

А.В. Баранова
**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ
ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ 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
**FEATURES OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POLYCYSTIC
OVARY SYNDROME DEPENDING ON THE PHENOTYPE**

Tutor: assistant professor V.M. Savitskaya
Department of Obstetrics and Gynecology
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. 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. [1]

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

Resume. 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. [1]

Keywords: polycystic ovary 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). По данным систематического обзора распространённость СПКЯ колеблется от 8 до 13%. [8] Клиническая картина заболевания чрезвычайно разнообразна как за счёт этнических, конституционных различий, так и вследствие множества сопутствующих и ассоциированных с СПКЯ болезней. [3] В настоящее время существует множество противоречий в области диагностики СПКЯ, поэтому пациенток со сходным фенотипом можно как включать, так и исключать из группы женщин с СПКЯ. [7] Несмотря на активные поиски оптимальных методов лечения больных СПКЯ, эта патология до сих пор занимает лидирующую позицию среди причин женского бесплодия. Наряду с этим, СПКЯ ассоциируется с множеством факторов, которые повышают риск развития осложнений при беременности. [6]. Таким образом, выявление методов лечения различных фенотипов СПКЯ и оценка их эффективности представляет собой актуальную научно-практическую задачу. В статье представлены особенности лечения женщин с бесплодием, связанным с СПКЯ в зависимости от фенотипа, и оценка их эффективности.

Цель: выявить особенности 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 клиничко-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 проведен 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). 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 СПКЯ зависит от фенотипа, направлено на нормализацию обмена веществ и менструального цикла. 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). [2] Лечение 2 группы женщин заключалось в приёме дюфастона и метформина. [4] 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. [5] В 59% (n=16) случаев в 1 группе применялись дреллинг яичников (при показаниях резекция) и хромосальпингоскопия, в остальных 41%(n=11)-в-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)

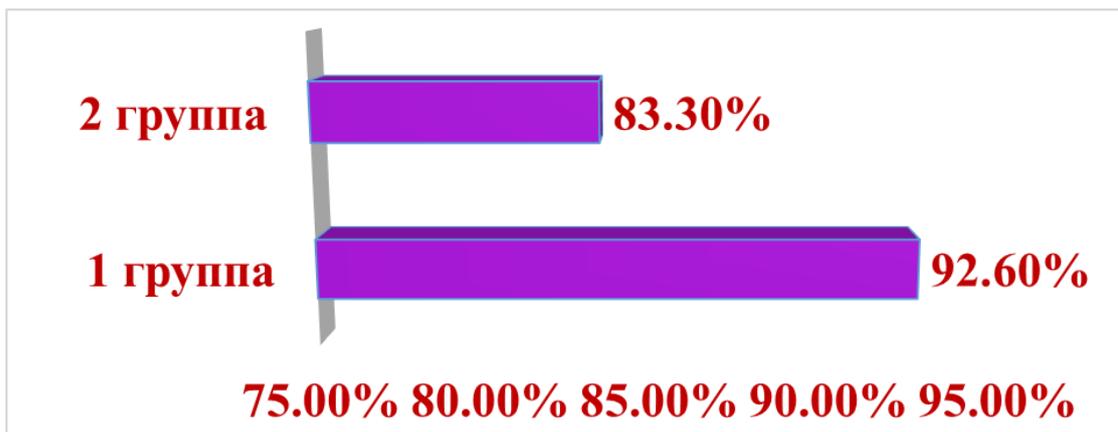


Рис. 1 – Наступление беременности в исследуемых группах

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. 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.
2. 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.
3. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Ю. С. Абсарова и др. // Проблемы Эндокринологии. -2022.-№ 68.- С.112-127.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Юренева, С.В., Ильина, Л.М. Современные рекомендации по лечению синдрома поликистозных яичников: преимущества оральных контрацептивов с антиандрогенными прогестинами/ С.В.Юренева, Л.М.Ильина//Проблемы репродукции. -2017.-№23.- С.56-64.
8. 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.