

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Проф. І. Ю. КУЗЬМІНА, М. В. ЖУЛІКОВА

Харківський національний медичний університет, Україна

Проведено обстеження жінок репродуктивного віку із синдромом полікістозних яєчників. На основі отриманих даних клінічного перебігу та особливостей діагностики захворювання розроблено діагностичні критерії цієї патології.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, гіперандрогенія, ультразвукове дослідження, гіпофізарно-яєчниково-надниркова система.

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) належить до найпоширеніших патологічних процесів у гінекологічній практиці [1]. Останнім часом спостерігається тенденція до зростання проявів СПКЯ у загальній структурі порушень менструальної і генеративної функції організму жінок, що зумовлено ендокринно-гінекологічною патологією [2]. Процес кістоутворення в яєчниках — це патологічний стан, який при зазначеному синдромі розвивається у жінок репродуктивного віку і змінює структуру та функцію яєчникової тканини, тим самим порушуючи органний гомеостаз [3].

Незважаючи на велику кількість досліджень, багато питань цього синдрому до теперішнього часу залишаються спірними. Вивчення різних патогенетичних механізмів СПКЯ підтверджує багатфакторність його розвитку із залученням різних органів і систем, зокрема гіпоталамо-гіпофізарного комплексу, оваріальних й екстраоваріальних факторів [4]. Діагноз СПКЯ встановлюють за наявністю типової тріади клініко-лабораторних ознак: порушення менструального циклу, гіперандрогенія, ехографічні ознаки полікістозних яєчників [5].

Метою цього дослідження було визначення діагностичної цінності клінічних, гормональних та ехографічних критеріїв СПКЯ.

Проведено обстеження 90 жінок, із яких 65 мали СПКЯ, вони становили основну групу; до контрольної групи увійшли 15 здорових осіб. Критеріями включення в основну групу були жінки репродуктивного віку з розладом овуляції; гіперандрогенією; ультразвуковими ознаками СПКЯ; гістологічним дослідженням біоптатів яєчника після проведення лапароскопії.

Середній вік жінок основної та контрольної груп — $22,4 \pm 0,2$ року.

В основній групі первинне безпліддя спостерігалось у 48 (73,8%), а вторинне — у 17 (26,2%) випадках. Середня тривалість безпліддя — $3,88 \pm 0,22$ року. При клінічному огляді у 51 (78,5%) пацієнтки було встановлено гірсутизм (середнє гірсутне число — $17,4 \pm 0,5$ бала за шкалою Феррімана — Галлвея). Акне виявлено у 58 (89,2%) пацієнток зі СПКЯ.

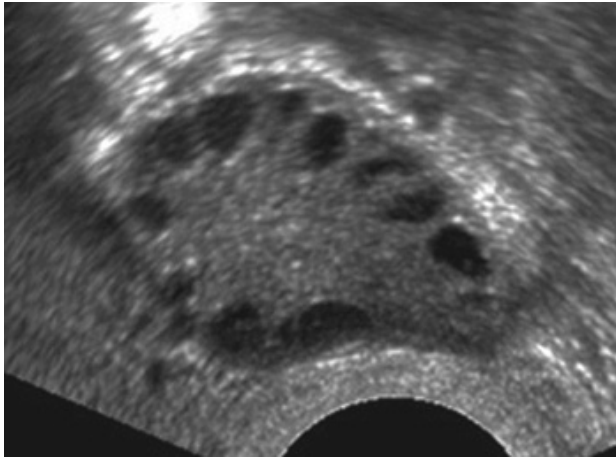
Серед супровідної патології захворювань репродуктивної системи у пацієнток зі СПКЯ переважали аднексити — 8,2%, сальпінгоофорити — 12,5%, гіперпластичні процеси ендометрію — 13,2% випадків.

У хворих на СПКЯ основними скаргами при обстеженні були: порушення менструального циклу (68%), ожиріння (36%), біль внизу живота, у попереку, в молочних залозах (19%), погане самопочуття (14%).

