افزایش شیوع سندرم تخمدان پلی کیستیک در زنان دارای سابقه دیابت بارداری

مقدمه: برخی مطالعات در زمینه شیوع دیابت بارداری (GDM) در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCO) چیکه در بیشتر از آفریقا است که از این اختلال رنج می‌برند. از آنجایی که نواز عامل موثی در ارتباط بین دیابت بارداری و سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌باشد، مطالعه حاضر به منظور بررسی ارتباط بین سندرم تخمدان پلی کیستیک و دیابت بارداری در زنان ایرانی با سابقه دیابت بارداری در بیمارستان شریعتی تهران انجام شد.

روش‌ها: نمونه‌برداری ۳۰ زن دارای سابقه دیابت بارداری و ۲۴ زن بدون سابقه دیابت بارداری بودند که از مراجعین به درمانگاه بیمارستان شریعتی پرور انجام تصمیم گرفتند. برای تشخیص دیابت بارداری، سلولینی استفاده شد و نمونه‌های خون به منظور انواع مختلف طبیعی و ترکیبی تولید شده و بررسی شدند. سپس، مطالعه‌ها بود. بررسی‌های تشخیصی (Rotterdam و NIH (National institute of Health) پلی کیستیک بارداری استفاده گرتفند.

پایان‌نامه: شیوع سندرم تخمدان پلی کیستیک در مبتلا به ساقه دیابت بارداری، از این نتایج نشان می‌دهد که بیمارانی که بارداری دارند، دارای سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌باشند. بنابراین، مهم است تا در بررسی‌های تشخیصی بارداری با توجه به این نتایج، دیابت بارداری نورون مراجعین حاصل شود.

واژگان کلیدی: دیابت بارداری، سندرم تخمدان پلی کیستیک، غربالگری

1- مرکز تحقیقات غدد درونریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
2- بیمارستان اکتشافات زنان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسنده: تهران، خیابان کارگر شمایی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۴۲۲۳۰–۲۷، تمبرات: ۸۲۴۵–۸۱۲۰–۲۱، پست الکترونیک: emrc@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۰۵
تاریخ درخواست اصلاح: ۸۸/۱۲/۲۵
تاریخ پذیرش: ۸۸/۰۲/۲۵
ارتباطی بین این دو بیماری وجود داشته باشد. برخی مطالعات در زمینه شیوع دیابت بارداری در زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک کشف کرده‌اند که خطر بروز GDM در زنان مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک (OR = 2.1) در نزدیکی [1] از آنجا که ارتباط بین دیابت بارداری و سندروم تخمدان پلی کیستیک در بیماران مبتلا به سندروم تخمدان پلی کیستیک دارد [18] و تا حدی ارتباط کمتری با بروز دیابت بارداری است، لذا این مطالعه نیز در مورد بررسی ارتباط بین سندروم تخمدان پلی کیستیک و دیابت بارداری در زنان که سابقه دیابت بارداری داشته اند نتایج کامل است.

مقدمه


روش‌ها

تعداد 30-35 زن سال مبتلا به دیابت بارداری و 25 زن بدون سابقه دیابت بارداری به طور تصادفی از دو گروه انتخاب شدند، در گروه اول سه ماهه تجربه دیابت بارداری داشتند و در گروه دوم تنها گروه اولیه هیپرآندروژسم، کاهش وزن، رفع تغییرات خونی و علائمی عوارض درونی به وجود آمده بود. پژوهش کاهش وزن، یکی از علل حذف گلوکز از سیستم کبدی و بهبود ضعف قلبی و سیستم عروقی است که بر آن تأکید شده است.


روش‌ها

تعداد 30-35 زن سال مبتلا به دیابت بارداری و 25 زن بدون سابقه دیابت بارداری به طور تصادفی از دو گروه انتخاب شدند، در گروه اول سه ماهه تجربه دیابت بارداری داشتند و در گروه دوم تنها گروه اولیه هیپرآندروژسم، کاهش وزن، رفع تغییرات خونی و علائمی عوارض درونی به وجود آمده بود. پژوهش کاهش وزن، یکی از علل حذف گلوکز از سیستم کبدی و بهبود ضعف قلبی و سیستم عروقی است که بر آن تأکید شده است.

