

Стан репродуктивного здоров'я у жінок з синдромом полікістозних яєчників

І.Ю. Ганжий

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

У проведеному дослідженні проаналізовані особливості гінекологічного анамнезу у жінок різних вікових груп із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ). Автори виявили, що в даній категорії жінок порушено статеве дозрівання, що в першу чергу проявлялося раннім пубархе, а також збільшенням маси тіла в цей період. Крім цього, у них реєструється висока частота іншої гінекологічної патології. Отже, отримані дані свідчать про те, що вік жінок впливає лише на ту складову гінекологічного анамнезу, яка стосується захворювань статеві сфери, тоді як вік початку статевого життя, його регулярність та використання контрацепції відбивають стан соціального середовища.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, гінекологічний анамнез, контрацепція, статеве дозрівання, статеве життя.

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – одне з найбільш вивчаємих захворювань в гінекології, гінекологічній ендокринології та репродуктології. На вивчення цієї патології спрямовані багаточислені фундаментальні та клінічні дослідження. «Загадка» полікістозних яєчників до останнього часу не розкрита, а питання етіології й патогенезу, незважаючи на широке обговорення, далекі від завершального рішення [1, 3, 5, 8, 9].

СПКЯ – захворювання, що діагностується в репродуктивному віці, тому найбільш ретельно вивчені питання діагностики та ведення пацієнток даної вікової категорії [1, 3, 7, 8]. Не існує великих проспективних досліджень, що відстежували б перебіг синдрому впродовж життя, тому дуже важко інтерпретувати дані, отримані за окремі періоди часу, та перенести їх результати в цілому на популяцію. Наприклад, існують дані про підвищення ризику цукрового діабету, раку ендометрія та інших захворювань у цих жінок, але не зрозуміло чи цьому сприяє СПКЯ, чи ожиріння, частота якого значно підвищена в даній категорії пацієнток [3, 4, 7].

Метою дослідження було вивчення особливостей гінекологічного анамнезу в жінок різних вікових груп із СПКЯ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було вивчено медичну документацію 731 жінки з діагнозом СПКЯ. Усі жінки за віком були розподілені на 3 групи: 18–25 років (I група), 26–35 років (II група) та 36–49 років (III група). У I групу ввійшли 244 жінки, у II – 261, а в III – 226 жінок.

Був проаналізований гінекологічний анамнез жінок, а саме: вік пубархе та менархе, перенесені гінекологічні захворювання та втручання, а також використання методів контрацепції.

Статистична обробка даних здійснювалась у програмі Excel. Дані представлені в формі пропорцій та середніх величин. Застосовано критерій Стьюдента та χ^2 . Різниця вважалася достовірною в разі $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У табл. 1 наведені дані щодо особливостей статевого розвитку у жінок із СПКЯ. З неї видно, що вік пубархе в них

становив $10,13 \pm 0,05$ року і незначно, але достовірно відрізнявся між усіма групами: $9,55 \pm 0,08$; $10,58 \pm 0,09$ та $10,27 \pm 0,08$ року відповідно по групах ($p < 0,05$). Середній вік пубархе за епідеміологічними даними становить 11,7 року з межами від 10 до 13 років [4]. Фізіологічному перебігу пубертату відповідає естрогензалежний дебют у вигляді збільшення молочних залоз (телархе). Ізольоване пубархе не є варіантом фізіологічного статевого розвитку, а ознакою допубертатної гіперандрогенії і предиктором СПКЯ [1, 4, 6]. Отже, за отриманими даними, статеве оволодіння починалося у жінок із СПКЯ приблизно на рік раніше, ніж у цілому в популяції. Ці дані збігаються з такими інших авторів [3, 4, 6].

Більш ніж у половини всіх обстежених були порушення статевого дозрівання (61,01%), причому в жінок у віковій категорії 26–35 років цей показник був вірогідно (удвічі) нижче, ніж в інших, – 70,49; 32,95 і 83,19% відповідно по групах ($p < 0,05$). Різниця між віковими групами щодо статевого дозрівання та віком пубархе більш за все пов'язана з похибкою вибірки та тим, що дослідження було ретроспективним, а отже, інформація надавалася пацієнтами.

