

HİPERPROLAKTİNEMİYA VƏ YUMURTALIQLARIN POLİKİSTOZ SİNDROMUNUN KLİNİKİ-DİAQNOSTİK GEDİŞATININ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

A.V. Rzayeva

Azərbaycan Tibb Universiteti, I mamalıq-ginekologiya kafedrası

Açar sözlər: yumurtalıqların polikistik sindromu, hiperprolaktinemiya sindromu, hiperprolaktinematik hipofonadizm (HPHG), hiperandrojenizm, sonsuzluq

Hiperprolaktinemiya(HP) – müasir ginekologiya və endokrinologiya elmində yüksək sindromdur. Elmi ədəbiyyata görə prolaktinin (Prl) səviyyəsi 25 ng/ml-dən çox olduqda HP qeyd olunur. İlk dəfə olaraq Prl 1970-ci ildə radioimmün analiz metodu ilə təyin edilib. Bunun təyini nəticəsində HP müstəqil nozoloji vahid kimi tanınıb (3,7).

Müəyyən edilmişdir ki, HP yüksək tezliklə qadın həyatının bütün yaş dövrlərini əhatə edir. Hiperprolaktinemiyanın rastgəlmə tezliyi 24,2% təşkil edir (5).

HP olan qadınların reproduktiv funksiyasını pozan neyroendokrin sindromdur. Bu sindrom nəticəsində yüksək tezliklə sonsuzluq qeyd olunur.

Kubba M.et al., (4) tərəfindən HP olan qadınlarda I-li sonsuzluğun tezliyi 64,7%, II-li sonsuzluğun 35,4% olmuşdur. Bu qadınlarda Prl-nin səviyyəsi 42,18±12,64 ng/ml, LH 2,60±0,937 mME/ml, FSH-ın səviyyəsi 3,71±1,077 mME/ml olmuşdur.

Endokrin sonsuzluğun səbəblərindən biri hiperprolaktinemiyaadır. Endokrin faktorlu sonsuzluqda hiperprolaktinemiyanın tezliyi 40% təşkil edir.

Təyin edilmişdir ki, reproduktiv dövrdə olan HP olan qadınlarda yüksək tezliklə aybaşı tsiklinin pozulması, o cümlədən lütein fazasının qısalması, opsomenoreya, oliqomenoreya, amenoreya, menometroragiya qeyd olunur. Hamiləlik müddətində erkən düşüklər qeyd olunur (1,2).

HP aybaşı siklinin pozulması, I və II-li amenoreya, oliqo-, opsomenoreya, nadir hallarda metroragiya, lütein fazanın qısalması, sarı csimin çatmamazlığı, sonsuzluq, libidonun azalması, dispareuniya, qalaktoreya ilə müşahidə olunur (3,8).

YPS ovarial disfunksiya sindromudur. Bu sindrom nəticəsində HA və morfoloji olaraq yumurtalıqlarda polikistoz dəyişikliklər, kliniki olaraq aybaşının qeyri rəqulyar olması, hirsutizm və piylənmə qeyd olunur. Bu qadınlarda LH-ın yüksəlməsi, əksər hallarda insulinrezistentlik qeyd

olunur. Reproduktiv dövrdə 5-10% qadınlarda YPS təyin edilir (4,6).

YPS-in diaqnostikasında 3 kliniki əlamətdə ikisinin olması diaqnoz qoyulmasına kifayətdir. Bu əlamətlərə amenoreya/oliqomenoreya, HA-nın kliniki və ya biokimyəvi təzahürü və ultrasəs müayinədə yumurtalıqlarda 8-9 ədəd subkapsulyar follikulyar sistin olması.

Ədəbiyyat məlumatlarına görə YPS-nun rastgəlmə tezliyi 35-85% təşkil edir. Son illərdə YPS və insulin rezistentliyin rastgəlmə tezliyi 31-49% qeyd olunmuşdur. YPS və insulin rezistentlik olan qadınların 75,6% aybaşı patologiyası, 80% I-li sonsuzluq, 20% II-li sonsuzluq təyin edilir (2).

