

Синдром поликистозных яичников у женщин с бесплодием, диагностика клинико-гормональных и новых эхографических критериев

Д.А. Ходжамуродова, С.С. Хайридинова, З.Р. Нарзуллаева, С.И. Косимова

ГУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии»

С целью определения диагностической ценности клинико-гормональных и новых эхографических критериев поликистоза яичников были обследованы 165 женщин с бесплодием и йоддефицитными заболеваниями.

Нарушение менструального цикла по типу олиго- и опсоменореи обнаружены в 41,2% случаев, недостаточность лютеиновой фазы – в 14,5%, гиперполименореи – в 20,6% и хроническая ановуляция – в 23,6%. Синдром поликистоза яичников у женщин с бесплодием протекал на фоне патологии щитовидной железы и среди них были диагностированы гиперпролактинемия в 46,1% случаев, инсулинорезистентность – в 41,8%, избыточный вес (индекс массы тела – $27,45 \pm 0,18$) и ожирение (индекс массы тела – $32,82 \pm 0,52$) – в 70,9%, а также подтвержден наследственный фактор заболевания (в 35,2% случаев), что указывает на полиэтиологичность заболевания и сложность диагностики патологий, которые приводят к нарушению репродуктивной системы у женщин.

Ключевые слова: поликистоз яичников, эхографические критерии поликистоза яичников, йоддефицитные заболевания, женское бесплодие, инсулинорезистентность

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее актуальной проблемой гинекологической эндокринологии. Частота СПКЯ составляет примерно 11-16% среди женщин репродуктивного возраста, а в структуре эндокринного бесплодия доходит до 75% [1-3].

В течение последних десятилетий не утихают дискуссии по вопросам патогенеза, диагностики и лечения СПКЯ. Несмотря на постоянно проводимые исследования, многие вопросы этиопатогенеза данного синдрома до настоящего времени остаются спорными. Изучение различных механизмов патогенеза показало многофакторность развития СПКЯ с вовлечением многих органов и систем, в частности гипоталамо-гипофизарного комплекса, овариальных и экстраовариальных факторов [4-6].

В соответствии с критериями Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), диагноз синдрома поликистозных яичников устанавливали при наличии типичной триады клинико-лабораторных признаков: нарушение менструального цикла, гиперандрогения, эхографические признаки поликистозных яичников [7].

В ультразвуковой диагностике данного патологического состояния приоритет по праву принадлежит

трансвагинальному сканированию, позволяющему получить полное представление о внутренней структуре яичников, оценить состояние стромы и фолликулярного аппарата [1,8,9].

Актуальность этой проблемы для нашей республики обусловлена тем, что женщины чаще обращаются с запущенными последствиями некорригированных нарушений репродуктивной системы, ставя перед специалистами ряд нерешённых проблем, касающихся своевременного выявления больных с нарушением менструальной и репродуктивной функций и проведения профилактических мероприятий в пубертатном и раннем репродуктивном возрасте [10,11].

Цель исследования: определение диагностической ценности клинико-гормональных и новых эхографических критериев поликистоза яичников у женщин с бесплодием и йоддефицитными заболеваниями.

Материал и методы. Всего за период 2012-2015 гг. обследовано 165 женщин с бесплодием и СПКЯ в отделении гинекологической эндокринологии ГУ ТНИИ АГиП.

Критериями включения больных в группу настоящего исследования явились: наличие СПКЯ, бесплодия и йоддефицитные заболевания.



Критериями исключения были: острые и хронические инфекционные и соматические заболевания.

Проанализированы анамнез заболевания, показатели объективного исследования, антропометрические, гормональные показатели (содержание в плазме крови ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ДЭАС, 17КС, Е2, П), липидный спектр крови, глюкозы в сыворотке крови натощак с пероральным глюкоза-толерантным тестом, проведено ультразвуковое исследование матки и яичников, щитовидной железы, а также мониторинг фолликул (эхографическая оценка), гистероскопия, лапароскопия с хромосальпингоскопией.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась общепринятыми методами с использованием персонального компьютера, программ Microsoft Word 2007, Microsoft Excel.

