



## ПОЛИКИСТОЗ ЯИЧНИКОВ И ИХ ДИАГНОСТИКА

**Абдивохидова Наргиза Комиловна**

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Нормуродова Шахноза Гафоровна**

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Бахорова Бибисора Самадовна**

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Аннотация:** Детальное изучение аспектов бесплодия у 316 женщин, страдающих синдромом поликистоза яичников (СПКЯ), в зависимости от региональной принадлежности, выявило, что СПКЯ обнаружен у больных из сельского региона в раннем репродуктивном возрасте от 19 до 24 лет в 55% случаев и в 40% случаев у городских женщин. У 35,4% больных, страдающих бесплодием, СПКЯ и метаболическим синдромом установлена дислипидемия (гипертриглицеридемия, низкая концентрация холестерина ЛПВП) в сочетании с нарушением толерантности к глюкозе. Полученные данные подтверждают не только гетерогенность и сложность диагностики патологии, но и свидетельствуют о длительном и тяжёлом поражении репродуктивной системы. Установленные особенности требуют новых подходов в диагностике данного контингента больных для повышения эффективности дифференцированной терапии.

**Ключевые слова:** женское бесплодие, синдром поликистоза яичников, метаболический синдром, менструальная функция, репродуктивная система, оперативная лапароскопия.

**Введение.** Синдром поликистоза яичников (СПКЯ) - мультифакторная патология, для которой характерны олиго- и аменорея, хроническая ановуляция, гиперандрогения, гирсутизм и бесплодие [1-5].

По данным ряда авторов СПКЯ является наиболее частой патологией, которая встречается в 56,2% случаев среди женщин с бесплодием эндокринного генеза, а в структуре бесплодного брака этот синдром занимает 5-6-е место, составляя более 20% [2,3].

Согласно критериям Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), данный диагноз устанавливается при наличии типичной триады





клиниколабораторных признаков: нарушение менструального цикла, гиперандрогения, эхографические признаки поликистозных яичников [4].

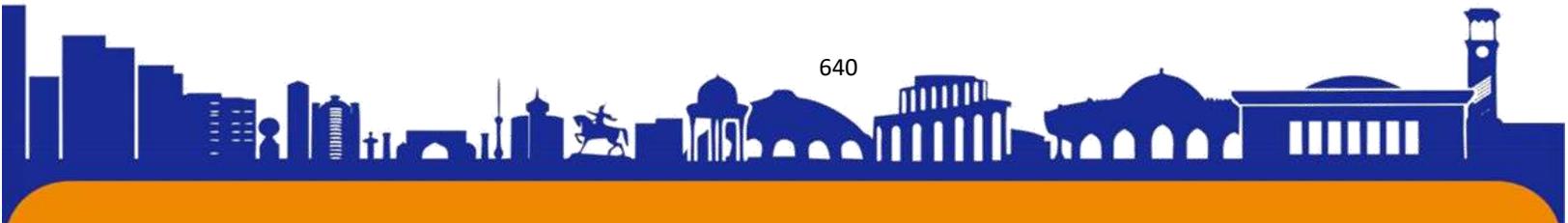
Помимо этого, по мнению ряда авторов, в структуре метаболических расстройств у больных с СПКЯ играет определённую роль инсулинорезистентность и гиперинсулинемия [1,5-8].

В связи с этим, прежде чем выбрать адекватные и эффективные методы лечения, восстанавливающие овуляцию и приводящие к успешной реализации репродуктивной функции женщины, необходимо тщательное гормональное обследование для оценки уровня повреждения и функциональных резервов репродуктивной системы. Не менее важную роль играет этап подготовительной терапии к циклу стимуляции овуляции, в зависимости от клиникогормональных особенностей статуса женщины, а также выбор оптимальной схемы стимуляции овуляции в каждом конкретном случае и последующий динамический клинико-лабораторный контроль стимулированного цикла [1,2].

На современном этапе несмотря на то, что вопросы диагностики и лечения СПКЯ разработаны достаточно полно, выявленные нами клинические особенности течения данного синдрома у женщин с учётом климато-географических условий местности требуют дифференцированного подхода к диагностике и лечению с последующей модификацией данного алгоритма обследования и терапии больных [1,3,8,9].

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения бесплодия с СПКЯ среди женщин сельских и городских регионов Таджикистана для разработки дифференцированного подхода к ранней диагностике синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое обследование 316 больных с СПКЯ и бесплодием, включающее анамнез, данные объективного обследования, антропометрическое, гормональное исследование (содержание в плазме крови ЛГ, ФСГ, ПРЛ, Т, К, ТТГ, СТГ, св.Т4, св.Т3, ДЭА, 17КС, Е2, П; изучение липидного спектра крови (ОХ, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), концентрации ИРИ, глюкозы в сыворотке крови натощак, через 1 и 2 часа ПГТТ; ультразвуковое исследование органов малого таза (мониторинг фолликулов), диагностическая и лечебная гистероскопия, и лапароскопия.





