

А.В. Егорова, Ю.И. Лукошко

ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ И ТЕЧЕНИЯ СПКЯ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НЕ ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. А.П. Шепелькевич

Кафедра эндокринологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.V. Yachorava, Y.I. Lukoshka

PARTICULAR FEATURES OF MANIFESTATION AND COURSE OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME IN YUONG WOMEN, WHO ARE NOT PLANNING PREGNANCY

Tutor: professor A.P. Shepelkevich

Department of Endocrinology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В современном мире синдром поликистозных яичников является самой распространенной эндокринопатией у женщин и представляет серьезную проблему общесоматического здоровья, определяющую не только репродуктивный потенциал молодых женщин, но и качество их жизни, а также риски развития сердечно-сосудистой патологии, злокачественных заболеваний.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, диагностические критерии, ановуляция, гиперандрогения.

Resume. In the modern world polycystic ovarian syndrome is the most common endocrinopathy in women and represent serious problem of general health, which determines not only reproductive potential, but quality of their life, risks of development cardio-vascular pathology and oncology.

Keywords: polycystic ovarian syndrome, diagnostic criteria, anovulation, hyperandrogenism.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – это синдром овариальной дисфункции, к специфическим проявлениям которого относятся овуляторная дисфункция, клиническая и/или лабораторная гиперандрогения, «поликистозная» морфология яичников по данным УЗИ.

Синдром поликистозных яичников – самая распространенная эндокринная патология женщин, частота встречаемости которой составляет около 10% у женщин репродуктивного возраста [3].

СПКЯ является актуальной медико-социальной проблемой, поскольку приводит к нарушению репродуктивной функции, сопровождается психологическими проблемами, связан с увеличением риска развития дислипидемии, ожирения и сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, артериальная гипертензия), гиперпластических процессов эндометрия и, как следствие, приводит к значительному снижению качества жизни пациенток.

Детальное изучение синдрома осуществили I. Stein и M. Leventhal, которые совместно описали классическую форму «склерокистозных яичников» в 1935 году: «Молочные железы, как правило, в норме. У некоторых пациенток наблюдается явная тенденция к маскулинизации. Выявлен типичный ромбовидный тип оволосенения лобка, волосы на лице, руках и ногах, изменения кожи. Отсутствует изменение тембра голоса. Наружные половые органы не изменены, в редких случаях гипертрофированы

малые половые губы. Либи́до не изменено, несмотря на изменения в яичниках» [2]. Кроме того, I. Stein и M. Leventhal впервые отметили необходимость четких критериев для диагностики и выбора метода лечения.

Открытие взаимосвязи СПКЯ и инсулинорезистентности, сделанное С. Khan и соавторами в 1976 г. и Burghen в 1980 г. позволило рассматривать СПКЯ не только как гинекологическую патологию, но как системное эндокринное (метаболическое) заболевание.

В настоящее время диагноз СПКЯ устанавливается на основании современных диагностических критериев, разработанных в 2018 году, которые основаны на выявлении у пациентки сочетания признаков:

1. нерегулярный менструальный цикл + клинические признаки гиперандрогении, диагноз подтвержден в случае исключения других причин, вызвавших данные состояния;

2. нерегулярный менструальный цикл + отсутствуют клинические признаки гиперандрогении, последняя выявляется лабораторно, диагноз подтвержден при исключении других причин;

3. только нерегулярный менструальный цикл или только клинические признаки гиперандрогении + УЗИ-признаки «поликистозных яичников». УЗИ не показано подросткам и женщинам в перименопаузальном периоде, у женщин репродуктивного возраста при исключении других причин диагноз подтвержден [1].

Клиническими признаками гиперандрогении являются акне, алопеция и гирсутизм. Гирсутное число рассчитывается по шкале Ферримана-Галвея, которая учитывает интенсивность роста волос на андрогензависимых участках тела.

Нерегулярным считается менструальный цикл, если в течение 1-3 лет после менархе длительность его составляет 21-45 дней; если после 3 лет от менархе цикл длится 21-35 дней или количество менструальных циклов в год равно 8; если длина любого цикла составляет 90 дней после 1 года от менархе.

Диагностически значимыми УЗИ-признаками «поликистозных» яичников являются: число фолликулов ≥ 20 и / или объем яичника ≥ 10 см³ в отсутствие желтого тела, кист или доминантного фолликула. УЗИ не рекомендуется делать лицам с гинекологическим возрастом < 8 лет (< 8 лет после менархе) из-за высокой распространенности поликистозных изменений в этом возрасте. Предпочтительно трансвагинальное исследование.

