

УДК 618.11—006.2—056.52—071.1

© Фаид А. И. Арар, А. А. Железная, О. М. Бабенко, 2012.

## ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С СПКЯ И РАЗНЫМИ ТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ

**Фаид А. И. Арар, А. А. Железная, О. М. Бабенко**

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО (зав. – профессор В. К. Чайка), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

**ANAMNESIS PECULIARITIES IN WOMEN WITH PCOS AND DIFFERENT TYPES OF OBESITY**  
**Faied A. I. Arar, A. A. Zheleznaia, O. M. Babenko**

### SUMMARY

It was studied anamnesis peculiarities in women with PCOS and different types. It was founded that patients were similar on the somatic and reproductive anamnesis. At the same time there were differences in sexual development, menstrual function, gynecological and family anamnesis of women in dependent of place of fat accumulation. The authors make the conclusion that founded peculiarities are the result of differences in hormones level and there metabolism.

**ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ЖІНОК З СПКЯ ТА РІЗНИМИ ТИПАМИ ОЖИРІННЯ**  
**Фаїд А. І. Арар, Г. О. Желєзна, О. М. Бабенко**

### РЕЗЮМЕ

Було вивчено особливості анамнезу жінок з СПКЯ та різними типами ожиріння. З'ясовано, що пацієнтки не відрізнялися за соматичним та репродуктивним анамнезом. У той же час, зареєстровано відмінності у статевому розвитку, менструальній функції, гінекологічному та сімейному анамнезі у жінок залежно від місця превалюючого накопичення жиру. Автори прийшли до висновку, що винайдені особливості є наслідком різного рівня гормонів та особливостями їх метаболізму.

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, ожирение, анамнез.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из наиболее частых форм эндокринопатий, являющихся ведущей причиной гиперандрогении и ановуляторного бесплодия [1, 3]. Избыточная масса тела или ожирение имеется у 50-80% женщин с СПКЯ [4]. Большинство авторов отмечает, что для синдрома характерно абдоминальное ожирение. Имеются данные, что даже при нормальном индексе массы тела пациентки с СПКЯ имеют более высокое соотношение окружностей талии/бедер, а при ультразвуковом сканировании у них отмечается увеличение количества висцерального жира по сравнению со здоровыми женщинами тех же возраста и массы тела [2]. С другой стороны, некоторые авторы считают, что фенотип пациенток всегда женский [3].

В литературе имеется большое количество данных об особенностях СПКЯ при абдоминальном ожирении и нормальной массе тела, тогда как вопросы данной патологии при глутеофеморальном ожирении практически не освещены.

Целью исследования было изучение особенностей анамнеза женщин с синдромом поликистоза яичников и разными типами ожирения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели была изучена медицинская документация пациенток с синдромом поликистозных яичников, находящихся

на лечении в Донецком региональном центре охраны материнства и детства. Диагноз СПКЯ выставлялся согласно критериям Роттердамского согласительного консенсуса, а именно: на основании наличия двух из трех следующих критериев – гиперандрогения (клиническая или биохимическая), олиго- или ановуляция, наличие поликистозных яичников при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Было отобрано 215 карт женщин, имеющих ожирение (индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м<sup>2</sup>). Тип распределения жира определяли по соотношению окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ) (ОТ/ОБ >0,8) и в зависимости от него женщин разделили на две группы: 1 (с глутеофеморальным ожирением, n=90) и 2 (с абдоминальным ожирением, n=125). Изучались особенности соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза.

Статистическая обработка данных выполнена в программе Excel. Данные представлены в виде пропорций и средних величин. Использовались критерии Стьюдента и  $\chi^2$ . Различия считались статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Обследованные женщины достоверно не отличались по возрасту, социальному статусу, образованию и месту жительства ( $p > 0,05$ ).

Изучение семейного анамнеза показало, что пациентки с абдоминальным ожирением достоверно чаще отмечали наличие у близких родственников артериальной гипертензии (78,40 по сравнению с 56,67%), ожирения (51,20 и 36,67%) и сахарного диабета (29,60 и 16,67%). В то время, по частоте ишемической болезни сердца (43,33 и 46,40% соответственно группам), острых нарушений мозгового кровообращения (6,67 и 8,00%) и подагры (16,66 и 13,60%) различия были незначимы.

Полученные результаты могут свидетельствовать о наличии наследственной предрасположенности к ожирению и артериальной гипертензии у женщин с абдоминальным ожирением.

Частота заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей, эндокринных органов, пищевой и медикаментозной аллергии, детских инфекций у женщин с абдоминальным и глутеофеморальным ожирением существенно не отличалась ( $p > 0,05$ ).