Son illərdə YPS olan qadınlarda yüksək tezliklə HP müşahidə edilir. HP ilə YPS-in birgə rast gəlmə tezliyi 21%-dir. Qeyd etmək lazımdır ki, YPS və HP gedişatına dair elmi məlumatlar məhduddur (6,9).

HP-ni yaradan səbəblərə, klinikasına aid elmi tədqiqatların çoxluğuna baxmayaraq, HP və YPS-nin müştərək olmasının gedişatı, klinika və diaqnostik xüsusiyyətlərinə aid məlumatlar azdır.

Problemin aktuallığını nəzərə alaraq hazırki tədqiqatın məqsədi təyin edilib. Hiperprolaktinemiya və yumurtalıqların polikistoz sindromunun kliniki-diaqnostik xüsusiyyətlərinin öyrənilməsi olmuşdur.

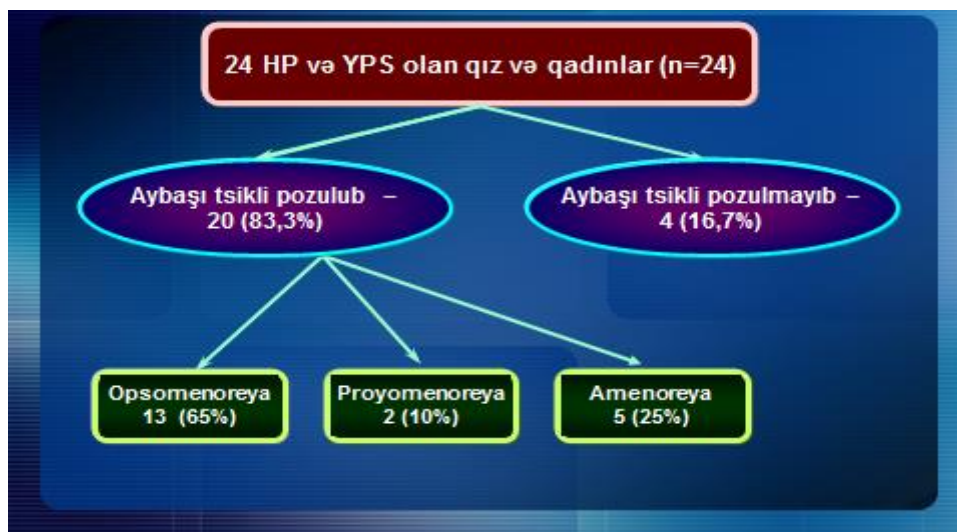
Məqsədə uyğun olaraq 69 II-li HPHQ olan xəstə müayinə olunmuşdur. 69 II-li simptomatik hipofonadizm olan xəstələrin 24-də (34,8%) YPS olmuşdur. Onların 6-sı (25%) cinsi yetişkənlik, 18 (75%) isə reproduktiv dövrdə olmuşdur. Müayinə olunan qız və qadınların orta yaşı 23,2±0,94 (16-34) il olmuşdur.

Tədqiqatda YPS və HP olan qız və qadınlara funksional, kliniki, hormonal, radioloji müayinələr aparılmışdır.

Müayinə olunan qız və qadınların antropometrik ölçülərindən-boyu 164,96±1,24 (156-178) sm, çəkisi isə 66,1±2,1 (50-87) kq olmuşdur.

Müayinə zamanı sistolik arterial təzyiq $115,0 \pm 1,99$ (100-140) mm c süt, diastolik arterial təzyiq isə $76,0 \pm 1,31$ (70-90) mm c süt olmuşdur.

HP və YPS olan qadınlarda aybaşı funksiyasının xüsusiyyətləri öyrənilmişdir və sxem 1-də təqdim edilmişdir.