Для оценки данных, распределение которых отличалось от нормальных, и при сравнении выборок применяли непараметрический метод статистического анализа: критический уровень значимости (p) нулевой гипотезы принимали меньше 0,05.

Результаты и их обсуждение. Клиническими признаками нарушения менструального цикла явились следующие показатели: олиго- и опсоменорея – у 68 (41,2%) пациенток, недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) – у 24 (14,5%), гиперполименорея – у 34 (20,6%) и хроническая ановуляция – у 39 (23,6%).

Среди обследованных женщин 119 (72,1%) составили больные в возрасте от 18-24 лет и средний возраст составил $21,8 \pm 0,28$ года.

Анамнестически было установлено – у 58 (35,2%) обследованных больных имел место наследственный фактор развития СПКЯ, у матери и сестёр больных также имелся клинико-диагностически подтверждённый СПКЯ.

В структуре бесплодия частота первичного бесплодия превалировала над показателями вторичного бесплодия у женщин с СПКЯ, первичное бесплодие составило 118 (71,5%) и вторичное – 47 (28,5%) случаев. Средняя длительность бесплодия – $4,01 \pm 0,18$ года.

При клиническом осмотре у 121 (73,3%) из обследованных пациенток был установлен гирсутизм (среднее гирсутное число равнялось $17,2 \pm 0,3$ баллов по шкале Ферримана-Галлвея). Акне обнаружено у 145 (87,9%) пациенток с СПКЯ.

Анализ показателей комплексного гинекологического и ультразвукового исследования у 165 больных свидетельствовал о том, что в 117 (70,9%) случаях размеры матки меньше нормы (гипоплазия I и II степени), и в 48 (29,1%) – в пределах нормы.

При проведении ультразвукового исследования обязательно учитывали наличие современного УЗ аппарата с чувствительностью датчика 7,5 МГц, предпочтение отдавали трансвагинальному доступу. Регулярно менструирующих больных обследовали в раннюю фолликулярную фазу (3-5 дни цикла), а пациенток с опсо/амеореей – в день обращения или на 3-5 день индуцированного кровотока после гестагенного теста, и параллельно проводилось гормональное исследование. Проводился подсчёт фолликулов как в продольном, поперечном, так и в переднезаднем сечениях яичников, объём яичников, средний размер фолликулов измеренный в трёх срезах и индекс соотношения площади стромы к площади яичника.

Ультразвуковыми критериями наличия СПКЯ явились: увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы, выявленное у 161 (97,6%) больной. У 147 (89,1%) пациенток средний объём увеличенных яичников варьировал от $14,07 \pm 0,4$ см³ до $17,3 \pm 0,7$ см³ (в норме составляет $8,6 \pm 0,3$ см³) с множеством (от 9 до 11) фолликул диаметром 2-9 мм и с преобладанием 2-4 мм над 5-9 мм в диаметре, расположенных по периферии яичников. Общая площадь стромы составила $2,4 \pm 0,6$ см². При лапароскопии УЗ-признаки СПКЯ были подтверждены с одно- и двусторонним увеличением размеров яичников с гладкой, блестящей и плотной оболочкой (рис. 1-2).

Показатель индекса массы тела (ИМТ) свидетельствовал о наличии у пациенток метаболических нарушений. Из общего количества обследованных больных у 87 (52,7%) пациенток выявлен избыточный вес со средним ИМТ – $27,45 \pm 0,18$ и ожирение у 30 (18,2%) женщин с ИМТ – $32,82 \pm 0,52$, у 42 (25,5%) – нормальный вес тела с ИМТ – $23,11 \pm 0,14$ и у 6 (3,6%) – дефицит массы тела со средним ИМТ – $18,1 \pm 0,11$, по сравнению с ИМТ ($21,14 \pm 0,12$) в контрольной группе.

При тиреоэзографии отмечается отклонение размеров щитовидной железы от соответствующих размеров верхней границы нормы (18-20 мл), средний объём щитовидной железы составил $22,3 \pm 0,26$ мл у 67,9% больных.

Эутиреоидный зоб с увеличением щитовидной железы I степени был выявлен у 94 (57,0%) пациенток и II степени – в 71 (43,0%) случае от общего количества обследованных больных с бесплодием. Субклинический гипотиреоз наблюдался у 41 (24,8%) больной.

