

Нарушения менструального цикла у пациенток с синдромом поликистозных яичников

Н.Ш. Алиева

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Нарушения менструального цикла являются одними из основных симптомов синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и проявляются в различных формах. В нашем исследовании олигоменорея имела место у 80,9% пациенток, аменорея и дисфункциональные маточные кровотечения наблюдались в 11,8% и 7,4% соответственно. Ожирение и количество антральных фолликулов в яичниках пациенток с СПКЯ способны влиять на характер нарушений менструальной функции.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, менструальный цикл, ожирение, антральные фолликулы.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является наиболее частой эндокринной патологией, встречающейся у 5–18% женщин репродуктивного возраста [1–3]. Подавляющее большинство исследователей рассматривают СПКЯ как гетерогенную патологию со сложным генетическим типом наследования, характеризующуюся хронической ановуляцией, нарушением репродуктивной функции и менструального цикла, гирсутизмом, ожирением, нарушением гонадотропной функции и поликистозной структурой яичников [4, 5].

Несмотря на многообразие клинических проявлений СПКЯ, наличие нерегулярных менструаций или же их отсутствие являются основными признаками данного заболевания с тех пор, когда впервые были описаны Stein и Leventhal в 1935 году [6]. Более того, относительно недавно, в 2003 году, согласно Роттердамским критериям, для установления у пациентки диагноза СПКЯ, наличие хронической ановуляции, олиго- или аменорея является первым и одним из трех необходимых критериев диагностики синдрома [7].

Проблема хронической ановуляции при СПКЯ является одной из значимых не только вследствие нарушений менструальной и репродуктивной функций, проявляющихся в молодом возрасте пациенток. Все большее значение приобретают онкологические аспекты СПКЯ, манифестирующие в пре- и постменопаузальный период, поскольку известно, что у данных больных имеется повышенный риск развития гиперпластических процессов и аденокарциномы эндометрия [8].

Согласно литературным данным, наличие и выраженность нарушений менструальной функции при СПКЯ ассоциируется с влиянием определенных факторов, в частности ожирения и количества когорты антральных фолликулов в яичниках пациентки [9, 10]. Согласно нашим данным, аналогичные исследования среди женщин-азербайджанок до настоящего времени проведены не были. В связи с чем, целью данного исследования явилось изучение нарушений менструального цикла у пациенток с СПКЯ, а также влияния приведенных выше факторов на менструальную функцию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу обследования составили 68 пациенток с нарушениями генеративной функции и менструального цикла, которым для выяснения причины данных нарушений было проведено тщательное клинико-инструментальное и лабораторное обследование. Диагноз СПКЯ у пациенток установ-

ливали на основании Роттердамских диагностических критериев экспертной комиссии от 2003 года, требующих наличие 2 из 3 перечисленных ниже признаков: 1) хронической ановуляции, проявляющейся олиго- и (или) аменореей или другим нарушением менструального цикла; 2) клинических и (или) биохимических признаков гиперандрогении; 3) поликистозных яичников по данным УЗИ [7]. При этом, исключались заболевания, протекающие со схожей симптоматикой. В группу контроля вошли 29 практически здоровых женщин с сохраненной менструальной и репродуктивной функциями, без клинико-биохимических проявлений ГА, обратившихся в поликлиническое отделение родильного дома для консультации по поводу методов контрацепции в браке.

Наличие у пациентки олигоменореи определялось как удлинение менструального цикла от 40 дней до 6 мес, тогда как аменорея – как отсутствие менструаций в течение 6 и более месяцев. Дисфункциональные маточные кровотечения диагностировались как ациклические маточные кровотечения продолжительностью более 7 дней, возникающие после задержки менструаций на 1,5–3 мес.

Для выявления ожирения у обследования женщин определяли индекс массы тела (ИМТ), согласно чему ИМТ менее 19 рассматривали как недостаток массы тела, ИМТ в пределах 19–25 определяли как нормальный и ИМТ более 25 – как ожирение.