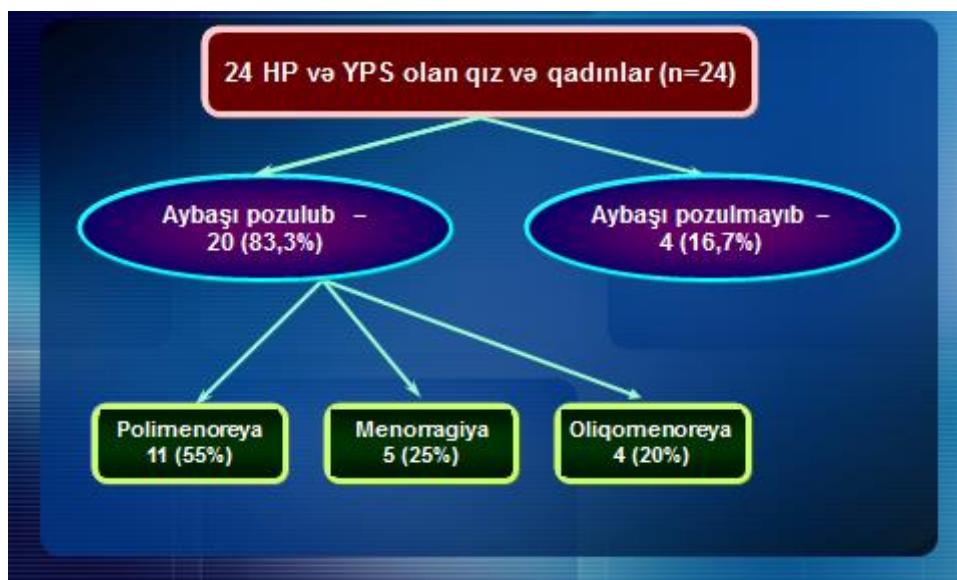


Sxem 1. HP və YPS olan qız və qadınlarda aybaşı tsiklinin pozulmaları

Sxem 1-də görüldüyü kimi HP və YPS olan qadınlardan 20-də (83,3%) aybaşı tsikli pozulmuş, 4-də (16,7%) pozulmamışdır.

Aybaşı tsiklinin pozulmaları özünü opsomenoreya 65%, amenoreya 25%, proyomenoreya ilə 10% tezliklə biruzə verib.

HP və YPS olan qız və qadınlarda aybaşı pozulmaları sxem 2-də təqdim edilmişdir.

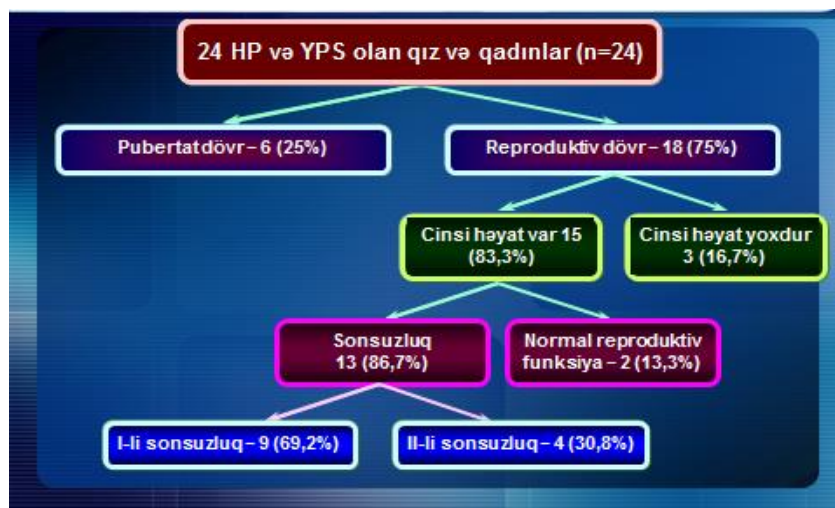


Sxem 2. HP və YPS olan qız və qadınlarda aybaşı pozulmalarının tezliyi

Sxem 2-dən görüldüyü kimi HP və YPS olan qız və qadınlardan 83,3%-də aybaşı pozulması, 16,7%-də aybaşı pozulmasının olmaması qeyd olunur.

Aybaşı pozulması özünü polimenoreya (55%), menorragiya (25%), oliqomenoreya (20%) ilə biruzə verir.

Aparılan tədqiqatda HP və YPS olan qız və qadınlardan reproduktiv funksiyası öyrənilmişdir. Alınan nəticələr sxem 3-də təqdim edilmişdir



Sxem 3. HP və YPS olan qız və qadınlarda reproduktiv funksiyanın xüsusiyyətləri

Sxem 3-dən göründüyü kimi HP və YPS olan qadınlarda 25%-i (6-sı) pubertat dövrədə, 75% (18-i) reproduktiv dövrədə olmuşdur. Reproduktiv dövrədə olan qız və qadınlarda 16,7%-də cinsi həyat olmayıb, 83,3%-də isə cinsi həyat 20,13±0,85 (17-29) yaşında olmuşdur.

