

Аналық безінің прикистозды синдромы (АБПКС) эндокринопатияның кең таралған түрі және ановуляторлы бедеуліктің, менструалды кезең бұзылыстарының басты себебі, сонымен қоса гормонтәуелді ағзалар мен тіңдердегі метаболикалық, кардиоваскулярлық асқынулардың, қант диабетінің 2-түрінің, гипер-, неопластикалық үрдістердің қауіпті ықпалы болып табылады. АБПКС – аналық безінің құрылымының және қызметінің бұзылуы, оның негізгі белгілеріне созылмалы ановуляция және овариалды гиперандрогения жатады.

Өсімпаздық жастағы АБПКС-ы бар науқастардың гиперандрогения және ановуляторлық бұзылыстары уақытылы және дұрыс емделсе, менструалдық кезең бұзылыстары және өсімпаздық қызметі қалпына келтіріледі, сонымен қоса ҚД-нің және жүрек-тамырлық ауытқулар, эндометрий қатерлі ісігі, гормонтәуелді ағзалардағы гиперпластикалық үрдістердің алдын алу мәселесін шешуге ықпал етеді және науқас өмірінің сапасын жақсартады.

Негізгі сөздер: гиперандрогения, бедеулік, метаболалық бұзылыстар, инсулинге төзімділік, созылмалы ановуляция.

SUMMARY

H.K. AYTUBAYEVA

City polyclinic №16, Almaty c.

POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME: A MODERN VIEW ON THE PROBLEM (literature review)

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a common form of endocrinopathy and the leading cause of anovulatory infertility, menstrual disorders, as well as a high risk factor for metabolic, cardiovascular disease, diabetes type 2, hyper-, hormone-neoplastic processes in organs and tissues. PCOS is a pathology of the structure and function of the ovaries, which are the main criteria for chronic anovulation and ovarian hyperandrogenism.

Timely and adequate treatment of hyperandrogenism and anovulation in women with PCOS in the reproductive age can solve the problem connected with restoring menstrual and generative functions, and also serves as prevention of diabetes and cardiovascular disease, cancer, endometrial hyperplastic processes in hormone-dependent organs and improves the quality of patient's life.

Key words: hyperandrogenism, infertility, metabolic disorders, insulin resistance, chronic anovulation.

УДК 616.44-006.55-07

А.Ш. ТЛЕГЕНОВ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА АДЕНОМЫ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

В данной статье приведен клинический случай аденомы паращитовидных желез у женщины 57 лет, страдающей патологией щитовидной железы с клиникой гипертиреоза.

Ключевые слова: аденома, гипертиреоз, женщина, оперативное удаление.

Аденома паращитовидных желез – доброкачественная гормонально-активная опухоль околощитовидной железы, сопровождающаяся избыточной секрецией паратормона и явлениями гиперпаратиреоза. При аденоме паращитовидной железы развивается гиперкальциемия, которая может проявляться костным (остеопороз, патологические переломы), почечным (нефролитиаз), желудочно-кишечным (язва желудка, панкреатит), сердечно-сосудистыми (артериальная гипертензия) клиническими синдромами [1].

Гипертиреоз – состояние, при котором щитовидная железа работает слишком активно и вырабатывает слишком много тиреоидных гормонов (Т3, Т4). При гипертиреозе все процессы в организме ускоряются. Сердце бьется сильнее и быстрее, иногда развиваются нарушения ритма, сердцебиение, часто повышается артериальное давление. Появляется чувство постоянного жара. Кожа становится влажной из-за обильного потоотделения, наблюдается мелкий тремор рук. Часто нервозность, утомляемость и слабость, но при этом физическая активность повышена. Несмотря на повышенный аппетит, наблюдается похудение. Нарушается сон. Стул становится частым из-за повышенной перистальтики, бывают поносы [2].

Остеопороз – хронически прогрессирующее системное, обменное заболевание скелета или клинический синдром, проявляющийся при других заболеваниях, который характеризуется снижением плотности костей, усилением хрупкости, по причине нарушения метаболизма костной ткани с преобладанием катаболизма над процессами костеобразования, снижением прочности кости

и повышением риска переломов. Остеопороз означает «пористые кости» [3].

Описание случая

Как пример необходимости тщательного дифференцированного подхода, мы приводим клиническое наблюдение позднего выявления аденомы паращитовидных желез у больной с гипертиреозом.

Больная Иткараева Н.Н., 57 лет, на момент обращения не работала, казашка, вес 37 кг, рост 151 см. Наследственность: связанные с данным случаем диагнозы не отмечались. Число беременностей всего 2, из них 2 роды. Акушерский анамнез не отягощен. Вредные привычки: нет. Со слов пациентки болеет с 2010 г., когда начала худеть, появились боли в позвоночнике и в ногах, учащенное сердцебиение и чувство дрожания по всему телу. Обратилась к эндокринологу по месту жительства. Амбулаторно по поводу выявленного гипертиреоза принимала тиреостатики. На момент первичного осмотра (в условиях отделения эндокринологии при КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова) мерказолил по 1 таб. 3 раза в день, на тирозол аллергическая реакция по типу крапивницы. После детализированного обследования была диагностирована аденома паращитовидных желез, произведено удаление аденомы в 2012 году. После оперативного удаления аденомы тиреостатики не принимала.