مقدمه

تشخیص سندروم تخمدان بای کیستین بر اساس هر دو
MHI1 مادی برای دوران و بیشترین اندامان در تورکاتر
برزک به عنوان دور بانان اندامان کیزی شدند [22] و سپس
نتیجه دور کم به دور بانس به مانند تعیین چاقی مرکزی
که امیز بیشرا با مسایل و مربی سونوگرافی شکمی
TOSBEE متوسط یک مشترک Toshiba
و با یک دور INH1 مادی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مروبی هر سوئیسی در نظر گرفته شدند [22].
مرکز جراحی Rotterdam
از مرجعیت کننده از مطلقه پس از 12 ساعت ناشتا.
FSH3 20 میلیوولت و بودی گرفته شد. مقدار سری
LH8 (mIU/ml) 
و شرکت DHEAS8 (mg/dl)
بیان می‌کند می‌تواند سندروم تخمدان بای کیستین بر
سابقه مربوط به نوزاد شامل وزن زمان تولد، آیکار،
انواع مختلف حین تولد و رشد و تکامل ان انزای معمولی
باید از بیماران مورد مطالعه طریق رژیم 2 میلیون
سپهک ماهانه، بررسی هورمونی و سونوگرافی تخمدان‌ها به
عمل آمد.
10- Free Testosterone Index

1- National Institute of Health
2- Body mass index
3- Follicular Stimulating Hormone
4- Luteinizing Hormone
5- Dehydro Epiandrosterone Sulphate
6- Sex Hormone Binding Globuline
7- Fasting Blood Sugar
8- High Density Lipoproteine
9- Low Density Lipoproteine
پایان‌ها
بیماران مورد مطالعه 44 زن بودند که شامل 20 نفر در گروه دارای سابقه دیابت بارداری و 24 نفر در گروه بدون سابقه دیابت بارداری بودند. میانگین سنج در گروه مبتلا به دیابت بارداری ± 31/5 و در گروه بدون سابقه دیابت بارداری ± 3/7/1 سال بود. نتایج آزمون t نشان داد که بین دو گروه نتایج فاصله‌ای ثابت نداشت. خصوصیات بالینی دو گروه در جدول 1 نشان داده شده‌اند.

بر طبق معیارهای تخصصی NIH (9) نفر (45%) و در گروه دیابت بارداری 6 نفر (25%) در گروه بدون سابقه دیابت بارداری مبتلا به سندروم تخم장 پیشین که از گروه دیابت بارداری پیشین این نمره‌ها و بررسی‌های SHBG و مثبت سطح خونی تستوسترون به دو گروه تفاوت جنگلی در بودن دیابت بارداری بطور معنی‌داری با گروه دیابت بارداری پیشین هم اکنون وجود نداشت. ویژگی‌های بیوشیمیایی و هورمونی در گروه تفاوت معنی‌داری در جدول 2 نشان داده شده‌اند.

جدول 1- ویژگی‌های بالینی افراد دو گروه با سابقه دیابت بارداری و بدون سابقه دیابت بارداری

<table>
<thead>
<tr>
<th>ویژگی‌های ماده</th>
<th>جدول 1- ویژگی‌های بالینی افراد دو گروه با سابقه دیابت بارداری و بدون سابقه دیابت بارداری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن (سال)</td>
<td>3/1/4</td>
</tr>
<tr>
<td>تیزای توده بالینی (کیلوگرم/متر²)</td>
<td>3/2/3</td>
</tr>
<tr>
<td>افزایش وزن (کیلوگرم)</td>
<td>2/6/7</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت دور کبد به دور بدن</td>
<td>0/4/7</td>
</tr>
<tr>
<td>نسبت درصد بالینی</td>
<td>3/1/7</td>
</tr>
<tr>
<td>چاقی لنگری (کیلوگرم)</td>
<td>1/5/9</td>
</tr>
<tr>
<td>هترسیمین (ریگ)</td>
<td>2/5/2</td>
</tr>
<tr>
<td>سبک ماهانه بیش از 25 روز</td>
<td>1/4/8</td>
</tr>
<tr>
<td>تخم‌اندازه‌پسیون پیشین کیستیک در سونوگرافی</td>
<td>1/4/9</td>
</tr>
<tr>
<td>ابتلا به سندروم تخم‌اندازه‌پسیون پیشین کیستیک طی عبور</td>
<td>Rotterdam</td>
</tr>
<tr>
<td>نرخ (درصد)</td>
<td>1/5/14</td>
</tr>
<tr>
<td>دور سر (سانتی‌متر)</td>
<td>1/8/3</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن بالینی (کیلوگرم)</td>
<td>1/5/3</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>1/5/2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بر اساس آزمون Chi-Square 0/5< P در نظر گرفته شد. ** تعداد افراد گروه دیابت بارداری: 20 زن. تعداد افراد گروه دیابت بارداری: 24 زن. مقادیر P معنی‌دار بود. **
جدول ۲ – ویژگی‌های هورمونی و بیوشیمیایی دو کروه افراد با سابقه دیابت بارداری و بدون سابقه دیابت بارداری