Возраст менархе соответствовал популяционным данным и составил  $12,37 \pm 0,07$  лет в группе 1 и  $12,45 \pm 0,05$  лет – в группе 2 ( $p > 0,05$ ). В процессе полового созревания по мере формирования гормональной активности репродуктивной системы у девочки-подростка сначала появляется телархе, затем пубархе, а затем менархе. Средний возраст телархе у обследованных женщин отличался между группами ( $10,73 \pm 0,05$  и  $10,22 \pm 0,03$ ) ( $p < 0,05$ ) и от среднего популяционного (11,7 лет). По мнению И.И. Дедова и соавт., раннее пубархе указывает на препубертатную гиперандрогению и является предиктором синдрома поликистозных яичников [4]. Необходимо отметить, что у женщин с абдоминальным ожирением возраст появления лобкового оволосения был достоверно ниже, что может указывать на более выраженную гиперандрогению или ее более раннее появление.

Несмотря на отсутствие достоверных различий между женщинами с разными типами ожирения в возрасте появления первой менструации, они несколько отличались по характеру менструальной функции. Практически у всех женщин с ожирением зарегистрированы нарушения менструального цикла, только у 7 (7,78%) в 1-й группе и 11 (8,80%) – во 2-й менструации были регулярными ( $p > 0,05$ ). Наиболее частым видом нарушения цикла была олигоменорея, причем у женщин с абдоминальным ожирением она регистрировалась достоверно реже, чем при глутеофеморальном (76,80% и 88,89% соответственно) ( $p < 0,05$ ). В то же время, у женщин 2-й группы чаще имелась аменорея (14,40% против 3,33% во 2-й) ( $p < 0,05$ ). Еще одним отличием между группами было более частое наличие у женщин с гиноидным распределением жира кровотечений на фоне олигоменореи

вследствие гиперплазии эндометрия (11,11% и 4,80% соответственно) ( $p < 0,05$ ).

Выявленные различия в характере менструальной функции, по-видимому, являются следствием разного уровня гормонов и путей их метаболизации при разных типах отложения жира.

Анализ гинекологического анамнеза показал, что обследованные женщины не отличались по частоте патологии шейки матки, воспалительных заболеваний половых органов и кист яичников ( $p > 0,05$ ), тогда как у женщин с глутеофеморальным ожирением достоверно чаще диагностировались миома матки (18,89% и 10,40%), гиперплазия эндометрия (11,11% и 4,80%) и мастопатия (28,89% и 16,80%) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, пациентки с СПКЯ и разными типами ожирения имеют отличия в гинекологическом анамнезе по характеру менструальной функции и частоте эндокринзависимой патологии.

Большинство обследованных женщин имели бесплодие в анамнезе (83,33% и 86,40% соответственно группам), причем зачастую оно было первичным ( $p > 0,05$ ). Примерно у половины пациенток с СПКЯ наступали беременности (46,67% и 54,40%), тогда как роды были только у каждой третьей (28,89% и 32,80%) ( $p > 0,05$ ). Это является следствием тяжелой эндокринной патологии, которой является синдром поликистозных яичников, и достаточно высокой частотой невынашивания беременности у данной категории пациенток.

Только у 7 пациенток имелись медицинские аборт в прошлом (2 или 2,22% – в 1-й группе и 5 или 4,05% – во 2-й), что является результатом высокой частоты бесплодия с одной стороны и наступлением беременности, зачастую, в результате его лечения. В то же время, частота самопроизвольных абортов у данной категории женщин была достаточно высокой (22,22% и 17,28%), а различия между группами не были достоверными ( $p > 0,05$ ).

#### ВЫВОДЫ

1. Таким образом, проведенное исследование показало, что женщины с синдромом поликистозных яичников и разными типами ожирения не отличаются по частоте соматической патологии в анамнезе, воспалительных заболеваний тазовых органов и патологии шейки матки. Репродуктивный анамнез у них также не отличался. В то же время имеются достоверные различия в гинекологическом анамнезе в зависимости от типа распределения жира.

2. При глутеофеморальном ожирении чаще регистрируются олигоменорея и кровотечения на ее фоне, миома матки, мастопатия и гиперплазия эндометрия. При абдоминальном типе отложения жира раньше регистрируется пубархе, чаще

имеется аменорея, а также ожирение, артериальная гипертензия и сахарный диабет в семейном анамнезе.

3. Обнаруженные различия в анамнезе между пациентками с СПКЯ и разными формами ожирения говорят о наличии особенностей протекания синдрома у данных пациенток, что требует дальнейшего изучения с целью разработки индивидуализированных подходов к их лечению и профилактике заболеваний.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Клиника, диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников / М. А. Геворкян, И. Б. Ману-

хин, Л. Б. Студеная [и др.] // Ж.Р.О.А.Г. – 2008. – № 4. – С. 3–20.

2. Науменко В. Г. Гиперандрогенные состояния / В. Г. Науменко // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1 (40). – С. 5–10.

3. Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия / В. И. Грищенко, Н. Г. Грищенко, И. В. Загребельная [и др.]. // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1 (28). – С. 5–12.

4. Синдром поликистозных яичников : руководство для врачей / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 368 с.