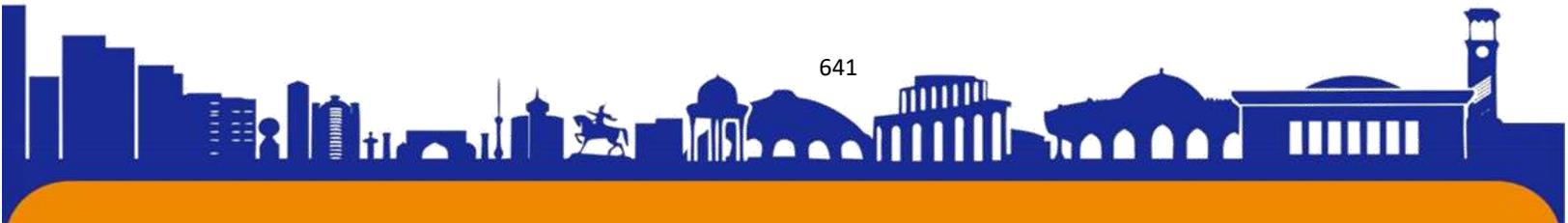
Критериями включения больных в группу настоящего исследования были: наличие СПКЯ, длительность бесплодного брака от 1 до 20 лет и продолжительность безуспешного лечения по поводу бесплодия в различных медицинских учреждениях.

В зависимости от места проживания и обращения больные были распределены на 2 группы: в первую (I) группу вошли 200 женщины с бесплодием из сельских регионов республики, вторую (II) группу составили 116 больных, проживающих в городах республики.

Результаты и их обсуждение. Всего было обследовано и подвергнуто лечению 316 больных СПКЯ с бесплодием в браке. Средний возраст обследованных женщин в первой группе составил  $24,3 \pm 0,1$  года, а во второй -  $27,1 \pm 0,3$  лет. У обследованных женщин бесплодие наблюдалось в основном в раннем репродуктивном возрасте (19 - 24 года) и составляло 55% случаев в 1-ой группе и 40% во 2-ой.

Следует отметить, что частота первичного бесплодия была достаточно высокой у женщин из сельского региона и составляла 78%, тогда как у городских женщин первичное бесплодие отмечалось в 55% случаев. Средняя продолжительность бесплодия у пациенток с СПКЯ составила  $4,81 \pm 0,25$  лет в 1-ой группе и  $5,26 \pm 0,35$  лет во 2-ой группе, что свидетельствует о длительной и тяжёлой форме поражения репродуктивной функции.

Анализ характера нарушений менструальной функции у 316 больных с СПКЯ показал, что средний возраст менархе составил  $14,4 \pm 1,2$  лет в 1-ой группе и  $13,8 \pm 0,4$  лет во 2-ой группе. Позднее наступление менархе наблюдалось у 43% больных с СПКЯ и средний возраст позднего менархе - был в пределах  $15,1 \pm 1,1$  лет. Как видно из представленных данных (рис.1) позднее наступление менархе отмечается у женщин из сельской местности в 2 раза чаще, чем у городских женщин (94 против 43); аналогичная тенденция отмечена и в отношении как олигоменореи с периода менархе (89 против 38), а также гипоолигоменореи. У 21% пациенток с СПКЯ установлена хроническая ановуляция с продолжительностью более 4 лет, у 45% больных отмечено чередование ановуляции с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ).





Проведённое гинекологическое и ультразвуковое исследование выявило, что у 196 (62%) женщин определялась матка обычных размеров и у 120 пациенток (38%) обнаружена гипоплазия матки.

Анализ ультразвукового обследования больных с СПКЯ показал увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы у значительного контингента (78,8% (249) исследуемых) больных. Средние размеры увеличенных яичников у данных женщин достигали от  $13,04 \pm 0,6$  см<sup>3</sup> до  $15,3 \pm 0,9$  см<sup>3</sup> (в контрольной группе  $7,03 \pm 0,2$  см<sup>3</sup>) со множеством атретичных фолликулов (более 6 фолликулов) диаметром 4–8 мм, расположенных по периферии яичников.

С целью диагностики и лечебных манипуляций 249 больным с СПКЯ и бесплодием было произведено лапароскопическое исследование.