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>گروه دارای سابقه دیابت بارداری</th>
<th>گروه بدون سابقه دیابت بارداری</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>فشار خون ناشتا (mg/dl)</td>
<td>150</td>
<td>۹۷</td>
</tr>
<tr>
<td>کلسترول (mg/dl)</td>
<td>۳۲۳/۸</td>
<td>۴/۹</td>
</tr>
<tr>
<td>HDL (mg/dl)</td>
<td>۴۶</td>
<td>۶/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>LDL (mg/dl)</td>
<td>۱۱۰</td>
<td>۴۹</td>
</tr>
<tr>
<td>تری‌گلیسرید (mg/dl)</td>
<td>۱۸۶</td>
<td>۹۶</td>
</tr>
<tr>
<td>لیپین (mg/dl)</td>
<td>۴۹/۳</td>
<td>۴۸/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>انژولین ناشتا (MIU/ml)</td>
<td>۳۵/۷</td>
<td>۱۰/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>†HOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>†(ng/ml) SHBG</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(mg/dl) DHEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>†(ng/ml) FSH</td>
<td>۸۷</td>
<td>۱۰/۸</td>
</tr>
<tr>
<td>†(MIU/ml) LH</td>
<td>۷۲</td>
<td>۳/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>†(ng/ml) تستوسترون</td>
<td>۶/۷</td>
<td>۷/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>†(MIU/ml) FTI</td>
<td>۱/۴</td>
<td>۱/۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Chi-Square ارتباط معنی‌دار ۰/۰۵ \( < P \)
** تعادل افراد کروه دیابت بارداری: ۲۰ زن، تعادل افراد کروه فاقد دیابت بارداری: ۲۴ زن.
† مقادیر P معنی‌دار بود.

Chi-Square ارتباط معنی‌دار ۰/۰۵ \( < P \)

نمودار ۱ – مقایسه ویژگی‌های هورمونی و بیوشیمیایی دو کروه دارای سابقه دیابت بارداری و بدون سابقه دیابت بارداری

PCOS: Polycystic Ovary Syndrome
PCO: Polycystic Ovary
FTI: Free Testosterone Index
HOMA: Homeostasis Model Assessment
*HOMA > 2.28 (24)
بحث

نتایج این مطالعه ابتدا به سندروم تخم‌انگیز پلی کیستیک در زنان دارای سابقه دایت بارداری را با توجه به آماری معمولی، نشان داد که می‌توان سندروم تخم‌انگیز پلی کیستیک را به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به دایت بارداری قلمداد کرد.

و همکاران نیز در مطالعه‌ای که بر روی زنان Wijeyaratne جنب آسیا انجام شد. نشان دادند که سندروم تخم‌انگیز پلی کیستیک در زنان دارای سابقه دایت بارداری شیوع بالاتری دارد [24]. بنابراین مطالعات این آزمون‌های مورد تخم‌انگیز پلی کیستیک و دایت بارداری در زنان اروپایی و آسیایی می‌باشد که کمک به نهایت در این مطالعات غربالگری زنان مبتلا به سندروم تخم‌انگیز پلی کیستیک و با درمان‌های مورد بررسی، می‌تواند به بهبود حال زنان انتقال نماید.

در این مطالعه سودایی از مورفولوژی پلی کیستیک در تخم‌انگیز اثره‌ای از بارداری مثبت بود که می‌تواند به دانسته نظام از مورفولوژی و مقاومت به سندروم تخم‌انگیز پلی کیستیک، با توجه به مطالعات گسترش یافته است که در جهت تائید نتایج و توصیه به غربالگری در مغز ذاتی متابولیک که با دایت بارداری در اثر نماید.

سپاسگزاری

این پژوهش در مرکز تحصیلات غذایی درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران با حمایت مالی این مرکز انجام گرفته است و موفقیت مراحل تعدد و نشست خروج را از کلیه بررسی و آزمایشگاه این مرکز اعلام می‌دارند.
24. CN Wijeyeratne, R Waduge, D Arandara, A Arasalingam, A Sivasuriam, SH Dodampahala, AH Balenba. Metabolic and polycystic ovary syndromes in indigenous South Asian women with previous gestational diabetes mellitus. BJOG 2006;113(10):1182-7