Приблизно половина пацієнток указала на збільшення маси тіла під час статевого дозрівання, а саме: у I групі таких було 58,61%; у II – 27,59%, а в III – 61,5% ($p < 0,05$). Лише 30 (14,15%) жінок указали на збільшення маси тіла після початку статевого життя. Серед наймолодших обстежених таких було більше, але різниця між групами не була вірогідною ($p > 0,05$). Отримані дані збігаються з даними інших авторів про те, що в жінок із СПКЯ ожиріння розвивається у підлітковому віці та передуює виникненню інших клінічних ознак [4, 5].

Середній вік початку статевого життя (табл. 2) становив $18,69 \pm 0,09$ року та достовірно відрізнявся по групах: $16,77 \pm 0,09$; $18,82 \pm 0,13$ та $20,59 \pm 0,17$ року ($p < 0,05$). З наведених даних видно, що жінки у віці 36–49 років не тільки пізніше почали жити статевим життям, а й практично не мали регулярного статевого життя ($p < 0,05$), тоді як серед більш молодших кожна друга мала регулярні статеві стосунки. Ці дані відображують загальні соціальні та культурні тенденції щодо більш раннього початку статевого життя та втраті його регулярності з віком [2, 6].

Аналіз характеру використання контрацепції (табл. 3) показав, що лише чверть обстежених жінок (25,31%) використовували контрацепцію, причому більшість це були молоді жінки I групи (59,02%), тоді як більш старші практично не використовували її, особливо обстежені старшої вікової категорії (2,65%). Зареєстрована різниця за цим показником достовірна між усіма групами ($p < 0,05$) і відбиває розвиток фарміндустрії в останні десятиріччя, зміни у відношенні щодо гормональних препаратів серед населення та модифікацію підходів щодо лікування СПКЯ та профілактики захворювань, пов'язаних із синдромом.

Ні одна з обстежених жінок не використовувала внутрішньоматковий контрацептив. Основним методом контрацепції був бар'єрний (13,54%), більшість його користувачів були у віці 19–25 років. Гормональну контрацепцію використовували лише 49 (6,70%) обстежених, більшість з яких належало до I групи: 15,16% порівняно з 4,6% у II і 0 – у III

Таблиця 1

Особливості статевого розвитку в жінок із СПКЯ

Показник	Усі обстежені жінки, n=731	Група I, n=244	Група II, n=261	Група III, n=226
Вік пубархе, роки	10,13±0,05	9,55±0,08 ^{2,3}	10,58±0,09 ^{1,3}	10,27±0,08 ^{1,2}
Порушення статевого дозрівання, n (%)	446 (61,01)	172 (70,49) ^{2,3}	86 (32,95) ^{1,3}	88 (83,19) ^{1,2}
Збільшення маси тіла під час статевого дозрівання, n (%)	354 (48,43)	143 (58,61) ²	72 (27,59) ^{1,3}	139 (61,5) ²
Збільшення маси тіла після початку статевого життя, n (%)	30 (14,15)	10 (23,26)	19 (12,18)	1 (7,69)

Примітки: ¹ – різниця вірогідна відносно I групи, p<0,05; ² – різниця вірогідна відносно II групи, p<0,05; ³ – різниця вірогідна відносно III групи, p<0,05.

Таблиця 2

Характер менструальної функції в обстежених жінок

Показник	Усі обстежені жінки, n=731	Група I, n=244	Група II, n=261	Група III, n=226
Вік, роки	18,69±0,09	16,77±0,09 ^{2,3}	18,82±0,13 ^{1,3}	20,59±0,17 ^{1,2}
Нерегулярне, n (%)	496 (67,85)	139 (56,97) ³	137 (52,49) ³	220 (97,35) ^{1,2}

Примітки: ¹ – різниця вірогідна відносно I групи, p<0,05; ² – різниця вірогідна відносно II групи, p<0,05; ³ – різниця вірогідна відносно III групи, p<0,05.

