ID: 2015-12-257-A-5774 Краткое сообщение

Духанина Е.С., Хороших Н.В., Бригадирова В.Ю.

Особенности клинической картины синдрома поликистозных яичников на современном этапе

ГБОУ ВПО ВГМУ им.Н.Н. Бурденко Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии №1, кафедра акушерства и гинекологии №2

Резюме

Синдром поликистозных яичников – это патологическое состояние, понимание патогенеза, диагностики и лечения которого претерпело значительные изменения за последнее время. Также были изменены диагностические критерии СПКЯ, что позволило выделить основные фенотипы больных. В связи с этим целью данной работы явилось изучение особенностей клинических, лабораторных и инструментальных показателей у женщин, страдающих синдромом поликистозных яичников, согласно современным научным концепциям. В результате исследования было установлено, что пациентки с ранее чрезвычайно редким овуляторным типом составляют сегодня 22% среди всех больных СПКЯ, а составлявший прежде почти 100% основной фенотип в настоящее время имеется только у 52% пациенток.

Ключевые слова: СПКЯ, фенотипы, ановуляция, гиперандрогения

Синдром поликистозных яичников – это патологическое состояние, которое впервые было упомянуто еще в конце XIX века профессором К.Ф.Славянским, описано в 1928 году профессором С.К.Лесным, а в 1935 году И. Штейном и М.Левенталем был четко обозначен данный синдром. Но к настоящему моменту понимание распространенности, патогенеза и диагностических критериев данного заболевания значительно изменилось. СПКЯ сегодня – это многоликий симптомокомплекс с разнообразными фенотипами, сформированными различными комбинациями критериев.

В 1990 году экспертная комиссия Национального института здоровья (NIH, США) сформулировала критерии этого заболевания, которые были пересмотрены в 2003 году консенсусом европейских экспертов в Роттердаме. Диагноз СПКЯ ставится, когда у пациентки присутствуют хотя бы 2 из 3 симптомов при исключении прочих причин:

1) Избыточная активность или секреция андрогенов (клинические и /или биохимические признаки)
2) Олиго- или ановуляция
3) Поликистозные яичники по данным УЗИ малого таза

Исходя из данных критериев согласно ESHRE/ASRM, 2007, Consensus on women's aspect of PCOS, 2012,2013,2014 можно выделить 4 основных фенотипа пациенток с СПКЯ, представленные в таблице 1.

Таким образом, на сегодняшний день «поликистоз» - это только исторически сложившийся термин, который не отражает реальное разнообразие клинической симптоматики.

Цель: изучение особенностей клинических, лабораторных и инструментальных показателей у женщин, страдающих синдромом поликистозных яичников, согласно современным научным концепциям.

Задачи:

1) Выявить основные фенотипы больных СПКЯ.
2) Показать распределение пациенток с СПКЯ согласно фенотипам.
3) Показать изменение распространенности фенотипов СПКЯ на современном этапе по сравнению с исторически сложившейся.

Материал и методы

Было обследовано 50 женщин с диагнозом СПКЯ, обратившихся в течение 3 месяцев в АУЗ ВО «ВОККДЦ». Все женщины находились в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст – 26,06±4,39 лет). Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен.

Все обследуемые женщины проходили ультразвуковое исследование трансвагинальным датчиком на аппарате Aloka 3500. При этом измерялась длина, передне-задний и поперечный размер матки, изучалось состояние миометрия и эндометрия. Также проводилось измерение размеров яичников (длина, передне-задний и поперечный), объема яичников (длина×передне-задний×поперечный×0,523) и исследование их структуры (количество фолликулов в одном срезе).

Для определения андрогенной насыщенности использовался индекс свободных андрогенов. Он определяется по формуле - (общий тестостерон / ГСПГ) * 100%.

Для оценки овуляции использовались анамнестические данные.

Результаты и обсуждение

В результате обследования все пациентки были распределены согласно критериям СПКЯ по следующим группам:

1) Основной фенотип – 52% (26 пациенток)
2) Овуляторный фенотип – 22% (11 пациенток)
3) Неандрогенный фенотип – 16% (8 пациенток)
4) Ановуляторный фенотип – 10% (5 пациенток)

Пациентки с основным фенотипом находились в возрасте от 20 до 33 лет (в среднем 26,65±3,88 лет), начало половой жизни было в возрасте от 16 до 23 лет (в среднем 18,88±1,84 лет), бесплодие продолжается в течение от 1 до 8 лет (в среднем 3,69±1,89 лет).

Длительность менструального цикла у них составила от 28 до 120 дней (в среднем 51,83±23,45 дней), длительность кровотечения – от 5 до 8 дней (в среднем 6,5±0,99 дней), что говорит о нарушении менстуального цикла по типу олиго- и ановуляции.

Таблица 1. Основные фенотипы пациенток с СПКЯ

Фенотипы	*Гиперандрогения*	*Ановуляция*	*Поликистоз яичников по данным УЗИ*
Основной	+	+	+
Овуляторный	+	-	+
Неандрогенный	-	+	+
Ановуляторный	+	+	-

Общий тестостерон в данной группе от 1,27 до 3,95 нмоль/л, составив в среднем 2,19±0,66 нмоль/л, ГСПГ – от 11,35 до 31,2 нмоль/л, составив в среднем 18,76±5,04 нмоль/л, индекс свободных андрогенов находится в границах от 9,63 до 17,87, составляя в среднем 11,77±2,33. Таким образом, у всех пациенток ИСА выше нормы, что говорит о гиперандрогении.

