

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ С ДРОСПИРЕНОНОМ И ФИНАСТЕРИДА НА УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ БЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

При использовании Финастерида у женщин с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений отмечено положительное влияние на фолликулярный аппарат яичников, после лечения наступили 2 беременности, а при использовании комбинированных оральных контрацептивов с Дроспиреноном выявлено более заметное уменьшение объемов яичников, наступило 8 беременностей на ребаунд-эффекте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром поликистозных яичников; метаболические нарушения; комбинированные оральные контрацептивы с дроспиреноном; Финастерид; бесплодие.

Zaharova N.N., Dvorjansky S.A.

Kirov state medical academy, Kirov

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF INFLUENCE OF THE COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES WITH DROSPIRENON AND FINASTERID ON ULTRASONIC PARAMETERS OF A SYNDROME POLYCYSTIC OVARY WITHOUT METABOLIC INFRINGEMENTS

At use Finasterid at women with a polycystic ovary syndrome without metabolic infringements positive influence on the follicular device ovaries is noted, there have come 2 pregnancies after treatment, and at use the combined oral contraceptives with Drospirenon – more appreciable reduction of volumes ovaries is revealed, has come 8 pregnancies on rebound-effect.

KEY WORDS: a polycystic ovary syndrome; the metabolic infringements; the combined oral contraceptives with drospirenon; Finasterid; barreness.

Лечение синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) у пациенток без метаболических нарушений в течение последних лет претерпело существенные изменения, однако окончательно оно еще не определено и требует дальнейших исследований и наблюдений [1-3]. В заключительном документе Роттердамского консенсуса (2003) СПКЯ был охарактеризован как синдром овариальной дисфункции, к симптомам которого относятся клиническая и/или биохимическая гиперандрогения, нарушение менструального цикла и «поликистозная» морфология яичников по ультразвуковому исследованию [4-6]. Можно считать, что яичникам отведена роль биологических часов или индикатора нарушений гормонального гомеостаза [7, 8]. По мере прогрессирования этих нарушений функциональные изменения в яичниках сопровождаются их анатомической перестройкой в «поликистозные яичники» [9, 10], что является своеобразным критерием неблагополучия эндокринной системы в целом [1].

Корреспонденцию адресовать:

ЗАХАРОВА Наталья Николаевна,
610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, д.112,
ГОУ ВПО «Кировская государственная
медицинская академия Росздрава».
Тел.: +7-961-563-44-46.
E-mail: nata_scha@bk.ru

Цель исследования — сравнить эффективность применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с Дроспиреноном и Финастерида на ультразвуковые параметры СПКЯ у пациенток без метаболических нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выполнения поставленной в работе цели обследованы 73 пациентки с СПКЯ без метаболических нарушений. Исследование одобрено локальным этическим комитетом. Верификацию диагноза проводили согласно клинико-инструментальным критериям заключительного документа Роттердамского консенсуса (2003). При соответствии всем критериям включения и отсутствии критериев исключения рандомизированным методом 31 пациентке (I группа) в качестве лечения был назначен Финастерид в таблетках по 5 мг один раз в сутки непрерывно в течение 6 месяцев, а 42 пациенткам (II группа) — комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным прогестагеном Дроспиреноном по 1 таблетке с 1-го или 5-го по 21-25-й день менструального цикла в течение 6 месяцев. Исследуемые женщины до начала терапии дали информированное согласие на лечение.

Пациентки в исследуемых группах были обследованы до и после лечения на ультразвуковом ап-

парате «Accuvix V20» с использованием вагинального датчика с измерением объемов яичников, количества фолликулов, размера фолликулов, расположения фолликулов, наличия желтого тела или фолликула более 10 мм, выраженности стромы.

Статистическая обработка клинического материала производилась с применением t-критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование были включены молодые женщины, возраст которых составил в I группе $23,6 \pm 3,0$ лет, во II — $25,3 \pm 2,8$ лет. Все женщины были жителями города Кирова.

Контрацепцию использовали всегда 41,9 % женщин I группы и 14,3 % женщин II группы, не всегда — 32,3 % и 28,6 % женщин, соответственно. Это еще раз доказывает, что пациентки с верифицированным диагнозом СПКЯ во II группе были более заинтересованы в наступлении беременности, чем в I группе, поэтому использовали контрацепцию гораздо реже.

В анамнезе у 19,4 % пациенток I группы были беременности: роды в 9,7 % случаев, медицинские аборт в 6,5 %, самопроизвольные аборт в 3,2 %, беременности у этих женщин наступили через $9,0 \pm 2,7$ месяцев половой жизни без контрацепции. В анамнезе у 23,8 % женщин II группы были беременности: роды в 16,7 %, медицинские аборт в 11,9 %, самопроизвольные аборт в 4,8 %, беременности у этих женщин наступили через $14,2 \pm 16,6$ месяцев половой жизни без контрацепции. Из этого следует, что у каждой 4-5 женщины в анамнезе были беременности. В I группе желанными оказались 66,7 % наступивших беременностей, во II — 90,3 %, что вновь доказывает заинтересованность в деторождении женщин II группы.

