

## ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ ЯИЧНИКОВОГО ГЕНЕЗА

В статье рассматриваются результаты ретроспективного и проспективного анализа истории болезни 31 пациенток с синдромом поликистозных яичников. Проведенные комплексные методы диагностики и лечения больных с СПКЯ позволяют восстановить репродуктивную функцию у пациенток с бесплодием.

**Ключевое слово:** гиперандрогения, ановуляторный цикл, поликистозные яичники по УЗИ.

**Актуальность:** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – это функциональная яичниковая гиперандрогения, комплекс эндокринных нарушений, ассоциированный с ановуляцией и гиперандрогенией (1,2).

СПКЯ- наиболее частая эндокринная патология, сопровождающаяся нарушением менструальной и генеративной функции, встречается у 15% женщин репродуктивного возраста, у 11%-гинекологических больных, у 15,5-30,1-77,3%- с нарушениями менструального цикла, у 73-75%-с ановуляторным бесплодием, у 68-85% пациенток с гирсутизмом, у 12,1-22% женщин с невынашиванием беременности (3,4). Патогенез до конца не изучен. Несмотря на большое число предложенных теорий его развития, в связи с чем не оптимизирована эффективная терапия, приводящая к стойкому восстановлению репродуктивного здоровья пациенток с СПКЯ (1).

**Цель исследования:** Проведения диагностических и лечебно-профилактических мероприятий по восстановлению репродуктивной функции у пациенток с синдромом поликистозных яичников.

**Материалы и методы исследования:** Нами проведен ретроспективный разбор истории болезни 22 и проспективный анализ 9 пациенток с СПКЯ в возрасте от 19-41 года (средний возраст 28,3±0,5лет), которым было проведено обследование и лечение ГККП ГП №19- женской консультации и в гинекологическом отделении БСНП за 2010-2014гг. Контрольную группу составили 15 женщин с не нарушенной генеративной функцией, сохраненным ритмом менструаций, неотягощенным семейным анамнезом и состоянием здоровья не отличавшимся от популяционной нормы. Средний возраст женщин контрольной группы составил 26,6±1,5года.

**Методы исследования:** клиническое обследование пациенток, лабораторно-биохимические, гормональные, УЗИ и статистические.

Диагноз СПКЯ установлен на основании критерии диагностики принятой на Роттердамском конгрессе в 2003 году

ESHRE(Европейское общество фертильности и эмбриологии) и ASRM(Американское общество репродуктивной медицины):олиго- или аменорея, ановуляция; гиперандрогения (клинические или биохимические проявления); поликистозные яичники по УЗИ(5,6).

Обследование женщин проводила по специально разработанному опроснику, включавшему сведения об образовании, социальном статусе, условиях труда, быта, характере трудовой деятельности, особенностях питания, семейном анамнезе, перенесенных и сопутствующих соматических и гинекологических заболеваниях.

Особое внимание уделялось особенностям течения пубертата, становлению менструального цикла, характеру нарушений менструальной и генеративной функции, длительности бесплодия, особенностям реабилитационной терапии, клинической симптоматике метаболических нарушений. При клиническом обследовании проводился общий и гинекологический осмотр, пальпация молочных желез, по показаниям маммография, учитывались характер и степень ожирения, наличие артериальной гипертензии.

Всем пациенткам проводилась оценка антропометрических параметров:индекс массы тела(ИМТ), который рассчитывался как отношение массы тела (в кг) к длине тела (в метр<sup>2</sup>).1)Нормальным для женщин репродуктивного возраста считается ИМТ равный 18,5-24,9 кг/метр<sup>2</sup> 2)ИМТ равный 25-29,9 кг/метр<sup>2</sup> характеризует избыточную массу тела.3) ИМТ 30 кг/метр<sup>2</sup> и выше – ожирение и риск развития метаболических нарушений.