УЗИ яичников проводили трансвагинальным доступом в фолликулярной фазе (3–8 дни) менструального цикла у регулярно менструирующих женщин. У пациенток с олиго-/аменореей обследование также проводили или в 3–8-й дни цикла после прогестерон-индуцированного кровотечения или произвольно в другие дни цикла. При этом, определяли объем яичников путем биометрии трех размеров по общепринятой формуле для эллипсоида ($0,5 \times \text{длина} \times \text{переднезадний размер} \times \text{толщина}$). Количество антральных фолликулов определяли путем подсчета фолликулов размером 2–9 мм в каждом яичнике при сканировании в продольном и/или поперечном срезе.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 7.0. Для характеристики группы однородных единиц были определены их средние арифметические величины (M), ее стандартная ошибка (m) и диапазон изменений ($\text{min} - \text{max}$). В целях статистической обработки данных был применен параметрический – t критерий Стьюдента и непараметрический метод – критерий 2 как метод оценки различий показателей. Статистические различия между группами считались достоверными при значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациенток с СПКЯ на момент первичного обращения составил $27,1 \pm 0,49$ (от 19 до 35 лет) и достоверно не отличался от контрольной группы, где средний возраст был равен $27,5 \pm 0,95$ года (от 19 до 35 лет) ($p > 0,05$).

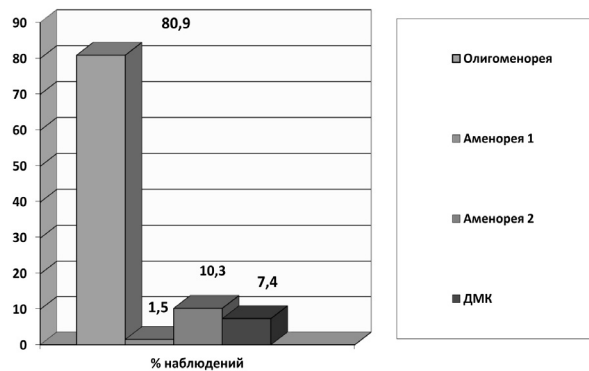
Нарушения менструального цикла имели место у всех 68 ($100,0 \pm 0,0\%$) больных с СПКЯ. При этом, данные наруше-

ния проявлялись в различных ее формах (рисунок). Наиболее частой формой нарушения цикла являлась олигоменорея, наблюдаемая у 55 (80,9±4,77%) больных. Вторичная аменорея отмечалась у 7 (10,3±3,69%) больных, тогда как первичная аменорея имела место у 1 (1,5±1,46%) женщины. Периодические дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) отмечались у 5 (7,4±3,17%) больных с СПКЯ.

Возраст менархе у пациенток с СПКЯ составлял в среднем 12,4±0,11 года (от 11 до 17 лет) и мало отличался от данного показателя в контрольной группе, где он составил в среднем 12,3±0,10 года (от 11 до 14 лет) (p>0,05). При этом, нарушения менструального цикла являлись одними из первых по хронологии появления симптомов клинической манифестации СПКЯ. Так, большинство, а именно 57 (83,8±4,47%) пациенток с нарушением менструального цикла отмечали, что задержки у них начались сразу с периода менархе и с течением времени носили прогрессирующий характер. Если длительность задержек менструального цикла в начале заболевания у больных составила в среднем 1,3±0,38 мес, то в течение 5 лет длительность задержек удлинилась в среднем до 2,3±1,42 мес. Данная тенденция являлась особенно характерной для всех 7 больных с СПКЯ с вторичной аменореей, у которых задержки менструаций, постепенно удлиняясь, переросли в их отсутствие. У 1 (1,5±1,46%) пациентки нарушения менструального цикла с самого начала наблюдались в наиболее тяжелой форме – в форме первичной аменореи. У оставшихся 10 (14,7±4,29%) женщин вначале установился регулярный менструальный цикл, который, однако, нарушился через 1–3 года после менархе. Следует отметить, что в данном случае, хотя менструальный цикл и оставался относительно регулярным в перименархеальные годы, у большинства больных он был неустойчивым, с периодическими задержками до 5–7 дней или удлиненным, через каждые 35–38 дней.

Следует отметить, что больные с СПКЯ имеющие у них нарушения менструального цикла связывали с действием различных факторов. Так, 8 (12,3±4,1%) пациенток причиной нерегулярных менструаций считали наследственный фактор, указывая на существование аналогичных нарушений менструального цикла у ближайших родственников; 5 (7,7±3,3%) пациенток отмечали, что нарушения менструального цикла у них начались после таких заболеваний, как инфекционный паротит, корь, ветряная оспа и хронический тонзиллит, перенесенных ими в пубертатный период, часто в особенно тяжелой форме. Аппендэктомия в этот же период как предполагаемую причину нерегулярных менструаций рассматривали 3 (4,6±2,6%) пациентки. Далее, избыточную массу тела с детского возраста или возникшую в период пубертата как причинный фактор нарушений менструального цикла рассматривали 4 (6,2±2,98%) пациентки. Оставшиеся 45 (69,2±5,7%) женщины с СПКЯ с нарушением менструального цикла какую-либо определенную причину имеющих у них нерегулярных менструаций назвать не смогли.