HP və YPS olan qadınlarda 86,7%-də (13-də) sonsuzluq, 13,3%-də (2-də) isə reproduktiv funksiya normal olmuşdur.

Sonsuz olan qadınlarda 69,2%-də (9-da) I-li sonsuzluq, 30,8%-də (4-də) isə II-li sonsuzluq olmuşdur.

I-li sonsuzluğun müddəti 4,12±0,6 (1,5-7) il, II-li sonsuzluğun müddəti isə 2,1±0,13 (1,5-3) il olmuşdur.

Reproduktiv funksiya normal olan qadınlarda hamiləliklərin sayı 5,63±1,19 (1-9), doğuşların sayı 1,8±0,37 (1-3), tibbi abortların sayı 2,5±1,9 (1-6), düşüklərin sayı 1,33±0,33 (1-2) olmuşdur.

HP və YPS olan qız və qadınlarda hormonların səviyyəsi cədvəl 1-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 1.

HP və YPS olan qız və qadınlarda hormonların göstəriciləri (M±Se)

Hormonlar	Müayinə qrupu		P
	HP və YPS olan qız və qadınlar	Praktik sağlam qız və qadınlar	
FSH, mIU/ml	9,12±2,0 (1,0-30,8)	5,9±0,13 (3,7-3,8)	>0,05
LH, mIU/ml	19,93±1,42 (2,2-21,4)	8,21±0,39 (2,6-11,5)	<0,05
TSH, uIU/ml	2,23±0,28 (0,2-5,0)	2,12±0,11 (1,2-3,23)	>0,05
Prl, ng/ml	46,2±1,15 (25-250)	16,36±1,15 (3,8-25,2)	<0,05
E2, pg/ml	67,24±4,75 (19,4-137,6)	89,23±0,35 (40-128)	<0,05
DHEA-S, pg/ml	4,97±0,88 (1,24-9,0)	1,28±0,18 (0,6-2,1)	<0,05
T3, pg/ml	2,37±0,45 (1,3-3,43)	2,18±0,08 (1,4-3,0)	>0,05
T4, ng/dL	1,2±0,1 (0,97-2,4)	1,0±0,08 (0,7-1,71)	>0,05

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi HP və YPS olan qız və qadınlarda LH-in, DHEA-S-in statistik dürüst dərəcədə yüksək olması, E₂-un isə azalması qeyd olunur (P<0,05).

HP və YPS olan qız və qadınlara ultrasəs müayinəsi aparılmışdır, bütün ultrasəs müayinələri

aybaşının 5-cü günündə, amenoreyalı xəstələrə müraciət günündə transabdominal və transvaginal ötürücülərlə aparılmışdır. Alınan nəticələr cədvəl 2-də təqdim olunmuşdur.

Cədvəl 2.

HP və YPS olan qız və qadınlarda reproduktiv orqanların exoqrafik göstəricilər (M±Se)

Exoqrafik göstəricilər	Müayinə qrupu		P
	HP və YPS olan qız və qadınlər	Praktik sağlam qız və qadınlər	
Uşaqlıq: uzunluğu, mm	47,79±1,22 (38-60)	64,8±0,07 (56-70)	<0,05
eni, mm	39,25±1,82 (22-62)	62,2±0,04 (50-65)	<0,05
ön-arxa, mm	30,88±0,64 (26-61)	37,2±0,002 (30-46)	<0,05
Endometrium, mm	7,0±0,63 (2,4-16)	1,2±0,006 (1-3)	<0,05
Sağ yumurtalıq: uzunluğu, mm	36,96±1,62 (24-50)	32,2±0,03 (26-36)	<0,05
eni, mm	24,42±0,94 (18-31)	25,1±0,001 (22-28)	>0,05
qalınlığı, mm	24,88±1,51 (11-32)	20,6±0,08 (18-24)	<0,05
Sol yumurtalıq: uzunluğu, mm	34,52±1,25 (21-49)	29,0±0,03 (24-32)	<0,05
eni, mm	22,83±1,03 (14-32)	24,0±0,06 (20-31)	>0,05
qalınlığı, mm	26,56±1,77 (11-37)	19,0±0,06 (16-24)	<0,05