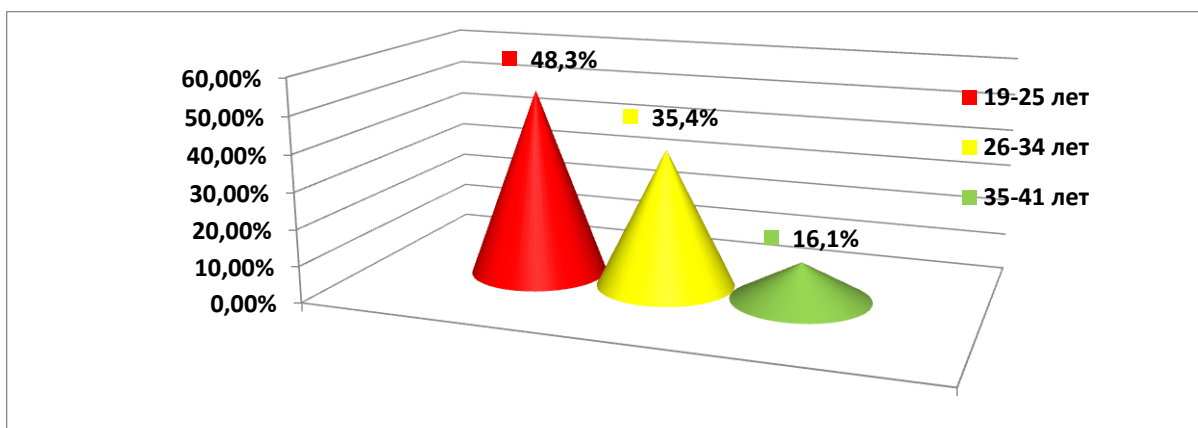


Диаграмма 1 - Распределение пациенток с СПКЯ и бесплодием по возрастному составу

Из диаграммы 1 видно, что СПКЯ в большинстве случаев 48,3% приходится на репродуктивный возраст от 19 до 25 лет.

Таблица 1 - Особенности менструальной функции у пациенток с СПКЯ и бесплодием

№	Характер менструальной функции	Пациентки с СПКЯ n=31		Контрольная группа n=15	
		Абс.число	%	Абс.число	%

1	Своевременное менархе	15	48,3	14	93,3
2	Позднее менархе(старше 14 лет)	16	51,6	1	6,6
3	Нарушение менструального цикла	31	100	0	0
4	Олигоменорея	19	61,2	-	-
5	Аменорея	7	22,5	-	-
6	Ациклические маточные кровотечения	1	3,2	-	-
7	Дисменорея, предменструальный синдром	14	45,1	1	6,6

Как видно из таблицы 1 нарушения менструальной и генеративной функций имели место у всех пациенток(100%) с СПКЯ.

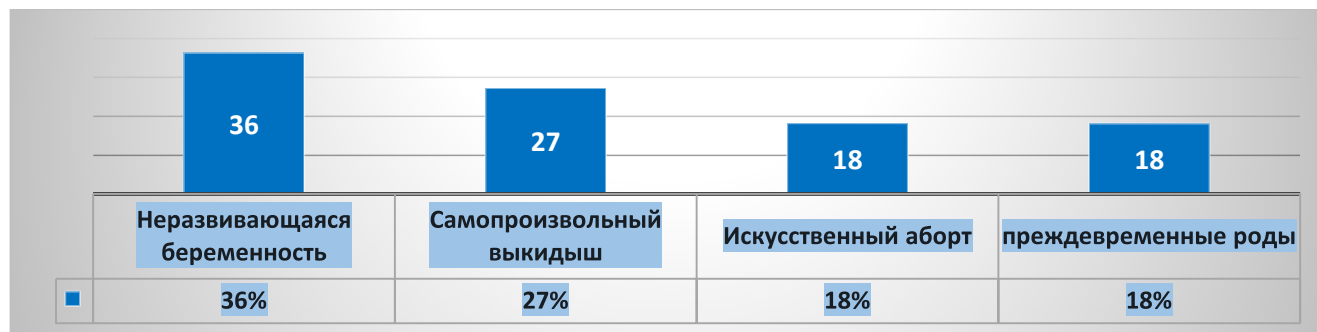


Диаграмма 2 - Исходы предыдущих беременностей у пациенток с СПКЯ и вторичным бесплодием

У женщин со вторичным бесплодием в анамнезе было 11 беременностей, большинство из которых закончились неразвивающейся беременностью (36,3% - 4) и самопроизвольным выкидышем (27,2%-3), 2 (18%) беременности завершились искусственным абортom, У 2-х женщин(18%) с бесплодием преждевременные роды в сроке беременности 35и 36 недель дети живы.