Таблиця 3

Використання контрацепції жінками із СПКЯ

Показник	Всі обстежені жінки, n=731	Група I, n=244	Група II, n=261	Група III, n=226
Використання, n (%)	185 (25,31)	144 (59,02) 2,3	35 (13,41) 1,3	6 (2,65) 1,2
Бар'єрні, n (%)	99 (13,54)	81 (33,2) 2,3	14 (5,36) 1,3	4 (1,77)
КОК, n (%)	49 (6,7)	37 (15,16) 2,3	12 (4,6) 1,3	0 (0) 1,2
ВМК, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Перерваний статевий акт, n (%)	30 (4,1)	19 (7,79) 2,3	9 (3,45) 1,3	2 (0,88) 1,2

(p<0,05). Деякі жінки використовували для регуляції народжуваності перерваний статевий акт, причому основна частка з них були в молодому віці.

Отже, вивчення характеру використання обстеженими жінками методів планування сім'ї показало, що їх використовує лише кожна четверта і зазвичай це низькоефективні методи. Можливо, це пов'язано з наявністю у значної кількості жінок з СПКЯ безпліддя [1, 4, 6].

З них обстежених жінок 636 (87%) мали в анамнезі ті чи інші гінекологічні захворювання (рисунок). Кісти яєчників мала кожна третя жінка (30,23%), причому у віці 19–25 років їх було вірогідно більше: 47,95% порівняно з 12,64 та 31,42% (p<0,05). Запальними захворюваннями придатків удвічі частіше страждали молодші жінки: 43,85 та 45,98% у порівнянні з 17,26% (p<0,05). Молоді жінки також частіше мали захворювання шийки матки: 55,74; 27,59 та 0,88% відповідно по групах (p<0,05). З другого боку, гормонозалежна патологія зазвичай реєструвалося у віці 36–49 років, а саме: гіперплазія ендометрія у 85,84% (порівняно з 2,87 і 13,41% у I та II групах), міома матки – у 66,81% (порівняно з 0 і 13,79%) (p<0,05).

Якщо ця патологія частіше була у віці після 36 років, то мастопатія і дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК) спостерігалися однаково часто вже з 26 років (p<0,05).

Отже, практично всі жінки з СПКЯ мали інші гінекологічні захворювання, причому якщо в молодому віці це були більш інфекційні та функціональні порушення, то з віком зростала частка гіперпроліферативної патології, що є фактором онкоризику.

Зареєстровані тенденції узгоджуються із загальнопопуляційними, але треба зауважити, що частота ДМК, міом матки та гіперплазії ендометрія значно перевищує таку в популяції.



Гінекологічний анамнез обстежених жінок

Оперативні втручання на репродуктивних органах, n (%)

Показник	Всі обстежені жінки, n=731	Група I, n=244	Група II, n=261	Група III, n=226
Цистектомія	116 (15,87)	73 (29,92) ^{2,3}	25(9,58) ¹	18 (7,96) ¹
Аднексектомія	4 (0,55)	0 (0)	2 (0,77)	2 (0,88)
Міомектомія	61 (8,34)	0 (0) ^{2,3}	13 (4,98) ^{1,3}	48 (21,24) ^{1,2}
Гістеректомія з придатками	15 (2,05)	0 (0) ³	1 (0,38) ³	14 (6,19) ^{1,2}
Гістеректомія без придатків	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Гістерорезекція	14 (1,92)	0 (0) ³	3 (1,15) ³	11 (4,87) ^{1,2}
Фракційне вишкрібання порожнини матки	241 (32,97)	7 (2,87) ^{2,3}	35 (13,41) ^{1,3}	199 (88,05) ^{1,2}

Примітки: 1 – різниця вірогідна відносно I групи, p<0,05; 2 – різниця вірогідна відносно II групи, p<0,05; 3 – різниця вірогідна відносно III групи, p<0,05.