Cədvəl 2-dən göründüyü kimi HP və YPS olan qız və qadınlarda uşaqlığın bütün ölçülərinin nəzərəcarpacaq dərəcədə azalması, endometriumun qalınlığının isə artması təyin edilir (P<0,05). Hər iki yumurtalıqın uzunluğunun, qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması müəyyən edilir.

Beləliklə, 69 II-li simptomatik hipoponadizm olan xəstələrin 24-də (34,8%) YPS təyin edilmişdir.

HP və YPS olan qadınlardan 20-də (83,3%) aybaşı tsikli pozulmuş, 4-də (16,7%) pozulmamışdır. Aybaşı tsiklinin pozulmaları özünü opsomenoreya 65%, amenoreya 25%, proyomenoreya ilə 10% tezliklə biruzə verib. HP və YPS olan qız və qadınlardan 83,3%-də aybaşı pozulması, 16,7%-də aybaşı pozulmasının olmaması qeyd olunur. Aybaşı pozulması

özünü polimenoreya (55%), menorragiya (25%), oliqomenoreya (20%) ilə biruzə verir.

HP və YPS olan qadınlardan 86,7%-də (13-də) sonsuzluq, 13,3%-də (2-də) isə reproduktiv funksiya normal olmuşdur.

HP və YPS olan qadınlarda hormonal müayinə nəticəsində HP fonunda hiperandrojeniya və E₂-un azalması təyin edilmişdir.

HP və YPS olan qız və qadınlarda ultrasəs müayinəsinə əsasən uşaqlığın bütün ölçülərinin nəzərəcarpacaq dərəcədə azalması, endometriumun qalınlığının isə artması təyin edilir (P<0,05). Hər iki yumurtalıqın uzunluğunun, qalınlığının statistik dürüst dərəcədə artması müəyyən edilir.

РЕЗЮМЕ

Клинико-диагностические особенности сочетания гиперпролактинемии и синдрома поликистозных яичников

А.В. Рзаева

*Азербайджанский Медицинский Университет,
Кафедра Акушерства и гинекологии*

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, синдром гиперпролактинемии, гиперпролактинемический гипогонадизм (ГПГГ), гиперандрогения, бесплодие

Цель исследования: Изучить частоту встречаемости и клинико-диагностические особенности сочетания гиперпролактинемии (ГП) и синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Клинический материал и методы исследования: Обследовано 69 девочек и женщин со вторичным гипорпролактинемическим гипогонадизмом (ГПГГ). У 20 (83,3%) больных установлено сочетание ГП и СПКЯ. Проведены клинические, гормональные, радиологические методы исследования больных с сочетанием этих синдромов.

Результаты исследования: Установлено, что частота сочетания синдромов гиперпролактинемии и СПКЯ составляет 34,8%. У 20 больных (83,3%) ГПГГ и СПКЯ отмечается нарушением менструального цикла, у 4 (16,7%) менструальный цикл был регулярным. Нарушение менструального цикла проявлялось у 65% опсоменореей, у 25% аменореей, у 10% пройоменореей. У 83,3% больных сочетание этих синдромов отмечалось нарушением менструации в виде полименореи (55%), меноррагии у 25%, олигоменореи у 20%. У 16,7% больных менструации были без осложнений. У 86,7% (у 13) больных с ГП и СПКЯ отмечалось наличие бесплодия, у 13,3% (у 2) больных репродуктивная функция была сохранена.

В результате гормонального исследования установлено, что у больных с ГП и СПКЯ отмечалось наличие ГА и снижение показателей эстрадиола (Э₂). По данным УЗИ отмечалось уменьшение эхографических показателей матки и утолщение эндометрия (7,0±0,63 мм). Отмечалось достоверное увеличение показателей длины и толщины обоих яичников.