У всіх жінок визначали у плазмі крові вміст гормонів: пролактину, тестостерону, лютеїнізуючого гормону (ЛГ), фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), прогестерону, естрадіолу, дегідроепіандростерону сульфату (ДГЕА-С), тиреотропного гормону (ТТГ). Дослідження проводили методом імуноферментного аналізу з використанням наборів фірми «Алкор-біо» (Росія).

Статистична обробка результатів проводилася загальноприйнятими методами з використанням стандартного пакета програм прикладного статистичного аналізу (Statistica for Windows v. 6,0).

Важливим методом діагностики СПКЯ є трансавагінальна ехографія із застосуванням датчиків із високою роздільною здатністю. При цьому головними діагностичними ознаками СПКЯ є: визначення розмірів і об'єму яєчників, товщини їхньої капсули, наявність дрібнокістозних утворень, домінантного фолікула. Аналіз показників комплексного гінекологічного та ультразвукового дослідження у 65 хворих свідчив про те, що в 46 (70,8%) випадках розміри матки були меншими за норму (гіпоплазія I та II ступеня), а в 19 (29,2%) — нормальними. У пацієнток зі СПКЯ об'єм яєчників практично в 3 рази більший, ніж у здорових жінок ($p < 0,01$). При цьому наявність дрібнокістозних утворень в яєчниках до 10 і більше визначалася у 62 (95,4%) хворих. Розвиток домінантного фолікула у жінок основної групи визначався тільки у 8,8% випадків, у контрольній — у 85,0%. Товщина капсули яєчників у жінок зі СПКЯ також була достовірно збільшена ($p < 0,001$). Параметри розмірів площі поперечного перерізу яєчників у пацієнток основної



Кістозні утворення при синдромі полікістозних яєчників

Показники гормонів у плазмі крові обстежених жінок (M±m)

Показник	Групи спостереження	
	основна, n = 65	контрольна, n = 15
Пролактин, мМЕ/л	481,2±36,4	336,2±28,4*
ДГЕА-С, мкмоль/л	8,8±0,45	4,2±0,51 **
ЛГ, мМЕ/л	11,2±0,77	4,3±0,61 **
ФСГ, мМЕ/л	4,4±0,59	5,5±0,72
ЛГ/ФСГ	2,31±0,33	0,67±0,04***
Прогестерон, нмоль/л	13,4±1,5	28,9±2,63**
Естрадіол, мкмоль/л	493,1±45,6	245,5±38,9**
Тестостерон, нмоль/л	3,7±0,34	1,34±0,22 *
ТТГ, мМЕ/л	1,6±0,23	1,40±0,27

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ – достовірність відмінностей з контрольною групою.

групи в $3,3 \pm 0,2$ разу перевищували такі у жінок контрольної групи ($p < 0,001$). Кістозні утворення у більшості випадків були розташовані по периферії яєчників, що є характерною ознакою зазначеного синдрому (рисунок).

При ультразвуковому дослідженні враховувалися розміри просвіту, форма, характер вмісту, товщина оболонки, наявність пристінкового компонента, залежно від фази менструального циклу – оцінка фолікулярного апарату яєчника, присутність домінантного фолікула.

При полікістозних, мультифолікулярних яєчниках спостерігалися такі ознаки: 12 і більше фолікулів розміром 2–9 мм або збільшення оваріаль-

ного об'єму понад 10 см^3 , відсутність домінантного фолікула [6]. Порухення менструального циклу у пацієток зі СПКЯ обумовлено змінами у системі «гіпоталамус – гіпофіз – яєчники – наднирники», тому визначення гормонального статусу також є важливим етапом дослідження. У жінок основної групи з боку аналізованих гормональних показників порівняно з контролем встановлено достовірне підвищення у крові рівня пролактину, тестостерону ($p < 0,05$), ДГЕА-С ($p < 0,01$), ЛГ ($p < 0,01$), коефіцієнта ЛГ/ФСГ ($p < 0,001$), естрадіолу ($p < 0,01$) і зниження концентрації прогестерону ($p < 0,01$). Серед показників тиреоїдного гомеостазу достовірно значущих змін не спостерігалось ($p > 0,05$), що свідчить про те, що щитоподібна залоза практично не впливає на формування СПКЯ у жінок (таблиця).

