

*А.В. Баранова*

**СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ: ОСОБЕННОСТИ  
ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПА**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.М. Савицкая*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск*

*A.V. Baranova*

**POLYCYSTIC OVARY SYNDROME: FEATURES  
OF THE MANAGEMENT OF PATIENTS DEPENDING ON THE PHENOTYPE**

*Tutor: associate professor V.M. Savitskaya*

*Department of Obstetrics and Gynecology*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме:** Статья посвящена актуальной проблеме-особенностям ведения пациенток с синдромом поликистозных яичников в зависимости от фенотипа. [2] Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – полигенное эндокринное заболевание, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами, сопровождающееся нарушениями функций яичников, поджелудочной железы, коры надпочечников, гипоталамуса и гипофиза.[7]

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, гиперандрогения, ановуляция, диатермопунктура яичников, хромосальпингоскопия.

**Resume.** The article is devoted to an urgent problem-the peculiarities of the management of patients with polycystic ovary syndrome depending on the phenotype. [2] Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a polygenic endocrine disease caused by both genetic and epigenetic factors, accompanied by impaired functions of the ovaries, pancreas, adrenal cortex, hypothalamus and pituitary gland. [7]

**Keywords:** polycystic ovar[2]y syndrome, hyperandrogenism, anovulation, ovarian diathermopuncture, chromosalpingoscopy.

**Актуальность.** Данная статья посвящена одному из наиболее частых эндокринных расстройств в мире, приводящих к бесплодию, - синдрому поликистозных яичников (СПКЯ).[6] По данным систематического обзора распространённость СПКЯ колеблется от 8 до 13%.[5] Несмотря на активные поиски оптимальных методов лечения больных СПКЯ, эта патология по-прежнему занимает лидирующую позицию среди причин женского бесплодия. В связи с этим выявление методов лечения различных фенотипов СПКЯ и оценка их эффективности представляет собой актуальную научно-практическую задачу. В статье представлены особенности ведения и лечения женщин с бесплодием, связанным с СПКЯ в зависимости от фенотипа и оценена их эффективность.

**Цель:** выявить особенности ведения и лечения женщин с бесплодием, связанным с СПКЯ в зависимости от фенотипа и оценить их эффективность.

**Задачи:**

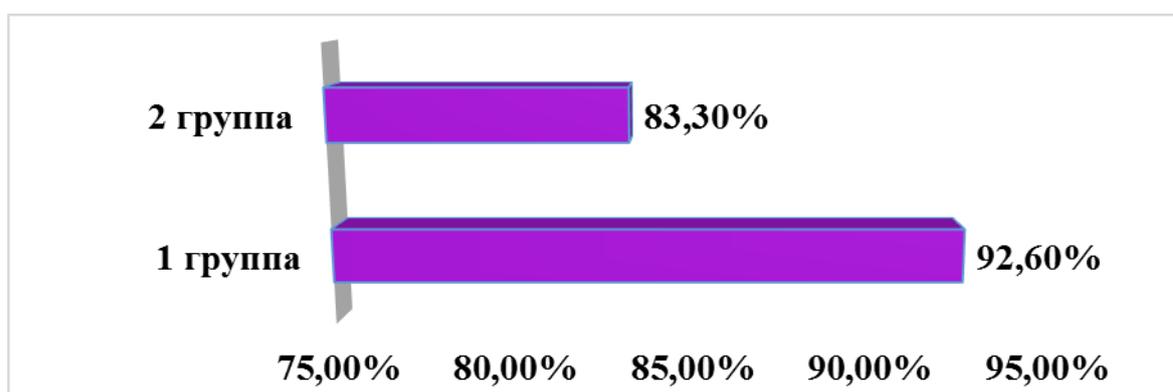
1. Изучить уровень половых гормонов у пациенток с синдромом поликистозных яичников после проведенного лечения.

2. Определить эффективные консервативные и хирургические методы лечения пациенток с синдромом поликистозных яичников.

3. Изучить встречаемость различных фенотипов синдрома поликистозных яичников среди пациенток.