В табл. 4 наведені дані щодо оперативних втручань на репродуктивних органах в обстежених жінок. З неї видно, що існує достовірна різниця між групами за їх частотою (p<0,05), а саме: більшість операцій було виконано у віці 36–49 років у зв'язку з тією чи іншою патологією. Тільки частота цистектомій була вірогідно більше в молодому віці – 29,92% порівняно з 9,58 та 7,96% (p<0,05). Ці дані цілком підтверджують наведені вище щодо гінекологічної патології, а саме: в молодому віці було більше кіст і як наслідок – цистектомій, а в більш зрілому органічна патологія призводила до більш великих оперативних втручань. Треба особливо відзначити, що практично кожна жінка у віці 36–49 років мала фракційне вишкрібання порожнини матки.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження показало, що:

1. Більше половини обстежених жінок мали порушення статевого дозрівання, що в першу чергу проявлялося раннім пубархе.
 2. Приблизно в половини пацієнток зареєстровано збільшення маси тіла під час статевого дозрівання.
 3. Методи планування сім'ї використовувала лише кожна четверта жінка та в більшості – це низькоефективні методи.
 4. У жінок із СПКЯ зареєстрована висока частота іншої гінекологічної патології та операцій на репродуктивних органах.
- Отже, отримані дані свідчать про те, що вік жінок впливає лише на ту складову гінекологічного анамнезу, яка стосується захворювань статевої сфери, тоді як вік початку статевого життя, його регулярність та використання контрацепції відбивають стан соціального середовища.

**Состояние репродуктивного здоровья у женщин с синдромом поликистозных яичников
И.Ю. Ганжий**

В проведенном исследовании проанализированы особенности гинекологического анамнеза у женщин разных возрастных групп с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ). Авторы обнаружили, что у данной категория женщин нарушено половое созревание, проявляющееся в первую очередь ранним пубархе, а также прибавкой массы тела в этот период. Кроме того, у них регистрируется высокая частота другой гинекологической патологии. Исходя из полученных данных, авторами сделан вывод, что возраст ока-

зывает влияние только на ту часть гинекологического анамнеза, которая касается непосредственно заболеваний половых органов, тогда как другие его компоненты отражают состояние социальной среды.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гинекологический анамнез, контрацепция, половое созревание, половая жизнь.

**State of reproductive health for women with the polycystic ovary syndrome
I.U. Ganzhiy**

In the study was analyzed the gynecologic anamnesis peculiarities in women of different age groups with polycystic ovary syndrome (PCOS). Authors have founded that these women more often have puberty disturbances, primarily manifested in early pubarche, as well as weight gain during this period. In addition was recorded high frequency of other gynecologic pathology. Based on the findings, the authors concluded that age has an effect only on that part of gynecological anamnesis, which relates directly to diseases of genital organs, while other components reflect the state of social environment.

Key words: polycystic ovary syndrome, gynecologic anamnesis, contraception, puberty, sexual life.

ЛІТЕРАТУРА

1. Геворкян М.А. Клиника, диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников/ Геворкян М.А., Манухин И.Б., Студеная Л.Б. и др. // ЖРОАГ. – 2008. – № 4. – С. 3–20.
2. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века. – М.: Феникс, 2001. – 208 с.
3. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 2-е изд. – 208 с.
4. Синдром поликистозных яичников: Руководство для врачей /Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 368 с.
5. Татарчук Т.Ф., Ганжий И.Ю., Березовская Е.И., Шевчук Т.В. Лечение гиперандрогении как причины нарушения репродуктивного здоровья женщины // Здоровье женщины. – 2009. – № 6 (42). – С. 147–152.
6. Уварова Е.В. Патогенетические аспекты и современные возможности коррекции гиперандрогенных проявлений у девочек-подростков // Леч. врач. – 2008. – № 3. – С. 89–75.
7. Allahbadia G.N., Agrawal R. Polycystic ovary syndrome. – 2007; 497.
8. Cardas Costa E. Antropometric indices of central obesity hom discriminators of metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome // Gynecological Endocrinology. – 2012. – Vol. 28 (1). – P. 12–15.
9. Consensus on Women's Health Aspects of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)/Human Reproduction. – 2012. – Vol. 27 (1). – P. 14–24.