Для лечения пациенток молодого возраста, которые не планируют беременность, на фоне изменения образа жизни, препаратами первой линии при гиперандрогении и нерегулярном менструальном цикле являются комбинированные оральные контрацептивы. Рекомендовано использование самых низких доз эстрогенов – 20-30 мкг этинилэстрадиола или эквивалент. В качестве второй линии фармакотерапии используют сочетания комбинированных оральных контрацептивов с метформинном или антиандрогеном.

Цель: выявить особенности манифестации и течения СПКЯ у пациенток молодого возраста, не планирующих беременность.

Задачи:

1. Оценить частоту встречаемости диагностических критериев СПКЯ.
2. Изучить анамнестические, наследственные факторы и заболевания, ассоциированные с СПКЯ.
3. Проанализировать проводимую фармакотерапию у женщин молодого возраста с СПКЯ.

Материал и методы. Проанализированы медицинские карты пациенток с установленным диагнозом СПКЯ, наблюдающихся в ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения».

Критерии включения:

- женщины молодого возраста с подтвержденным диагнозом СПКЯ, не планирующие беременность.

Критерий исключения:

- наличие выраженной сопутствующей патологии.

Результаты и их обсуждение. В исследование включены 38 пациенток молодого возраста с установленным диагнозом СПКЯ. Средний возраст исследуемых составил $23,5 \pm 5,3$ лет; средний возраст манифестации заболевания – $20,8 \pm 5,9$ года, средняя длительность заболевания – 2,7 года.

При анализе данных использовались диагностические критерии Международного консенсуса 2018 года: овуляторная дисфункция, клинические и/или лабораторные признаки гиперандрогении и УЗИ-признаки СПКЯ. Овуляторная дисфункция встречалась у 37 (97%) пациенток, клинические признаки гиперандрогении (акне, гирсутизм) у 25 (66%) пациенток, лабораторные признаки гиперандрогении у 19 (50%) пациенток. УЗИ-признаки СПКЯ имели место в 36 (95%) случаях.

Диагноз пациенткам был установлен на основании наличия у них различной комбинации признаков (диаграмма 1).

Диagr.1 - Установление диагноза, согласно критериям 2018 г

8 (21%) пациенток отметили в наследственном анамнезе ассоциированные заболевания: 5 (13%) - сахарный диабет 2 типа у одного из родителей; 1 (3%) – СПКЯ у матери; 1 (3%) – ожирение у обоих родителей; 1 (3%) – миома матки у матери.



Пациентки с установленным диагнозом имели следующую сопутствующую па-

тологию: ожирение – у 13 (34%) женщин; другая патология репродуктивной системы (кисты яичников, гипоплазия матки, миома матки) – у 13 (34%); патология щитовидной железы (ХАИТ) – у 9 (24%); дефицит витамина Д – у 2 (5%); сахарный диабет 2 типа – у 1 (3%); гиперпролактинемия – у 1 (3%).

В качестве лечения абсолютное большинство пациенток – 21 (55%) получали гормональную терапию комбинированными оральными контрацептивами. Фармакотерапия комбинированными оральными контрацептивами совместно с метформинотерапией имела место у 7 (18%) пациенток; антиандрогены (спиронолактон) получали 5 (13%) пациенток; метформин совместно с антиандрогенами – 3 (8%) пациентки; комбинированные оральные контрацептивы совместно с антиандрогенами – 1 (3%) пациентка и монотерапию метформинотерапией – 1 (3%) пациентка.

Выводы:

1 Диагностическими критериями СПКЯ у обследованных женщин являлись:

1) 63% - сочетание овуляторной дисфункции и клинических признаков гиперандрогении

2) 21% - сочетание овуляторной дисфункции и лабораторных признаков гиперандрогении

3) 13% - сочетание овуляторной дисфункции и УЗИ-признаков

4) 3% - сочетание клинических признаков гиперандрогении и УЗИ-признаков

2 У 34% пациенток с СПКЯ выявлено ожирение, у 34% - другая патология репродуктивной системы (кисты яичников, миома матки), у 24% - патология щитовидной железы, у 5% - дефицит витамина Д.

3 55% пациенток получали КОК (Димия, Джес, Ярина, Линдинет, Белара, Жанин, Вендиол); 18% - КОК в комбинации с метформинотерапией.

Литература

1. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic syndrome 2018 / Helena Teede [et.al.] // Endocrine Practice: February. – 2018. - Vol. 21, No. 11, P. 60-72.
2. Stein I.F, Amenorrhoea associated with bilateral polycystic ovaries. /I.F. Stein, M.L. Leventhal // AJOG. - 1935. - № 29. – С.181-191.
3. Сафина М.Р., Лобачевская О.С., Елинская Н.А Синдром поликистозных яичников: мультидисциплинарная проблема в руках семейного врача // Медицинские новости. - 2011. - №2. - С. 45-50.