В I группе бесплодие наблюдалось в 22,6 % случаев, из них в 85,7 % случаев первичное, в 14,3 % вторичное, бесплодие от 1 до 2 лет составило 28,6%, 3-4 года — 28,6%, более 5 лет — 42,9 %. Во II группе бесплодие было отмечено у 50 % исследуемых, из них первичное в 38,1 % случаев, вторичное — в 11,9 %, бесплодие от 1 до 2 лет составило 30,9 %, 3-4 года — 7,1 %, более 5 лет — 11,9%.

Масса тела в I группе исследуемых до лечения составила $59,9 \pm 13,2$ кг, после лечения — $59,2 \pm 13,4$ кг (ниже на 0,7 кг по сравнению с исходным), ИМТ до лечения — $22,1 \pm 4,3$, после лечения — $21,9 \pm$

$4,3$ (ниже на 0,2 по сравнению с исходным), ОТ/ОБ до лечения — $0,8 \pm 0,1$, после лечения — $0,8 \pm 0,2$ (ниже на 0,1 по сравнению с исходным), что достоверно не отличается от исходных параметров ($p > 0,05$). Во II группе масса тела пациенток до терапии составила $59,4 \pm 6,1$ кг, после лечения — $60,0 \pm 6,1$ кг (выше на 0,6 кг по сравнению с исходным), ИМТ до терапии — $22,1 \pm 1,8$, после лечения — $22,4 \pm 1,9$ (выше на 0,3 по сравнению с исходным), ОТ/ОБ до терапии — $0,7 \pm 0,1$, после лечения осталось прежним, что достоверно не отличается от исходных параметров ($p > 0,05$).

Ультразвуковое исследование больных с СПКЯ без метаболического синдрома показало, что в I группе снижение объемов правого и левого яичников составило 22,7 % и 21,0 %, во II группе — 34,3 % и 32,7 %, соответственно. Таким образом, значение данного показателя оказалось минимальным после терапии КОК с Дроспиреноном. Аналогичной была сравнительная динамика количества фолликулов в правом и левом яичниках, показатель которых уменьшился в результате лечения Финастеридом на 22,3 % и 24,2 %, а в результате терапии КОК с Дроспиреноном — на 18,2 % и 20,1 %, соответственно. Таким образом, оценка данного показателя оказалась лучшей при лечении Финастеридом.

Диапазон диаметра фолликулов в правом и левом яичниках после лечения в I группе стал достоверно выше на 17,2-41,3 % и 13,3-23,1 %, соответственно, во II группе повышение показателя было достоверным, но менее значительным, и составило 11,7-33,1 % и 9,9-19,4 % от исходного. В I группе до лечения у 41,9 % пациенток фолликулы располагались преимущественно по периферии, у 58,1 % — диффузно; после лечения — по периферии у 32,3 % женщин (уменьшилось в 1,3 раза по сравнению с исходным), диффузно у 35,5 % (уменьшилось в 1,6 раза по сравнению с исходным), обычное расположение отмечено у 32,3 % пациенток. Во II группе до лечения фолликулы располагались преимущественно по периферии у 59,5 % женщин, диффузно — у 40,5 %, после лечения — по периферии у 45,2 % женщин (уменьшилось в 1,3 раза по сравнению с исходным), диффузно у 38,1 % (уменьшилось в 1,1 раза по сравнению с исходным), обычное расположение отмечено у 16,7 % женщин.

Таким образом, после терапии Финастеридом фолликулы располагались обычно в яичниках в 1,9 раза выше, чем после лечения КОК с Дроспиреноном. До лечения в I и II группах не было обнаружено ни

Сведения об авторах:

ЗАХАРОВА Наталья Николаевна, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава», г. Киров, Россия. E-mail: nata_scha@bk.ru

ДВОРЯНСКИЙ Сергей Афанасьевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава», г. Киров, Россия. E-mail: dvorsa@kirovgma.ru

Information about authors:

ZAHAROVA Natalia Nikolaevna, the assistant, department of obstetrics and gynecology, Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia. E-mail: nata_scha@bk.ru

DVORJANSKY Sergey Afanasevich, doctor of medical sciences, professor, the head of department of obstetrics and gynecology, Kirov State Medical Academy, Kirov, Russia. E-mail: dvorsa@kirovgma.ru

Таблица

Влияние Финастерида и комбинированных оральных контрацептивов с Дроспиреноном на ультразвуковые параметры у пациенток с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений

Показатель	Первая основная группа (n = 31)		Вторая основная группа (n = 42)		Норма
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	
Объем правого яичника, см ³	11,9 ± 3,7	9,2 ± 3,3*	11,6 ± 3,6	7,6 ± 3,5**	< 9
Объем левого яичника, см ³	11,2 ± 3,5	8,8 ± 4,1*	10,9 ± 2,2	7,3 ± 2,7**	< 9
Количество фолликулов в правом яичнике, ед.	13,7 ± 3,1	10,7 ± 3,4**	11,7 ± 1,5	9,6 ± 2,2**	< 8
Количество фолликулов в левом яичнике, ед.	13,8 ± 3,2	10,5 ± 3,4**	11,6 ± 1,4	9,3 ± 2,0**	< 8
Диапазон диаметра фолликулов в правом яичнике, мм	от 3,2 ± 0,9 до 6,4 ± 1,4	от 3,7 ± 1,1* до 9,0 ± 4,4**	от 3,2 ± 0,6 до 6,2 ± 1,1	от 3,5 ± 1,0* до 8,2 ± 3,6**	2-24
Диапазон диаметра фолликулов в левом яичнике, мм	от 3,3 ± 0,8 до 6,6 ± 1,2	от 3,7 ± 0,9* до 8,1 ± 3,2*	от 3,1 ± 0,7 до 6,2 ± 1,9	от 3,5 ± 0,7* до 7,5 ± 3,4*	2-24

Примечание: * (p < 0,05) - коэффициент достоверности различий в группе после лечения;

** (p < 0,001) - коэффициент достоверности различий в группе после лечения.

доминантных фолликулов, ни желтого тела в обоих яичниках. После лечения в I группе было обнаружено желтое тело в правом яичнике в 32,3 % случаях, в левом — 19,4 %, т.е. всего у 51,6 % исследуемых. Во II группе желтое тело было зафиксировано при ультразвуковом исследовании в правом яичнике в 21,4 % случаях, в левом — 14,3 %, т.е. всего у 35,7 % пациенток, что в 1,4 раза меньше, чем при лечении Финастеридом.

Строма яичников по ультразвуковому исследованию была выражена у 16,1 % женщин I группы до лечения, и только у 3,2 % пациенток после лечения (показатель снизился в 5 раз), во II группе строма яичников была выражена у 7,1 % пациенток, после лечения — у 2,4 % (показатель снизился в 3 раза). Таким образом, снижение выраженности стромы оказалось оптимальным при применении Финастерида в лечении женщин с СПКЯ без метаболического синдрома (табл.).

При оценке репродуктивной функции в первой группе во время лечения наступили две беременности, которые в настоящее время прогрессируют. Во второй группе на ребаунд-эффекте наступили 8 беременностей.

ВЫВОДЫ:

1. Финастерид и комбинированные оральные контрацептивы с Дроспиреноном оказывают выраженное разнонаправленное лечебное действие у пациенток с синдромом поликистозных яичников без метаболических нарушений.
2. Финастерид достоверно более выраженно снижает количество фолликулов в яичниках, способствует нормализации этапов созревания фолликулов до доминантных. В результате нашего исследования было выявлено, что Финастерид достоверно снижает выраженность стромы по ультразвуковому исследованию, и расположение фолликулов в яичниках становится обычным. После терапии Финастеридом у пациенток с синдромом поликистозных яичников наступили две беременности.
3. Комбинированные оральные контрацептивы с антиандрогенным прогестагеном Дроспиреноном достоверно более выраженно снижают объемы яичников. На ребаунд-эффекте после лечения комбинированными оральными контрацептивами с Дроспиреноном наступили 8 беременностей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гусейнова, Н.Ф. Алгоритм ведения пациенток с синдромом поликистозных яичников в сочетании с различными заболеваниями щитовидной железы /Н.Ф. Гусейнова, Д.Ф. Курбанова, Р.М. Маммедгасанов //Акушерство и гинекология. – 2009. – № 3. – С. 71-72.
2. Уварова, Е.В. Принципы терапии формирующегося синдрома поликистозных яичников у подростков /Е.В. Уварова, Ю.П. Григоренко //Эффективная фармакотерапия. – 2011. – № 1. – С. 31-36.
3. Шереметьева, Е.В. Консервативная терапия (стимуляция овуляции) синдрома поликистозных яичников /Е.В. Шереметьева //Лечащий врач. – 2010. – № 4. – С. 60-67.
4. Дедов, И.И. Синдром поликистозных яичников: практические рекомендации для врачей /И.И. Дедов, Е.Н. Андреева, Е.А. Карпова. – М., 2009. – 51 с.
5. Кирмасова, А.В. Принципы терапии эндокринных и метаболических нарушений у больных репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников /А.В. Кирмасова и др. //Рос. вестн. акуш.-гинеко. – 2010. – № 6. – С. 63-67.
6. Шилин, Д.Е. Синдром поликистозных яичников /Д.Е. Шилин //Consilium Medicum. – 2007. – Т. 9, № 9. – С. 683-688.
7. Синдром поликистозных яичников как причина эндокринного бесплодия /В.И. Грищенко и др. //Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – № 1. – С. 5-13.
8. Дедов, И.И. Синдром поликистозных яичников: руководство /И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М., 2008. – 361 с.
9. Синдром поликистозных яичников /И.Б. Манухин и др. //Акуш. и гинекол. – 2007. – № 5. – С. 62-66.
10. Azziz, R. High Level of androgens in a main feature of polycystic ovary syndrome /R. Azziz //Fertil. Steril. – 2003. – Vol. 80. – P. 323.