**Материалы и методы.** Проведён ретроспективный анализ 33 медицинских карт пациенток с синдромом поликистозных яичников за период с 2021-2023 г., проходивших лечение на базе УЗ «Городской клинический родильный дом № 2 г. Минска». Проанализированы результаты комплексных клинико-лабораторных (анализ крови на половые гормоны и уровень глюкозы в крови) и инструментальных обследований (ультразвуковое исследование матки и придатков), изучен ход проведенных оперативных вмешательств данных обследуемых пациенток. Был проведён систематический обзор учебной и научной литературы. Для анализа полученных данных использовались методы описательной статистики, программы Microsoft Excel и STATISTICA 10.0. Статистическая значимость полученных данных устанавливалась с помощью Хи-квадрата Пирсона. Уровень значимости принимался как  $p < 0.05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В зависимости от фенотипа СПКЯ женщины были разделены на 2 группы: первая группа 27 женщин (81,8%) с фенотипом А (классическая триада симптомов, наиболее часто встречаемая), вторая 6 (18,2%) с фенотипом Д (без андрогении).[1] Средний возраст пациенток составил  $24,6 \pm 3,54$  года. В 1 группе у 18,5 % был выявлен сахарный диабет 2-го типа, во второй группе у 50%. Лечение бесплодия 1 группы женщин начинали с консервативных методов (прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), метформина, витаминотерапии (ретинола, витаминов В6, В12, витамина Д), препаратов прогестеронового ряда - дюфастона). [3] Лечение 2 группы женщин заключалось в приёме дюфастона и метформина. [3] Через 3 месяца уровень половых гормонов нормализовался у 88,9% женщин из 1 группы и у 83,3% из 2 группы. После приёма метформина уровень глюкозы в крови в пределах нормы наблюдался у всех женщин обеих групп. При отсутствии эффекта от консервативного лечения следующим этапом лечения бесплодия (при отсутствии беременности) было хирургическое. [4] В 59% (n=16) случаев в 1 группе применялись дреллинг яичников (при показаниях резекция) и хромосальпингоскопия, в остальных 41%(n=11)-вч-каутеризация яичников. Во 2 группе применяли контролируемую индукцию овуляции (КИО) и проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа. Беременность наступила у 92,6% женщин из 1 группы и 83,3% из 2 группы (Диагр.1).



Диагр. 1 – Наступление беременности в исследуемых группах

### **Выводы:**

1. В ходе нашего исследования, что соответствует и литературным данным, выявлено, что наиболее часто встречаемые фенотипы СПКЯ – это А и Д. Фенотипы В и С практически не встречаются.

2. По результатам проведённого исследования было установлено: ступенчатое лечение женщин с бесплодием обеих групп является наиболее эффективным. Первым этапом лечения пациенток с фенотипами А и Д являлось применение консервативных методов, при отсутствии беременности применялся второй этап – проведение хирургического лечения. Основными эффективными методами хирургического лечения были: дреллинг яичников и хромосальпингоскопия у пациенток с фенотипом А, КИО и внутриматочная инсеминация спермой мужа у пациенток с фенотипом Д.

### **Литература**

1. The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic 2004; 19:41-7; FertilSteril 2004; 81:19-25 ovary syndrome (PCOS). Hum Reproduct

2. Джин, И. М., Ривз, С. Метаболические последствия ожирения и резистентности к инсулину при синдроме поликистозных яичников: диагностические и методологические проблемы/ И.М. Джин, С.Ривз//Обзоры исследований в области питания. -2017.-№1. -С.97-105

3. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Ю. С. Абсатарова и др. // Проблемы Эндокринологии. -2022.-№ 68.- С.112-127.

4. Клинический обзор состояния болезни: Руководство по лучшим практикам оценки и лечения синдрома поликистозных яичников / Н.Ф. Гудман, Р.Х. Кобин, Д.С. Глюк и др./ Эндокринная практика. – 2015.- №21.-С.1415-1426.

5. Олина, А.А., Метелева, Т.А., Пирожникова Н.М. Синдром поликистозных яичников и репродуктивное поведение современной молодёжи/ А.А. Олина, Т.А. Метелева, Н.М. Пирожникова // Русский медицинский журнал. Мать и дитя. -2020.- № 1.- С.3-8.

6. Пищулин, А.А., Карпова, Е.А. Овариальная гиперандрогения и метаболический синдром/ А.А.Пищулин, Е.А.Карпова // Русский медицинский журнал. -2001.-№9.-С.5-10.

7. Шилин, Д.Е. Синдром поликистозных яичников: Международный диагностический консенсус (2003 г.) и современная идеология терапии/Д.Е.Шилин// Gonsilium Medicum. -2004.-№9.- с.6-11.