



Списание за наука

„Ново знание“

ISSN 2367-4598 (Online)

Академично издателство „Талант“

*Висше училище по агробизнес и развитие на
регионите - Пловдив*

New Knowledge

Journal of Science

ISSN 2367-4598 (Online)

Academic Publishing House „Talent“

*University of Agribusiness and Rural Development -
Bulgaria*

<http://science.uard.bg>

COMPARISON BETWEEN F-G SCALE LEVELS IN HEALTHY WOMEN AND PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Vesko Stoilov¹, Ivan Kostov², Petar Petrov³, Nigar Jafer⁴

¹Multiprofile hospital for active treatment “Specialmedic”, Plovdiv, Bulgaria

*²Specialized hospital for active treatment in obstetrics and gynecology “Mother's Home”,
Sofia, Bulgaria*

³University of agribusiness and rural development, Plovdiv, Bulgaria

⁴Parliament of the Republic of Bulgaria

Abstract: In 2001, the FG Scale methodology underwent a new modification, and currently includes a total of 19 locations, such as upper lip, chin, chest, upper back, lower back, upper abdomen, lower abdomen, upper arms, hips, and there were also added: sideburns, neck, thighs, inguinal area, perianal area, forearm, legs, feet, toes and toes. Each zone can be rated on a four-point scale. The points obtained are summed up and according to the final result the patients are divided into four groups. The first group is of women with a score of 1-9. The second group are those with a total of points from 10 to 16. The third group is with 17-40 points and the fourth one is with 41-44 points.

Keywords: F-G scale, Polycystic ovary syndrome (PCOS).

СЪПОСТАВКА МЕЖДУ НИВАТА НА ПОКАЗАТЕЛЯ F-G СКАЛА ПРИ ЗДРАВИ ЖЕНИ И ПАЦИЕНТКИ СЪС СИНДРОМА НА ПОЛИКИСТОЗНИТЕ ЯЙЧНИЦИ

Веско Стоилов¹, Иван Костов², Петър Петров³, Нигяр Джафер⁴

¹СБАЛ “Специал медик” - гр. Пловдив

²СБАЛАГ „Майчин дом“ - гр. София

³Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив

⁴Народно събрание на Република България

Резюме: През 2001 г. методиката на оценяване на F-G скалата претърпя нова модификация и понастоящем включва общо 19 места, като към горна устна, брада, гръден кош, горна част на гърба, долна част на гърба, горна част на корема, долна част на корема, горна част на ръцете, бедра бяха добавени още: бакенбарди, врат, бедра, ингвинална област, перианална област, предмишница, крака, ходила, пръсти на краката и пръсти на ръцете. Всяка зона може да бъде оценена според скалата в четири точки. Получените точки се сумират и според крайния резултат пациентките се разделят в четири групи. Първа група са жените със скор 1-9. Втора група са тези с общ сбор на точките от 10 до 16. Трета са с 17-40 точки, а четвърта - с 41-44 точки.

Ключови думи: F-G скала, Синдром на поликистозните яйчници (СПКЯ).

ВЪВЕДЕНИЕ

F-G скалата е метод за оценка и количествено определяне на хирзутизъм при жени, наречен на името на създателите си D. Ferriman и J. D. Gallwey, които го предлагат за първи път през 1961 г. в журнала на американската асоциация по клинична ендокринология .

В първичният си вид методът, предложен от авторите, се базира на оценка на растежа на косми в общо 11 части на тялото, а именно: горна устна, брада, гръден кош, горната част на гърба, долна част на гърба, горна част на корема, долна част на корема, горна част на ръцете, подрамене, бедра, крака.