У обследованных женщин с ановуляторным циклом в 41,2% случаев уровень ТТГ ($2,95 \pm 2,21$ мМЕ/л) отмечался в пределах верхней границы нормы и концентрация Т4 ($101,2 \pm 2,1$ нмоль/л) также колебалась у верхней границы нормы по сравнению с контрольной группой.

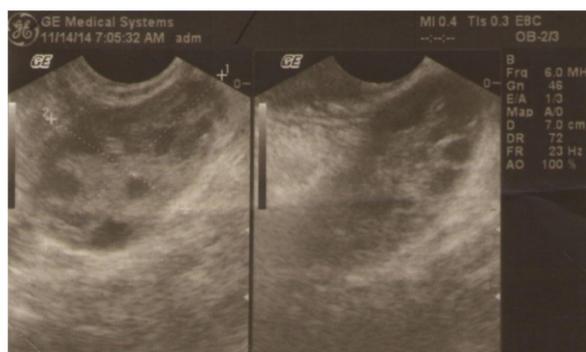


РИС. 1. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЛИКИСТОЗА ОБОИХ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНОЙ Б., 21 г.

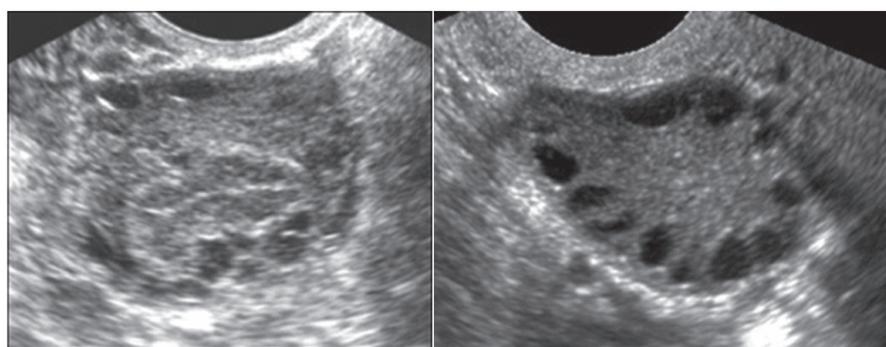


РИС. 2. ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СПКЯ У БОЛЬНОЙ А., 23 г.

Из общего количества обследованных больных с СПКЯ и бесплодием нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 69 (41,8%). При пероральном глюкозо-толерантном тесте (ПГТТ) у 45 (27,3%) обследованных больных с СПКЯ гликемия натощак была в пределах нормы – $5,21 \pm 0,04$ ммоль/л. Однако уровень гликемии после нагрузки глюкозой достигал $11,0 \pm 0,02$ ммоль/л, а гликозирированного гемоглобина HbA1c – 10,4%.

При гормональном исследовании больных с СПКЯ было выявлено умеренное повышение концентрации свободного тестостерона ($3,7 \pm 0,3$ нмоль/л) у 106 (64,2%) больных по сравнению с данными контрольной группы ($1,8 \pm 0,3$ нмоль/л) ($p < 0,05$). Выявлено повышение уровня ЛГ ($21,4 \pm 1,0$ МЕ/л), по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,05$), у 129 (78,2%). У 104 (63,0%) женщин соотношение коэффициента ЛГ/ФСГ составило 3,1. Уровень пролактина у 76 (46,1%) больных был достоверно увеличен ($748 \pm 41,1$ мМЕ/л) по сравнению с показателями контрольной группы – $369,3 \pm 42,1$ мМЕ/л ($p < 0,05$).

При изучении функционального состояния яичников и щитовидной железы у бесплодных женщин с СПКЯ и субклиническим и клиническим гипотиреозом нами выявлены следующие характерные изменения: при эхоскопии – уменьшение среднего объема матки, увеличение среднего объема яичников; умень-

шение переднезаднего размера М-эхо, и диаметра фолликула; увеличение общего объема щитовидной железы, что подтверждается данными С.Г. Перминовой и др. [4] и Т.А. Назаренко [1].

