi va asoslandi. Shunday qilib, TPKSning ikkita asosiy fenotipi ajratildi - androgen va noandrogen.

Androgen fenotip mezonlar kombinatsiyasiga qarab quyidagilarga bo‘linishi mumkin:

- to‘liq (TPSning barcha belgilari mavjudligini taxmin qiladi: anovulyatsiya, giperandrogeniya, UT-tuxumdonlar polikistozi belgilari);

- ovulyator (giperandrogeniya, UT-tuxumdonlar polikistozi belgilari);

- anovulyator (anovulyatsiya, giperandrogeniya).

Noandrogen fenotip uchun anovulyatsiya va UTTda giperandrogeniyasiz (giperandrogenemiya) o‘zgarishlar xos. Ushbu fenotip tuxumdon darajasida androgenlar sintezining genetik anomaliyalari bilan bog‘liq.

TPKS fenotipining turiga qarab metabolik profildagi o‘zgarishlarni va yurak-qon tomir kasalliklari xavfini bashorat qilish mumkin.

Ovulyatsiya va giperandrogeniya bilan og‘rigan ayollarda TPKSning ilgari ma’lum bo‘lgan fenotiplariga o‘xshash metabolik buzilishlarning rivojlanish xavfi yuqori. Giperandrogeniyasiz anovulyatsiya bilan og‘rigan bemorlarda 2-tur qandli diabet va yurak-qon tomir kasalliklari bilan bog‘liq metabolik sindromning rivojlanish xavfi past (QB B) [1, 2, 3].

TPKS har qanday yoshda yurak-qon tomir kasalliklari markerlarining oshishi bilan kechishi mumkin. Shu bilan birga, bu semizlik bo‘lmagan ayollarda ham, semizlik mavjud bo‘lgan ayollarda ham kuzatiladi (SD B) [1, 3, 8]. Semizlik bilan og‘rigan bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari markerlarining oshishi ko‘proq darajada ifodalangan (QB B).

Anovulyatsiya yoki oligoovulyatsiya. Oligo-, amenoreya 90-95% hollarda uchraydi (Vutyavanich et al., 2007). Shuni ham hisobga olish kerakki, TPKSda spontan ovulyatsiya bo‘lishi mumkin. Uning chastotasi individual bo‘lib, ba’zi mualliflarning (Laven et al., 2002) ma’lumotlariga ko‘ra, 32% gacha (UD B) ni tashkil etadi. Yosh o‘tishi bilan sikl o‘z-o‘zidan tiklanishi mumkin, u muntazamroq bo‘lib qoladi (UD V).

Hayz siklining buzilishi va metabolik buzilishlar xavfining oshishi o‘rtasida bog‘liqlik mavjud. Hayz siklining buzilishi qanchalik murakkab bo‘lsa, TPKS (TB B) fenotipi shunchalik jiddiy bo‘ladi [1, 2, 7, 9, 10].

Giperandrogeniya. Giperandrogeniyani klinik aniqlash girsutizmni (Ferriman - Gollvey shkalasi bo‘yicha yuz, tana va oyoq-qo‘llarning androgenga bog‘liq sohalarida patologik soch to‘kilishi) oddiy husnbuzarlar (acne vulgaris) va/yoki erkaklar turidagi kallikni (androgen alopetsiya) hisobga olgan holda yarim miqdoriy (balli) baholash orqali amalga oshiriladi. Bunday hollarda qonda (siydikda) ortiqcha androgenlarning laboratoriya tekshiruvi talab qilinmaydi [1]. Giperandrogeniyaning klinik ko‘rinishlari girsutizm, akne, alopetsiya bo‘lishi mumkin.