Объем каждого яичника от 8,1 до 18,2 см^3 (в среднем 13,87±2,03 см^3), а также по всей толще обоих яичников имеются множественные (более 12 на одном срезе) анэхогенные включения диаметром от 3 до 10 мм. Эти данные являются УЗ-признаками поликистоза яичников.

Пациентки с овуляторным фенотипом находились в возрасте от 22 до 31 года (в среднем 24,36 ±4,87 лет), начало половой жизни было в возрасте от 16 до 20 лет (в среднем 18,2 ± 1,95 лет), жалобы на бесплодие отсутствуют.

Длительность менструального цикла у них составила от 24 до 35 дней (в среднем 30,21±2,33 дней), длительность кровотечения – от 3 до 5 дней (в среднем 4,4±0,66 дней), что говорит о нормальном менструальном цикле

Общий тестостерон находился в границах от 0,91 до 2,88 нмоль/л, составив в среднем 1,97±0,61 нмоль/л, ГСПГ – от 11,54 до 30,02 нмоль/л, составляя в среднем 18,17±6,35 нмоль/л, индекс свободных андрогенов – от 9,54 до 16,79, в среднем 11,16±2,98. Таким образом у всех пациенток ИСА выше нормы, что говорит о гиперандрогении.

По данным эхографии объем каждого яичника от 10,8 до 18,6 см^3 (в среднем 14,94±2,35 см^3), а также по всей толще обоих яичников имеются множественные (более 12 на одном срезе) анэхогенные включения диаметром от 3 до 10 мм. Эти данные являются УЗ-признаками поликистоза яичников.

Пациентки с неандрогенным фенотипом находились в возрасте от 20 до 32 лет (в среднем 26,62±4,66 лет), начало половой жизни было в возрасте от 16 до 22 лет (в среднем 19,62±2,07 лет), бесплодие продолжается в течение от 1 до 6 лет (в среднем 3,5±2,27 лет).

Длительность менструального цикла у них составила от 30 до 75 дней (в среднем 43,12±11,39 дней), длительность кровотечения – от 5 до 7 дней (в среднем 6,12±0,83 дней), что говорит о нарушении менстуального цикла по типу олиго- и ановуляции.

Общий тестостерон у пациенток данной группы находится в границах от 0,82 до 2,23 нмоль/л, составляя в среднем 1,47±0,46 нмоль/л, ГСПГ – от 32,13 до 56,64 нмоль/л, в среднем 43,57±9,54 нмоль/л, индекс свободных андрогенов – от 1,88 до 4,55, составив в среднем 3,44±1,04, что входит в границы нормальных значений и говорит об отсутствии гиперандрогении.

Объем каждого яичника от 10,3 до 18 см^3 (в среднем 13,6±2 см^3), а также по всей толще обоих яичников имеются множественные (более 12 на одном срезе) анэхогенные включения диаметром от 3 до 10 мм. Эти данные являются УЗ-признаками поликистоза яичников.

Пациентки с ановуляторным фенотипом находились в возрасте от 21 до 31 года (в среднем 26,6±4,16 лет), начало половой жизни было в возрасте от 16 до 22 лет (в среднем 18,6 ±2,19 лет), бесплодие продолжается в течение от 1 до 4 лет (в среднем 3±1,22 лет).

Длительность менструального цикла у них составила от 35 до 90 дней (в среднем 49,2±15,89 дней), длительность кровотечения – от 5 до 7 дней (в среднем 5,8±0,87 дней), что говорит о нарушении менстуального цикла по типу олиго- и ановуляции.

Общий тестостерон находится в границах от 1,24 до 2,93 нмоль/л, составив в среднем 2,29±0,73 нмоль/л, ГСПГ – от 8,37 до 30,43 нмоль/л, в среднем 19,41±8,88 нмоль/л, индекс свободных андрогенов – от 9,63 до 18,64, составляя в среднем 12,79±3,88. Таким образом, у всех пациенток ИСА выше нормы, что говорит о гиперандрогении.

По данным эхографии объем каждого яичника от 6,3 до 9,1 см^3 (в среднем 7,88±0,91 см^3), а также отсутствуют изменения в структуре яичников, что означает отсутствие УЗ-признаков поликистоза яичников.

Выводы

1) Распространенность фенотипов следующая: основной фенотип – 52%, овуляторный фенотип – 22% , неандрогенный фенотип – 16% , ановуляторный фенотип – 10%.
2) Значительно изменилось исторически сложившееся распределение фенотипов: занимавший практически 100% ранее основной фенотип сегодня представляет лишь 52% больных СПКЯ, а чрезвычайно редкий ранее овуляторный фенотип – 22%.
3) В связи с тем, что при СПКЯ помимо основных имеются скрытые системные нарушения, особое внимание стоит обратить на составляющую сегодня большую часть пациенток с «неклассическим» проявлением СПКЯ.

Литература

1. Руководство по эндокринной гинекологии / под редакцией Е.М.Вихляевой – 3-е издание, дополненное – М:«Медицинское информационное агенство», 2006 – с.389-447
2. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание/под редакцией Г.М. Савельевой, Г.Т.Сухих, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 – с. 285-294
3. СПКЯ: новый взгляд на проблему. Многообразие симптомов, дифференциальная диагностика и лечение СПКЯ. Информационный бюллетень / И.Г.Шестакова, Т.С.Рябинина; под ред. В.Е.Радзинского - М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. - с. 1, 6-14

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2015