Из гинекологических заболеваний в анамнезе больных с СПКЯ наиболее частыми являлись эндометриоз органов малого таза у 4 (5,9±2,8%), полипы эндометрия – в 7 (10,3±3,7%)



Характер нарушений менструального цикла при СПКЯ

случаях и воспалительные заболевания половых путей у 47 (69,1±5,6%) пациенток. Хирургические вмешательства на органах малого таза по поводу поликистозных яичников, кист яичников и трубного фактора наблюдались у 8 (11,8±3,9%) обследованных больных. Аппендэктомия имела место у 7 (10,3±3,7%) пациенток.

Ожирение, некогда считавшееся классическим и патогномичным признаком СПКЯ, в нашем наблюдении выявлено не у всех, но все же у большинства – 52 (76,5±5,1%) пациенток, тогда как нормальная масса тела определялась у 16 (23,5±5,14%) больных.

При клиническом обследовании пациенток с СПКЯ было установлено, что между характером нарушений менструального цикла и массой тела пациенток прослеживалась взаимосвязь. В таблице представлены данные о типе нарушений менструального цикла в зависимости от наличия ожирения у пациенток с СПКЯ.

Так, было выявлено, что распространенность олигоменореи незначительно различалась между пациентками с ожирением и без него, встречаясь в 82,7±5,25% и 75,0±10,83% случаях соответственно. Однако аменорея имела место только у пациенток с ожирением. Напротив, ДМК чаще отмечались у пациенток с нормальной массой тела, чем с избыточной, – у 25,0±10,83% и 1,9±1,92% больных соответственно.

Сравнительный анализ результатов обследований пациенток с СПКЯ выявил, что у женщин с аменореей, олигоменореей и ДМК средний объем яичников был различным, прогрессивно уменьшаясь и составив 17,1±0,86 (от 14,3 см³ до 21,1 см³), 14,1±0,38 см³ (от 8,8 см³ до 18,0 см³) и 13,6±0,99 см³ (от 11,9 см³ до 17,3 см³) соответственно. Среднее количество антральных фолликулов у больных с аменореей было наибольшим, составив 13,8±0,49 (от 12 до 16), тогда как у пациенток с ДМК данный показатель был наименьшим – 9,2±0,12 (от 8 до 10). При олигоменорее количество антральных фолликулов равнялось в среднем 12,2±0,27 (от 9 до 16).

В нашем исследовании нарушения менструальной функции имели место у всех пациенток с СПКЯ. Основ-

Характер нарушений менструального цикла в зависимости от массы тела пациенток с СПКЯ

Характер нарушений менструального цикла	СПКЯ с ожирением, n=52	СПКЯ без ожирения, n=16	P
Олигоменорея	43 (80,8±5,25%)	12 (75,0±10,83%)	> 0,05
Аменорея	8 (15,4±5,0%)	0	< 0,05
ДМК	1 (3,8±2,7%)	4 (25,0±10,83%)	< 0,05
P	< 0,01		

ной формой нарушения цикла у обследованных женщин являлась олигоменорея, встречаясь в 80,9% случаев. Аменорея и ДМК наблюдались значительно реже – у 11,8% и 7,4% пациенток соответственно.

Анамнестические данные пациенток с СПКЯ свидетельствуют, что время менархе у пациенток с СПКЯ не отличается от такового у женщин общей популяции. Однако в отличие от здоровых женщин, менструации носят нерегулярный характер, причем время нарушения менструального цикла приходится на перименархеальный период, а именно, совпадает с менархе или начинается вскоре после него.

Согласно результатам нашего исследования олигоменорея встречается приблизительно одинаково часто как среди пациенток с ожирением, так и с нормальной массой тела. В отличие от изложенного выше, более «тяжелая» форма нарушения менструального цикла – аменорея – выявлялась среди больных с СПКЯ с ожирением, тогда как относительно более «легкая» форма – ДМК, чаще наблюдалась среди женщин с СПКЯ с нормальной массой тела.