Проведенное обследование после оперативного удаления аденомы паращитовидных желез: ОАК от 09.09.2013: Л – $5,63 \times 10^9/\text{л}$, Э – $3,35 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 111 г/л, тромбоциты – $640 \times 10^9/\text{л}$, лимфоциты – 16%, эоз – 4%, моноциты – 9%, с/я – 70%, СОЭ – 37 мм/час. Б/х крови от 09.09.2013: креатинин – 51,39, общий белок – 80,4, холестерин – 3,18, глюкоза – 4,73, АЛТ – 17,2, АСТ

– 11,3, общ. билирубин – 8,9, мочеви́на – 2,7, АЛТ – 23, АСТ – 30, тимол – 7,9 ед, общ. кальций – 2,09, калий – 5,0, натрий – 137, общ амилаза – 559,0 (норма 28-100), липаза – 0,23, ионизированный кальций – 1,15 (норма 1,17-1,29). Гормоны от 09.09.2013: ТТГ – 1,78, свТ4 – 1,23, паратгормон – 33,31 – в пределах нормы. Бакпосев мазка из зева от 22.06.2013: *Pseudomonas aeruginosa*: Чувст. – карбенициллин, цефтриаксон, цефтазидим, азитромицин, цефлосацин, ципрофлоксацин, гентамицин, сизомицин. Устойчив – Ампициллин-сульбактам, амоксиклав, цефазолин, цефалексин, цефамандол, цефуросксим, цефаклор. УЗИ ЩЖ от 17.09.2013: Структурных изменений не выявлено. Общий объем – 5,06 мл.

Проведенное лечение после оперативного удаления аденомы паращитовидных желез: диета, ронколейкин, рекормон, актовегин, сумамед, FDP, де-нол, креон, кальций Д3-Никомед, миокальцик, бромгексин.

Основной диагноз: Послеоперационный гипопаратиреоз. Состояние после операции по поводу аденомы паращитовидных желез.

Осложнения основного заболевания: Остеопороз. Анемический синдром легкой степени.

Сопутствующий диагноз: ХОБЛ, обострение. ДН 0. Язвенная болезнь вне обострения, ГЭРБ, хронический панкреатит вне обострения.

Итак, из данного клинического случая наглядно видно о существующей роли гипертиреоза в возникновении аденомы паращитовидных желез. Так как на фоне каждого случая с гипертиреозом, вследствие повышенных процессов катаболизма, происходит разрушение костной ткани с последующим возникновением остеопороза от умеренных до генерализованных болевых форм. Последующим изменением в организме будет повышенная секреция паратгормона с одной только целью – это восполнение уходящего кальция. Однако вследствие повышенной функциональной деятельности возникают последующая автономная функциональная активность и гиперплазия паращитовидных желез. Конечный этап данного замкнутого круга – возникновение аденомы паращитовидных желез. Важность для медицины в том, что при существующем гипертиреозе всегда должно иметь место динамический контроль не только функционального состояния щитовидной железы, но и состояния паращитовидных желез, что в дальнейшем поможет избежать у таких больных ряда дополнительных, серьезных клинических и функциональных изменений, характерных для гиперпаратиреоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Потемкин В.В., Эндокринология. Второе издание. – М., 1986
- 2 Полайн М. Комачо Доказательная эндокринология. Руководство для врачей, второе издание. – М., 2008
- 3 Фадеев В.В. Гиперпаратиреоз. Руководство для врачей. – М., 2004
- 4 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология. – М., 2008

5 Абылайулы Ж, Сейдалиева А.П. Остеопороз при патологиях щитовидной железы: автореф. дисс. ... – Алматы, 2008

ТҰЖЫРЫМ

А.Ш. ТЛЕГЕНОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПАРАКАЛҚАНША БЕЗ АДЕНОМАСЫНЫҢ КЕШ АНЫҚТАЛУЫ

Аталған мақалада гипертиреоз клиникасы бар қалқанша без патологиясына шалдыққан 57 жасар әйелдегі паракалқанша без аденомасының клиникалық оқиғасы келтірілген.

Ол зерттеліп отырған ғылыми проблема, бұл гипертиреоз салдарынан паракалқанша без аденомасының пайда болуы.

Ол зерттеліп отырған себеп, бұл: бұрын беймәлім немесе әдеттен тыс байқалуы; бұрын беймәлім өзара байланыс немесе өту нұсқасы.

Бұл жағдайда егжей-тегжейлі тексеру жүргізілді, атап айтқанда әрі қарай паракалқанша бездің аденомасын диагностикалап отырып, түйінді ісік жұқа инемен аспирациялық биопсияланды.

Басты қол жеткізілген нәтиже паракалқанша бездің аденомасын шұғыл алып тастау аясында гипертиреоздың толық әрі тұрақты өтелуі.

Зерттеуден алынған нәтижелер гипертиреоздың паракалқанша бездің аденомасының пайда болуын айғақтайды.

Негізгі сөздер: аденома, гипертиреоз, әйел, шұғыл алып тастау.

SUMMARY

A.Sh. TLEGENOV

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

LATE DIAGNOSIS OF PARATHYROID ADENOMA

This article describes a clinical case of parathyroid adenoma in a 57 – year – old woman, suffering from thyroid pathology with the clinical picture of hyperthyroidism.

The scientific issue according to which she is examined is the emergence of parathyroid adenoma due to hyperthyroidism.

The reason according to which she is examined is a previously unknown or unusual manifestation; previously unknown relationship or course variant.

In this case, a more detailed examination, namely, the fine-needle aspiration biopsy of the nodular mass with the subsequent diagnosis of parathyroid adenoma was conducted.

The main achieved result is the complete and stable compensation of hyperthyroidism on the background of the surgical removal of the parathyroid adenoma.

The obtained results suggest the relationship of hyperthyroidism with the emergence of parathyroid adenoma.

Key words: adenoma, hyperthyroidism, woman, surgical removal.