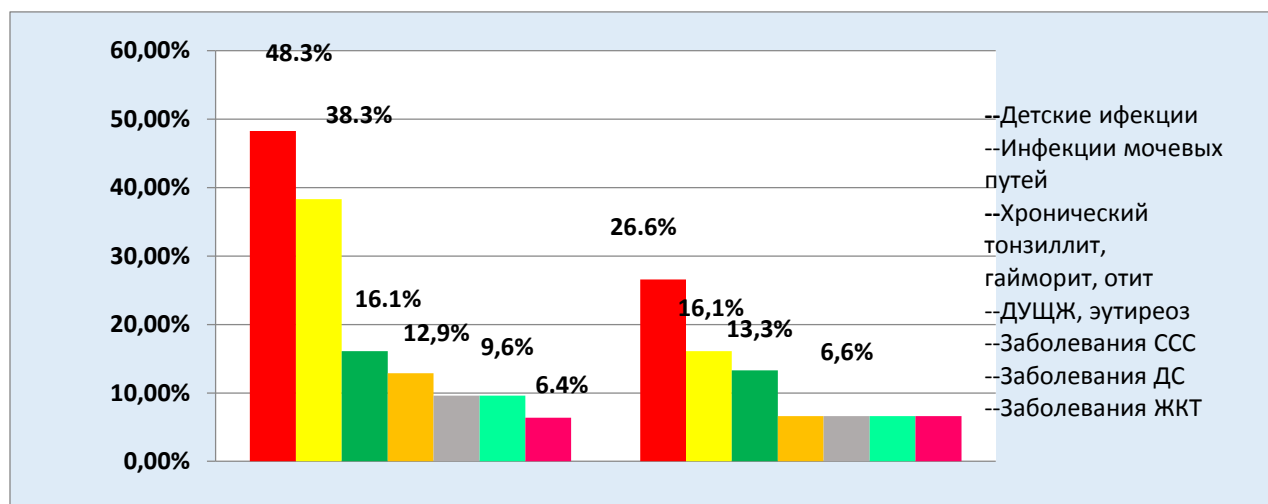


Диаграмма 3 - Перенесенные заболевания у пациенток с СПКЯ

При анализе перенесенных заболеваний, у обследованного контингента обращает на себя внимание высокая частота детских инфекций (48,3%). Причем наибольшее число в основном нейроинфекций (корь, ангины, паротит, краснуха) приходилось на критические периоды становления и развития репродуктивной системы (от 6 до 17 лет).

**Распределение пациенток с СПКЯ по степени ожирения.** СПКЯ может протекать как с ожирением, так и без ожирения (2,3). Среди пациенток с СПКЯ нормальный ИМТ выявлен у 9 (29,0%). У 10 (32,2%) обследованных установлена избыточная масса тела. У остальных 12 из 31 (38,7%) пациенток с СПКЯ выявлено ожирение. По данным литературы у 40-70 % женщин с СПКЯ наблюдается избыточная масса тела(5,6). По степени ожирения обследованные распределились следующим образом: с I степенью составили 25,8%

(8), II степени было 9,6% (3) и с III степенью ожирения были 1 (3,2%) женщины с СПКЯ. Результаты перорального теста с глюкозой: натощак(5,0±0,3), Через час(7,2±0,6), Через 2 часа(4,8±0,2). У женщин с ожирением II и III степени (12,8%) наблюдаются и лечатся у эндокринолога.

**Результаты гормональных исследований.** У всех пациенток с СПКЯ была установлена гипопрогестеронемия, в пределах 1,8-31,2 нмоль/л, со значительными проявлениями яичниковой недостаточности (в норме 8,0 – 78,0 нмоль/л в лютеиновую фазу цикла). Содержание эстрадиола у большей части обследованных было в пределах 32,4 -89,9пг/мл -ниже нормативных показателей (в норме 57-227ф.ф.) 17КС- 19,3 мг/сут (в норме 7,5-9 мг/сут) Гиперсекреция ЛГ была выявлена у 70,9% (22), соотношение ЛГ/ФСГ у больных с СПКЯ более 2,5 установлено у каждой второй. Увеличение концентрации тестостерона было обнаружено у 87% (27), тогда как содержание дегидроэпиандростерона было повышено только у 13% (4) пациенток с СПКЯ, характерная для яичниковой гиперандрогении. Увеличение концентрации кортизола 9,7% Гормоны щитовидной железы, содержание пролактина в пределах нормы.

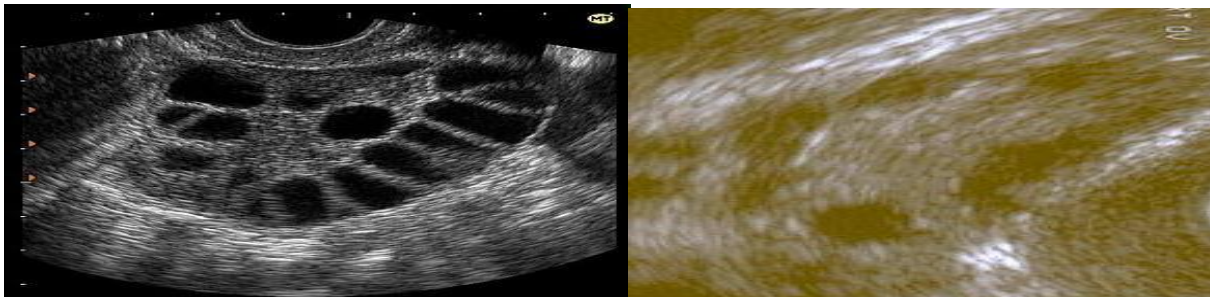


Рисунок 1 - УЗИ-Поликистозных яичников

**Ультразвуковое исследование органов малого.** Практически у всех обследованных было обнаружено увеличение объема яичников за счет гиперэхогенной стромы и наличие множества периферическое расположение кистозных включений.