Таким образом, проведенное комплексное исследование показало, что СПКЯ у женщин с бесплодием (с избыточным весом и ожирением, с гиперпролактинемией и инсулинорезистентностью, с подтвержденным наследственным фактором) протекает на фоне патологии щитовидной железы. Полученные данные указывают на полиэтиологичность заболевания и сложность диагностики патологии, которые приводят к нарушению репродуктивной системы у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А. Назаренко // – М.: Медицина. – 2005. – 383с.
2. Эндокринно-метаболические особенности у пациенток с синдромом поликистозных яичников / Г.Т. Сухих, А.М. Бирюкова, Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуринян // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 4. – С. 45-49.
3. Сухих Г.Т. Генетические аспекты метаболических изменений у женщин с синдромом поликистозных яичников (обзор литературы) / Г.Т. Сухих, А.М. Бирюкова, Т.А. Назаренко // Проблемы репродукции. 2011. № 4. С. 7-9.



4. Перминова С.Г. Репродуктивная функция женщин с патологией щитовидной железы / С.Г.Перминова [и др.] // Проблемы репродукции. – 2006. – № 1. – С. 70-77.
5. Диагностические тесты в оценке состояния репродуктивной системы у больных с синдромом поликистозных яичников / А.Т.Терешин, Н.К.Ахкубекова, О.Ю.Ермолаев, Р.Г.Гатаулина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – № 2. – С. 65-69.
6. Azziz R. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report / R.Azziz, E.Carmina, D.Dewailly // J. Fertil. Steril. – 2009. – Vol.91 (2). – P. 456-488.
7. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome // Fertil. Steril. – 2004. – Vol. 81(1). – P. 19-25.
8. Balen A.H. Managing anovulatory infertility and polycystic ovary syndrome / A.H.Balen, A.J.Rutherford // British Medical Journal. – 2007. – Vol. 335 (7621). – P. 663-666.
9. Bayram N. Using an electrocautery strategy or recombinant follicle stimulating hormone to induce ovulation in polycystic ovary syndrome: randomised controlled trial / N.Bayram, M.V.Wely, E.M.Kaaijk // British Medical Journal. – 2004. – Vol. 328 (7433). – P. 192.
10. Анварова Ш.С. Особенности клинического течения синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием при патологии щитовидной железы / Ш.С.Анварова, Т.А.Назаренко, Д.А.Ходжамуродова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – М. – 2012. – № 1. С. 65-73.
11. Ходжамуродова Д.А. Общие принципы терапии эндокринных форм бесплодия у женщин / Д.А.Ходжамуродова, С.С.Хайридинова // Доклады АН РТ. – Душанбе. – 2012. – Том 55, № 3. – С. 256-262.

Summary

Polycystic ovary syndrome in women with infertility, diagnostics of clinical-hormonal and new ultrasonographic criterias

J.A. Khojamurodova, S.S. Hairydinova, Z.R. Narzullaeva, S.I. Kosimova
SI «Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology»

In order to determine the diagnostic value of clinical, hormonal and new sonographic criterias of polycystic ovary syndrome were examined 165 women with infertility and iodine deficiency diseases.

Violation of menstrual cycle- by type oligo- and opsomenorrhoea are detected in 41,2% of cases, the lack of luteal phase – in 14,5%, hyperpolymenorrhoea – in 20,6% and chronic anovulation – in 23,6%. Polycystic ovary syndrome in women with infertility occurs on the background of thyroid disease among them were diagnosed hyperprolactinemia in 46,1% of cases, insulin resistance - in 41,8%, overweight (body mass index - $27,45 \pm 0,18$) and obesity (body mass index - $32,82 \pm 0,52$) – 70,9%, and also confirmed by a hereditary factor of the disease (35,2% of the cases), which indicates that poly etiology of the disease and diagnosis difficulties of abnormalities that leads to a violation in female reproductive system.

Key words: polycystic ovary syndrome, polycystic ovary sonographic criteria, iodine deficiency disorders, female infertility, insulin resistance

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Хайридинова Ситора Саидмуродовна – соискатель ГУ ТНИИ АГиП;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31
E-mail: sitorakhairidinova@mail.ru