Biroq, bu belgilarning mavjudligi har doim ham laboratoriyada tasdiqlangan giperandrogenemiya - qonda erkin androgenlar indeksining oshishi va jinsiy gormonlarni bog‘lovchi globulin darajasining pasayishi bilan birga kelmaydi. Erkin testosteron miqdorini to‘g‘ridan to‘g‘ri aniqlash, umumiy testosteron va androstendion konsentratsiyasini aniqlash kabi, zamonaviy amaliyotda laboratoriya-texnik yoki patofiziologik sabablarga ko‘ra (faqat erkin androgenlar indeksi) tavsiya etilmaydi (The Rotterdam ESHRE/ASRMSponsored PCOS Consensus Workshop Group, 2004).

Gormonal tadqiqotlar natijalarini faqat giperandrogeniya, anovulyatsiya va ultratovush ma’lumotlarining klinik ko‘rinishlarini hisobga olgan holda talqin qilish tavsiya etiladi. Konsensusga ko‘ra [3, 4, 5, 6] polikistoz tuxumdonlarning ultratovush semiotikasi:

TPKS quyidagi belgilardan kamida bittasiga ega bo‘lishi kerak: yoki diametri 2-9 mm bo‘lgan 12 yoki undan ortiq follikulalar, yoki tuxumdon hajmining kattalashishi (10 sm3 dan ortiq). Dominant follikula (10 mm3 dan ortiq) yoki sariq tana mavjud bo‘lsa, ultratovush tekshiruvi keyingi hayz davrida takrorlanishi kerak;

TPRS haqidagi subyektiv taassurot haqiqiy ta’rif o‘rnini bosmasligi kerak. Follikulalarning tarqalishi, shuningdek, stroma exogenligi va/yoki hajmining oshishi tavsifini e’tibordan chetda qoldirmaslik kerak. Garchi bu TPKS uchun xos bo‘lsa-da,

klinik amaliyotda tuxumdon hajmini o‘lchash stromani miqdoriy baholashning yaxshi o‘rnini bosishi ko‘rsatilgan;

faqat ushbu ta’rifni qanoatlantiradigan yoki yuqorida sanab o‘tilgan mezonlardan hech bo‘lmaganda bittasiga javob beradigan tuxumdon TPS deb ta’riflanadi. Dominant follikul (10 mm3 dan ortiq) yoki sariq tana mavjud bo‘lsa, ultratovush tekshiruvi keyingi hayz davrida takrorlanishi kerak. Tuxumdonlarda gomogen kista borligidan darak berishi mumkin bo‘lgan patologik kista yoki asimmetriya borligi keyingi tekshirishlarni talab qiladi;

ushbu ta’rif peroral kontratseptiv dorilarni qabul qiladigan ayollarga nisbatan qo‘llanilmaydi, chunki "polikistoz" turi saqlanib qolishi mumkin bo‘lsa ham, tuxumdonlar hajmi kichrayadi;

Ovulyatsiya buzilishlari yoki giperandrogeniya (simptomsiz TPKS) bo‘lmasa, TPKSga chalingan ayol vaziyat yanada oydinlashmaguncha TPKSga chalingan deb hisoblanmasligi kerak.

TPKS diagnostikasida ultratovush tekshiruvining alohida o‘rni bilan bir qatorda, TPKS bilan og‘rigan bemorlarda yakuniy fertillikni bashorat qilish uchun foydali (klomifen sitratni qabul qilishga javob reaksiyasi, tuxumdonlar giperstimulyatsiyasi sindromi xavfi, in vitro tuxum hujayralarining yetukligi to‘g‘risida qaror qabul qilish). In vitro urug‘lantirish uchun tuxumdon stimulyatsiyasiga uchragan ayollarda TPKSning aniq belgilari bo‘lmaganda TPKS paydo bo‘lishi mumkinligi haqida ma’lumotlar mavjud. Ultratovush tekshiruvi endometriy giperplaziyasi skriningini o‘tkazishga ham imkon beradi.