В результате проведенных ретроспективных и проспективных исследований, можно отметить, что для лечения больных СПКЯ необходимо проведение комплексной патогенетической терапии в том числе нормализация менструального цикла, восстановлением овуляции и в последующем наступление беременности.

Восстановление фертильности пациенток с СПКЯ должна начинаться со снижения массы тела. В нашем случае было рекомендовано соблюдение диеты и физическая нагрузка. Физические нагрузки приводят к уменьшению инсулинорезистентности даже без потери массы тела. Нужно исключить из рациона быстрые углеводы (сахар, конфеты, торты, печенье, варенье, мёд, сладкие напитки, очень сладкие фрукты). В то же время общий суточный рацион должен содержать не менее 1000 ккал (белки, жиры, медленные углеводы). Пациентки с ожирением консультированы эндокринологом. Рекомендованы аэробные нагрузки 2 – 3 раза в неделю, не менее, чем по 45 мин.

Из лекарственных препаратов назначено дидрогестерон с 16-го по 25-й день цикла по 10 мг 2 раза в день в течение 3-х месяцев.

Следующим этапом подготовки к беременности явилась стимуляция овуляции кломифеном в дозе 50 мг 1 раз в день с 5-го по 9-й день цикла. Кломифен, как наиболее доступный препарат, часто (до 87% - 90%) используется для реабилитации репродуктивной функции у больных с СПКЯ(4).

Положительный результат был получен у больных с СПКЯ с нормальной массой тела 29,0%. (ИМТ=18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>), избыточная масса тела 32,2%(ИМТ=25-25,9кг/м<sup>2</sup>), ожирение I степени 25,8% (ИМТ=30,0-34,9 кг/м<sup>2</sup>).

Таким образом, на фоне сочетанной терапии: снижение массы тела, дидрогестерон, кломифен цитрат, достигнута нормализация менструального цикла, овуляция и наступление беременности в 67,7% случаев. Высокая эффективность современных гормональных средств приводит к восстановлению репродуктивной функции и наступлению беременности у пациенток гиперандрогений.

#### **Выводы:**

В заключение следует отметить, что комплексные методы диагностики СПКЯ и дифференцированные подходы к лечению данной патологии позволяют не только успешно лечить пациенток с нарушением менструального цикла, особенно с гиперандрогенией и ее клиническими проявлениями, но и не менее успешно восстанавливать репродуктивную функцию у пациенток с бесплодием.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Говоркян «Клинические лекции эндокринологической гинекологии», М. МИА. 2001 - 247с.
- 2 Андреева Е.Н. «Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников», «Проблемы репродукции», № 6, 2007 г.
- 3 Раисова А.Т. «Нейроэндокринные синдромы в гинекологии», Алматы 2008,
- 4 Раисова А.Т. Современные подходы к лечению синдрома поликистозных яичников. А.-2000, 20.
- 5 Rotterdam ESHRE/ARSM – sponsored consensus workshop group // Hum Reprod Update, 2004, 19, N 1, p. 41-473. Consensus on infertility treatment related to polycystic ovary syndrome // Thessalonicki ESHRE|ASRM sponsored PCOS consensus Workshop Group, 2007
- 6 Boomsma C. M. Eijkemans M.J., Hughes E.G., Visser G.H., Fauser B.C., Macklon N.S. A meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod Update, 2006, 12, p. 673-697

**Т.А. КОЖАБЕКОВА, Ф.Н. НУРМУХАММАД, Ж. БАЯТ**  
**АНАЛЫҚ БЕЗ ГЕНЕЗДІ ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ**

**Түйін:** Бұл мақалада, аналық без поликистоз синдромына байланысты ретроспективті және проспективті 31 сырқаттаманың зерттеу қортындысы жасалынды. Жүргізілген кешенді диагностикалық әдістер мен ем нәтижесі аналық без поликистоз синдромы кезінде бедеу пациенттердің репродуктивтік функциясын реттеуге көмектесті.

**Түйінді сөздер:** гиперандрогении, ановуляторлық цикл, УДЗ поликистоздық аналық без.

**T.A. KOZHANBEKOVA, F.N. NURMUKHAMMAD, ZH. BAYAT**

*Obstetrics and Gynecology Department No.2 of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty city*

**HYPERANDROGENISM OF OVARY GENESIS**

**Resume:** The article discusses the results of a retrospective and prospective analysis of the medical history of 31 patients with Polycystic Ovaries Syndrome (PCOS). The carried out comprehensive methods of diagnostic and treatment of patients with PCOS allow to restore the reproductive function of patients with infertility.

**Keywords:** hyperandrogenism, anovulatory cycle, polycystic ovaries on ultrasonography.