SUMMARY

Clinical and diagnostic features of the combination of hyperprolactinemia and polycystic ovary syndrome

A.V. Rzayeva

*Azerbaijan Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology 1*

Keywords: polycystic ovary syndrome, hyperprolactinemia syndrome, hyperprolactinemic hypogonadism (HPHG), hyperandrogeny, infertility

Objective: The aim of the study was to investigate the frequency of occurrence and the clinical and diagnostic features of the combination of hyperprolactinemia (HP) and polycystic ovary syndrome (PCOS).

Material and methods: 69 girls and women with secondary hyporprolactinemic hypogonadism (HPHG) were examined. A combination of HP and PCOS was found in 20 (83.3%) patients. Clinical, hormonal, radiological methods were used for examination.

Results: It was established that the frequency of combination of syndromes of hyperprolactinemia and PCOS is 34.8%. In 20 patients (83.3%), HPHG and PCOS were marked by irregular menstruation, and in 4 (16.7%) menstrual cycles were regular. Disorders of the menstrual cycle were opsomenorheain 65%, amenorrheain 25%, premenorrheain 10% cases. In 83.3% of patients, the combination of these syndromes was noted in menstruation disorders in the form of polymenorrhea (55%), menorrhagia in 25%, and oligomenorrhea in 20%. 16.7% of patients had menstruation without complications. In 86.7% (in 13) patients with HP and PCOS, infertility was observed, in 13.3% (in 2) patients, reproductive function was preserved.

As a result of a hormonal study, it was found that in patients with HP and PCOS, the presence of HA and a decrease in estradiol (E₂) were noted. According to the ultrasound, there was a decrease in the echographic parameters of the uterus and a thickening of the endometrium (7.0 ± 0.63 mm). There was a significant increase in the length and thickness of both ovaries.

ƏDƏBİYYAT

1. Həsənova A.S. Yumurtalıqların polikistoz sindromu olan qadınlarda insulinrezistentliyin kliniki diaqnostik xüsusiyyətləri və ovulyasiyanın müasir korreksiya metodları // Diss. ...tibb ü.f.d., Bakı, 2013, 134 s.
2. Azziz R., Carmina E., Dewailly D., Diamanti-Kandarakis E. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report // *Fertility and sterility*, 2009, vol.91, №2, p.456-488.
3. Chang Y., Orozco-Saborio L., Azofeifa-Hernandez I., Montiel-Larios G. Determination of fasting plasma glucose cut-off value for the identification of abnormal carbohydrate tolerance in women with polycystic ovarian syndrome // *Am. J. Actamed.costarric*, 2012, vol.54, №4, p.246-251.
4. Kubba M., Jabir A., Ramadan R. Hyperprolactinemia Causes Primary and Secondary Infertility in Women of raqi Patients // *Int.J. Scienc.Basic and Applied Research.*, 2015, vol.24, №7, p.336-345.
5. Kumar A.N., Naidu J.N., Stayanarayana U., Anitha M. Past, present and future of insulin gene and its related genes in relation to polycystic ovary syndrome // *Am. J. Mol.Genet.Med.*, 2014, №8, p.107.
6. Swathi T., Sujaya V.R. Prevalance of Hyperprolactinemia in PCOS // *Int.J. Sci.Research*, 2015, vol.6, p.185-187.
7. Szosland K., Pawlowicz P., Lewinski A. Prolactin secretion in polycystic ovary syndrome (PCOS) // *Am. J. Neuroendocrinology Letters.*, 2015, vol.36, №1, p.53-58. Unuane D., Tournaye H., Velkeniers B., Poppe K. Endocrine disorders and female infertility // *Am. J. Best Prac Res ClinEndocrinolMetab.*, 2011, vol.25, №6, p.861-873.
8. Unuane D., Tournaye H., Velkeniers B., Poppe K. Endocrine disorders and female infertility // *Am. J. Best Prac Res ClinEndocrinolMetab.*, 2011, vol.25, №6, p.861-873.
9. Witchel S.F., Oberfield S., Rosenfield R.L., Codner E., Bonny A. The diagnosis of polycystic ovary syndrome during adolescence // *Am. J. Hormone research in pediatrics*, 2015, vol.83, №6, p.376-389.