Tuxumdonlar ultratovush tekshiruvining aniqligi va o‘ziga xosligini oshirish maqsadida mutaxassislar tomonidan quyidagi texnik tavsiyalar berilgan [2]:

ekspert sinfi asbob-uskunalari va o‘qitilgan mutaxassis talab etiladi;

ayniqsa semiz bemorlarda transvaginal tekshiruvga ustunlik berish zarur;

muntazam hayz ko‘rib turadigan ayollar erta follikulyar fazada (siklning 3-5-kuni), amenoreya bilan og‘rigan ayollar esa progestagen ta’sirida qon keta boshlaganidan keyin tasodifan yoki 3-5-kuni tekshirib ko‘rilishi kerak;

agar dominant follikula (10 mm3 dan ortiq) yoki sariq tana mavjud bo‘lsa, ultratovush tekshiruvini keyingi hayz davrida takrorlash kerak;

tuxumdon hajmini hisoblash cho‘zilgan ellipsoid uchun soddalashtirilgan formuladan foydalangan holda amalga oshiriladi (0,5 x uzunlik x kenglik x qalinlik);

- follikulalarni sanash tuxumdonlarning ham bo‘ylama, ham ko‘ndalang, ham oldingi-orqa kesimlarida o‘tkazilishi kerak. Follikulalar o‘lchami uchta kesmada o‘lchangan o‘rtacha diametr sifatida ifodalanishi kerak.

Shuni esda tutish muhimki, TPKS istisno tashxisi hisoblanadi. Buyrak usti bezlari po‘stlog‘ining tug‘ma disfunksiyasi, giperkortitsizmning har xil formalari, giperprolaktinemiya, virilizatsiyalovchi o‘smalar, tug‘ma gipertrixoz, birlamchi gipotireoz, akromegaliya, sintetik funksiyasi buzilgan jigar kasalliklari, yatrogeniyalar, idiopatik girsutizm singari bir qancha sindromlar va nozologiyalarni istisno qilish zarur.

Xulosa

Shunday qilib, tuxumdonlar polikistozi sindromi atrofida hozirgi kungacha ko‘plab jumboqlar mavjud. TPKS rivojlanish mexanizmlarini tushuntiruvchi bir nechta nazariyalar mavjud: markaziy, tuxumdon, insulin, fenokopiyalarning rivojlanish ehtimoli hisobga olinadi, shuningdek, patologiyaning rivojlanishi uchun mas’ul bo‘lgan nomzod genlarni izlash ishlari olib borilmoqda [1]. Etiologiyasi va patogenezi noaniq bo‘lishiga qaramay, kasallikning diagnostik mezonlari aniq belgilangan.

ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. Дедова И.И., Мельниченко ГА. Синдром поликистозных яичников: Руководство для врачей/Под ред. - М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2007.-386с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология: Учебник. -Москва: Медицина, 2000. 632с.
3. Манухин И.Б., Геворкян М.А. Синдром поликистозных яичников. М, 2004
4. Шилин Д.Е. «Синдром поликистозных яичников» Международный диагностический консенсус (2003 г) и современная идеология терапии. // CONSILIUM-MEDICUM »» Том 06/N 9/2004
5. The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group.// Hum Reproduct 2004; 19:41 -7; FertilSteril 2004;81:19-25
6. The Thessaloniki ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group* March 2-3, 2007, Thessaloniki, Greece
7. Paloba C Orio F. Jr., Nardo L.G. Metformin administration versus laparoscopic ovarian diathermy citrate-resistant women with PCOS: a prospective parallel randomized double-blind placebo-controlled trial // JCE & M. - 2004; 89 (10): 4801 -4809.
8. Polycystic ovary syndrome and pregnancy / Sir-Petermann T, Ladr n de Guevara A, Villarroel AC, Preisler J, Echibur B, Recabarren S - 2012
9. Ovarian volume and antral follicle count assessed by MRI and transvaginal ultrasonog-raphy: a methodological study/ Leonhardt H, Gull B, Stener-Victorin E, Hellstr m M. / Acta Radiol. 2013 Aug 7/
10. Polycystic ovary syndrome: physiopathology review/ Fux Otta C, Fiol de Cuneo M, Szafryk de Mereshian P / Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2013;70(1):27-30