Отже, при СПКЯ у жінок відбувається підвищена секреція ЛГ, яка зумовлена порушенням цирхорального ритму секреції люліберину, при цьому співвідношення ЛГ/ФСГ в основній групі у 3,5 разу підвищене порівняно з контролем. Досить високий рівень ЛГ призводить до стимуляції стромы яєчників і, у свою чергу, сприяє розвитку яєчничкової і надниркової андрогенізації та естрогенізації, що виявляється підвищеним вмістом тестостерону, ДГЕА-С, естрадіолу, а також достовірним зниженням концентрації прогестерону. Все це сприяє порушенню менструального циклу переважно за типом ановуляторних кровотеч і розвитку гіперпластичних процесів ендометрію. Збільшений вміст пролактину переважно є наслідком порочного кола порушення у гіпоталамо-гіпофізарній системі [7]. Залучення у патологічний процес надниркових залоз при СПКЯ підтверджує підвищення рівня тестостерону і ДГЕА-С. Такі клінічні прояви СПКЯ, як збільшення об'єму яєчників, гірсутизм, порушення менструальної і репродуктивної функцій, прямо залежать від кількості синтезованих андрогенів та їх джерел. Найбільш шкідливої дії завдає яєчничова гіперандрогенія, для якої характерними є збільшення об'єму яєчників, олігоменорея, безпліддя.

Отже, при СПКЯ гормональний статус жінок характеризується підвищенням концентрації у сироватці крові рівня пролактину, ЛГ, естрадіолу, тестостерону. Ці зміни сприяють порушенням ендокринного і жирового обміну, розвитку проліферативних процесів, у тому числі й гіперплазії ендометрію.

Діагностичними критеріями СПКЯ у жінок репродуктивного віку є: розвиток первинного безпліддя, порушення менструального циклу, гірсутизм, ожиріння, гіперандрогенія, збільшення об'єму яєчників, відсутність дозрівання домінантних фолікулів, первинне і вторинне безпліддя.

Список літератури

1. Манухин И. Б. Синдром поликистозных яичников / И. Б. Манухин, М. А. Геворкян, Н. Е. Кушлинский.— М.: Медицинское информационное агентство, 2004.— С. 6.
2. Серов В. Н. Клинико-физиологические основы гинекологической эндокринологии / В. Н. Серов, А. А. Кожин, В. П. Прилепская.— Ростов-на-Дону: Эверест, 1998.— 368 с.
3. Манухин И. Б. Синдром поликистозных яичников / И. Б. Манухин, Т. А. Назаренко, Э. Р. Дуринян // Рос. вестн. акушера и гинеколога.— 2010.— № 2.— С. 52–55.
4. Ehrmann D. A. Polycystic ovary syndrome / D. A. Ehrmann // New Eng. J. Med.— 2005.— Vol. 352, № 12.— P. 1223–1236.
5. Deligeoroglou E. The role of genes in the polycystic ovary syndrome: Predisposition and mechanisms / E. Deligeoroglou, C. Kouskouti, P. Christopoulos // Gyn. Endocrinol.— 2009.— Vol. 13.— P. 1–7.
6. Azziz R. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome; a reappraisal / R. Azziz // Fertil. Steril.— 2005.— Vol. 83, № 5.— P. 1343–1346.
7. Rosenfield R. L. The Pathogenesis of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): The Hypothesis of PCOS as Functional Ovarian Hyperandrogenism Revisited / R. L. Rosenfield, D. A. Ehrmann // Endocr. Rev.— 2016.— № 37 (5)— P. 467–520.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

И. Ю. КУЗЬМИНА, М. В. ЖУЛИКОВА

Проведено обследование женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников. На основе полученных данных клинического течения и особенностей диагностики заболевания разработаны диагностические критерии данной патологии.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, ультразвуковое исследование, гипоталамико-яичниково-надпочечниковая система.

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

I. Yu. KUZMINA, M. V. ZHULIKOVA

Women of reproductive age with polycystic ovary syndrome were examined. The obtained data of the clinical course and features of the diagnosis of the disease allowed development of diagnostic criteria for this disease.

Key words: polycystic ovary syndrome, hyperandrogenia, ultrasound examination, pituitary-ovarian-adrenal system.

Надійшла 13.04.2018