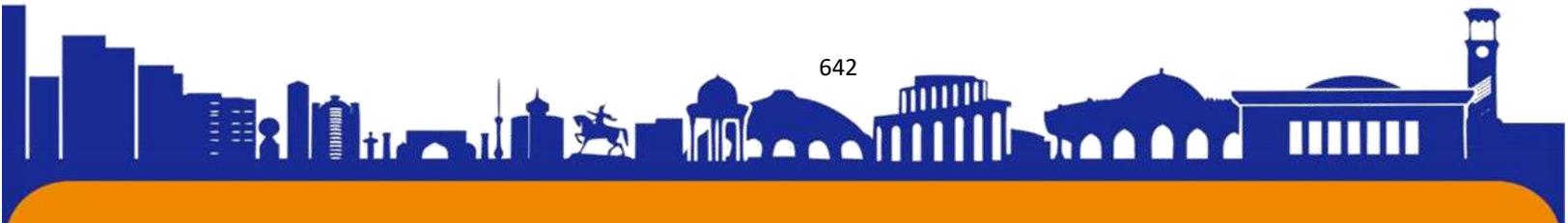
В 88,6% случаев было установлено увеличение яичниково-маточного индекса –  $2,9 \pm 0,4$ . Двустороннее увеличение яичников было обнаружено в 278 (88,0%) случаях и в 12% случаев – одностороннее, с гладкой, блестящей и плотной оболочкой, а также с выраженным сосудистым рисунком на поверхности оболочки с множественными подкапсулярными кистами.

Характеристика показателя индекса массы тела у больных с СПКЯ свидетельствует о преобладании лиц с избыточным весом и ожирением, составляя 45% в 1-ой группе и 54% во 2-ой. У 27,5 % больных 1-ой группы с висцеральным типом ожирения, коэффициент ОТ/ОБ (объём талии к объёму бедра) составил  $0,89 \pm 0,03$ , а у 18% женщин 2-ой группы -  $0,91 \pm 0,01$ .

Нарушение толерантности к глюкозе диагностировано у 112 (35,4%) из 316 обследованных женщин с СПКЯ и бесплодием, у 79 больных в 1-ой группе и 63 - во 2-ой.

Данные ПГТТ показали, что у всех обследованных больных уровень гликемии натощак был выше нормы, составляя  $6,9 \pm 1,2$  ммоль/л, а уровень гликозированного гемоглобина (Hb A1) – 6,7%. Через 2 часа после нагрузки уровень гликемии составил  $11,1 \pm 0,9$  ммоль/л, а гликозированного гемоглобина (Hb A1) - 10,8%.

Анализ результатов углеводного и липидного обмена у обследованных больных СПКЯ представлен в таблице.





Выявленные показатели ИМТ $>30$  кг/м<sup>2</sup>, ОТ $>80$  см; ОТ/ОБ $>0,85$ , наличие нигроидного акантоза у пациенток с метаболическим синдромом коррелировали с высокой степенью взаимосвязи (0,72–0,85) с частотой нарушения толерантности к глюкозе, что подтверждает их прогностическую значимость.

Таким образом, выявленные нарушения менструального цикла, гиперандрогения, эхографические изменения, лапароскопические признаки яичников, метаболические расстройства с нарушением углеводного и липидного обмена у больных с СПКЯ и бесплодием подтверждают не только гетерогенность и сложность диагностики патологии, но и указывают на то, что обследованные больные с СПКЯ характеризуются длительной и тяжёлой формой поражения репродуктивной системы. Выявлены особенности клинической картины СПКЯ у женщин с бесплодием в зависимости от климато-географического региона. Установленные особенности требуют новых подходов в диагностике данного контингента больных для повышения эффективности дифференцированной терапии.





### Литература

1. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А.Назаренко. – М.: Медицина. -2005. -207с.
2. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии / В.И.Кулаков. Руководство для врачей - М.: Медицина. -2000. -383с.
3. Сухих Г.Т. Бесплодный брак / Г.Т.Сухих, Т.А.Назаренко. – М.: Медицина, -2010, -774с.
4. Rotterdam ESHR/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Fertility and Sterility.-2004. 81(1), 19-25
5. Azziz R. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome / R.Azziz, E.Carmina, D.Dewailly. Fertility and Sterility 91(2), - 2009. 456-488
6. Azziz R. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population / R.Azziz, K.S.Woods, R.Reyna // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89(6), -2004, 2745-2749
7. Mather, K.J. Hyperinsulinemia in polycystic ovary syndrome correlates with increased cardiovascular risk independent of obesity. Fertility and Sterility.- 2000. 73(1), 150-156
8. Ryan C. Insulin-Sensitizing Drugs for the Treatment of Infertility in Polycystic Ovary Syndrome / C. Ryan. -Contemporary Endocrinology. - 2007. - P. 133-145
9. Ходжамуродова Д.А. Диагностика и лечение больных с синдромом поликистозных яичников в условиях клинического центра гинекологической эндокринологии / Д.А. Ходжамуродова. -Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. -Душанбе. -2003. - С. 216-218