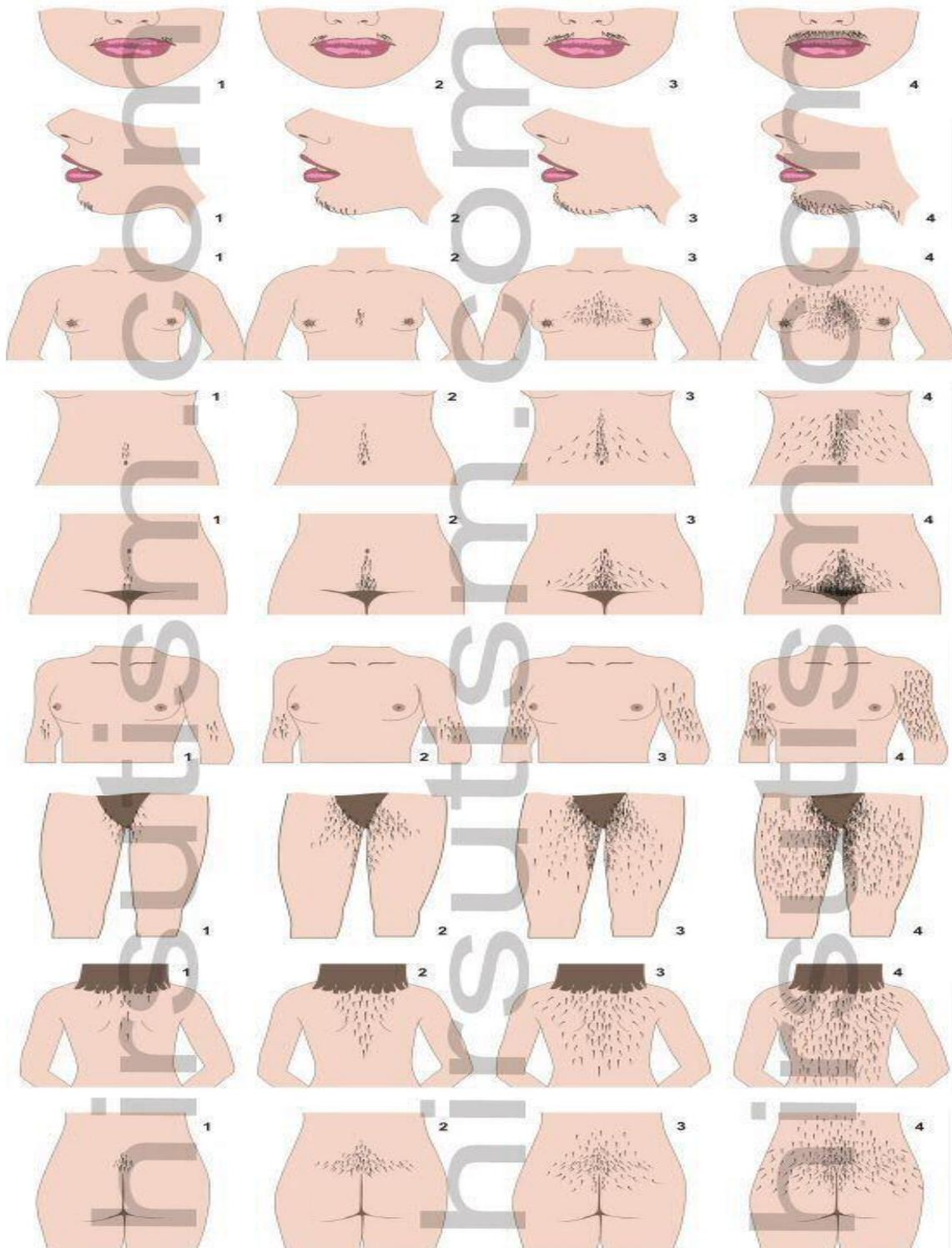
По-късно след редица консенсуси същият е модифициран, така че разпределя тялото на общо 9 зони: горна устна, брада, гръден кош, горна част на гърба, долна част на гърба, горна част на корема, долна част на корема, горна част на ръцете, бедра.

При модифицирания метод растежът на косата е класиран от 0 (липса на растеж на коса) до 4 (екстензивен растеж на косата) във всяко от деветте места (фиг. 1). Резултатът на пациента може следователно да варира от минимум резултат на 0 до максимален резултат от 36.

Според авторите на метода интерпретацията на резултатите трябва да бъде съобразена с расовата принадлежност на пациента, така например трябва да се има предвид размера на очакваната за съответния етнос интензивност на окосмяването. При европейско-кавказките жени като показател за излишък на андрогени се счита резултат от 8 или по-висок.

През 2001 г. методиката на оценяване на F-G скалата претърпя нова модификация и понастоящем включва общо 19 места, като към горна устна, брада, гръден кош, горна част на гърба, долна част на гърба, горна част на корема, долна част на корема, горна част на ръцете, бедра бяха добавени още: бакенбарди, врат, бедра, ингвинална област, перианална област, предмишница, крака, ходила, пръсти на краката и пръсти на ръцете .

Всяка зона може да бъде оценена според скалата в четири точки. Получените точки се сумират и според крайния резултат пациентките се разделят в четири групи. Първа група са жените със скор 1-9. Втора група са тези с общ сбор на точките от 10 до 16. Трета са с 17-40 точки, а четвърта – с 41-44 точки.



Фиг. 1. Области и степени за оценка по F-G скала

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализирайки резултатите, установихме, че най-голям брой от контролната група на нашето проучване според F-G скор си попадат в диапазона между 1 и 9 точки – общо 94,05% от анкетираните. Втора по численост група е тази на жените с F-G скор между 10 и 16 точки (4,45%). На трето място е групата на жените с F-G скор между 17 и 40 точки (1,48%). В тази група не попаднаха жени със F-G скор, по-висок от 41 точки, или четвърта степен (фиг. 2 и таблица 1).