Объем яичников и количество антральных фолликулов в них являются наибольшими у пациенток с аменореей и наименьшими среди женщин с ДМК. Возможная связь между числом антральных фолликулов и нарушением менструального цикла отмечена в работах некоторых авторов [11, 12, 13]. Известно, что клиновидная резекция яичников, включающая уменьшение числа фолликулов, способствует восстановлению регулярности цикла, в связи с чем, повышенное количество антральных фолликулов рассматривается как один из возможных механизмов появления нерегулярных менструаций при СПКЯ.

Таким образом, результаты нашего обследования подтверждают, что определенные факторы, а именно ожирение и количество антральных фолликулов, способны оказывать модифицирующее влияние на форму нарушений менструальной функции при СПКЯ.

Порушення менструального циклу у пацієнток із синдромом полікістозних яєчників

Н.Ш. Алієва

Порушення менструального циклу є одним з основних симптомів синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) і проявляється у різноманітних формах. У нашому дослідженні олигоменорея спостерігалася у 80,9% пацієнток, аменорея та дисфункціональні маткові кровотечі відзначалися в 11,8% та 7,4% відповідно. Ожиріння та кількість антральних фолікулів у яєчниках пацієнток з СПКЯ здатні впливати на характер порушень менструальної функції.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, менструальний цикл, ожиріння, антральні фолікули.

Menstrual cycle disturbances in women with polycystic ovary syndrome

N. Aliyeva

Menstrual dysfunction, being one of the leading symptoms of polycystic ovary syndrome (PCOS), could be expressed in different forms. In our investigation, oligomenorrhea was seen in 80,9% of patients with PCOS, while amenorrhea and dysfunctional uterine bleeding were reported in 11,8% and 7,4% of women respectively. Obesity and number of antral follicles count in the ovaries of women with PCOS could modify the expression of menstrual dysfunction.

Key words: polycystic ovary syndrome, menstrual cycle, obesity, antral follicles.

Сведения об авторе

Алиева Нармина Шамильевна – кафедра акушерства и гинекологии Азербайджанского Медицинского Университета, 370022, Азербайджан, г. Баку, ул.Бакиханова, 1. E-mail: narmina.aliyeva1503@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Azziz R. The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population//The J of Clin Endocrinol Metab. – 2004; 89 (6):2745–2749.
2. Diamanti-Kandarakis E. A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: hormonal and metabolic profile //J Clin Endocrinol Metab. – 1999; 84:4006–4011.
3. Knochenhauer E. Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern United States: a prospective study//J Clin Endocrinol Metab. – 1998; 83:3078–3082.
4. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risk related to polycystic ovary syndrome // Fertil Steril. – 2004; 81:19–25.
5. Дедов-И.И., Мельниченко-Г.А. Синдром поликистозных яичников. – М.: МИА. – 2007. – С. 143–154.
6. Stein I., Leventhal M. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries // American J Obstet Gynecol. – 1935;29:181–191.
7. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risk related to polycystic ovary syndrome // Fertil Steril. – 2004; 81:19–25.
8. Azziz R, Nestler J.E, Dewally D. Androgen excess disorders in women. 2nd ed. New Jersey:Humana Press; 2006. – С. 304.
9. Pasquali R., Gambineri A. The endocrine impact of obesity and body habitus in the polycystic ovary syndrome. In: Azziz R, Nestler J.E, Dewally D. Androgen excess disorders in women. 2nd ed. New Jersey: Humana Press; 2006. – P. 283–290.
10. Balen A.H., Conway G.S., Homburg R., Legro R.S. Polycystic ovary syndrome. London: Francis&Taylor; 2005. – P. 193.
11. Hughesdon PE. Morphology and morphogenesis of the Stein-Leventhal ovary and of so-called «hyperthecosis». // Obstet Gynec Survey-1982; 37:59-77.
12. Elting MW, Korsen TJM, Rekers-Mombarg LTM, Schoemaker J. Women with polycystic ovary syndrome gain regular menstrual cycles when ageing//Hum Reprod-2000; 15:24-28.
13. Amer SA, Goplaan V, Li TC, Ledger WL, Cooke ID. Long term follow-up of patients with polycystic ovarian syndrome after laparoscopic ovarian drilling: clinical outcome//Hum Reprod-2002; 17:2035-2042.

Статья поступила в редакцию 06.09.2013