Фиг. 2. Разпределение на изследваните жени от контролната група по F-G скалата

Таблица 1. Разпределение на изследваните жени от контролната група по F-G скалата

F – G скор	Контролна група
1 - 9 точки	190 94,05%
10 - 16 точки	9 4,45%
17 - 40 точки	3 1,48%
над 41 точки	0 0,00%

Анализът на резултатите в групата на жените със СПКЯ показва, че и тук най-голям брой от изследваните пациентки (87,68%) според F-G скор си попадат в диапазона между 1 и 9 точки (фиг. 3 и таблица 2). Втори по брой са жените с F-G скор между 10 и 16 точки (8,86%). На трето място са жените с F-G скор между 17 и 40 точки (3,44%). И в тази група не попаднаха жени от четвърта степен F-G скор.



Фиг. 3. Разпределение на изследваните жени със СПКЯ по F-G скалата

Таблица 2. Разпределение на изследваните жени със СПКЯ по F-G скалата

F – G скор	Жени със СПКЯ
1 - 9 точки	178 87,68%
10 - 16 точки	18 8,86%
17 - 40 точки	7 3,44%
над 41 точки	0 0,00%

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЛИТЕРАТУРА

1. I. Park, K. H. Lee, H. G. Sun, S. K. Kim, J. H. Lee, and G. H. Leon, High accuracy of IVF prognosis attained using a combination of AMH and day 3 FSH/LH ratio, *Fertility and Sterility*, vol. 96, supplement, p. S190, 2011.
2. I. D. Harris, S. Wang, L. Roth, R. Alvero, P. McShane, and W. D. Schlaff, When antimullerian hormone and follicle stimulating hormone offer a discrepant prognosis of ovarian reserve, in vitro fertilization outcomes are worse than when both values predict poor ovarian reserve, *Fertility and Sterility*, vol. 94, supplement, p. S26, 2010.
3. A. La Marca, G. Stabile, A. Carducci Artenisio, and A. Volpe, Serum anti-Müllerian hormone throughout the human menstrual cycle, *Human Reproduction*, vol. 21, no. 12, pp. 3103–3107, 2006.
4. O. Rustamov, A. Smith, S. A. Roberts et al., Anti-Müllerian hormone: poor assay reproducibility in a large cohort of subjects suggests sample instability, *Human Reproduction*, vol. 27, pp. 3085–3091, 2012.
5. H. Abdallah and Y. Thum, Association of AMH and FSH levels with IVF treatment, *Fertility and Sterility*, vol. 90, supplement, p. 405, 2008.

6. S. D. Harlow, M. Gass, J. E. Hall et al., Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging, *Menopause*, vol. 19, no. 4, pp. 387–395, 2012.

7. N. Gleicher, A. Weghofer, and D. H. Barad, Anti-Müllerian hormone (AMH) defines, independent of age, low versus good live-birth chances in women with severely diminished ovarian reserve, *Fertility and Sterility*, vol. 94, no. 7, pp. 2824–2827, 2010.

8. R. K. K. Lee, F. S. Y. Wu, M.-H. Lin, S.-Y. Lin, and Y.-M. Hwu, The predictability of serum anti-Müllerian level in IVF/ICSI outcomes for patients of advanced reproductive age, *Reproductive Biology and Endocrinology*, vol. 9, article 115, 2011.

9. B. Friden, P. Sjoblom, and J. Menzes, Using anti-Müllerian hormone to identify a good prognosis group in women of advanced reproductive age, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 51, pp. 411–415, 2011.

10. N. Gleicher and D. H. Barad, Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation in diminished ovarian reserve (DOR), *Reproductive Biology and Endocrinology*, vol. 9, article 67, 2011.

11. A. Hazout, P. Bouchard, D. B. Seifer, P. Aussage, A. M. Junca, and P. Cohen-Bacrie, Serum anti-Müllerian hormone/Müllerian-inhibiting substance appears to be a more discriminatory marker of assisted reproductive technology outcome than follicle-stimulating hormone, inhibin B, or estradiol, *Fertility and Sterility*, vol. 82, no. 5, pp. 1323–1329, 2004.

12. D. N. Lekamge, M. Barry, M. Kolo, M. Lane, R. B. Gilchrist, and K. P. Tremellen, Anti-Müllerian hormone as a predictor of IVF outcome, *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 14, no. 5, pp. 602–610, 2007.

13. J. M. J. Smeenk, F. C. G. J. Sweep, G. A. Zielhuis, J. A. M. Kremer, C. M. G. Thomas, and D. D. M. Braat, Anti-Müllerian hormone predicts ovarian responsiveness, but not embryo quality or pregnancy, after in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection, *Fertility and Sterility*, vol. 87, no. 1, pp. 223–226, 2007.

14. S. L. Fong, E. B. Baart, E. Martini et al., Anti-Müllerian hormone: a marker for oocyte quantity, oocyte quality and embryo quality? *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 16, no. 5, pp. 664–670, 2008.