

А.В. Баранова

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК
С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**

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

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

A.V. Baranova

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS
WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**

Tutor: associate professor V.M. Savitskaya

Department of Obstetrics and Gynecology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – многофакторное эндокринное заболевание, генетически обусловленное, характеризующееся нарушением менструального цикла, хронической ановуляцией, гиперандрогенией, увеличением размеров яичников и особенностями их строения [1].

Ключевые слова: ановуляция, гиперандрогения, гирсутизм, инсулинорезистентность, акне.

Resume. Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a multifactorial endocrine disease, genetically determined, described by menstrual cycle disorders, chronic anovulation, hyperandrogenism, an increase in the size of the ovaries and their structural features [1].

Keywords: anovulation, hyperandrogenism, hirsutism, insulin resistance, acne.

Актуальность. Данная статья посвящена одному из наиболее частых эндокринных расстройств в мире - синдрому поликистозных яичников (СПКЯ). Распространённость СПКЯ около 8-21 % среди женщин репродуктивного возраста. [2]. Частота встречаемости этого заболевания в структуре эндокринного бесплодия достигает 60-85%, а среди пациенток с гирсутизмом эта патология встречается в 70-80% случаев [3]. Пациентки с данным заболеванием находятся в группе риска развития аномальных маточных кровотечений (АМК), рака эндометрия и молочных желёз, сахарного диабета второго типа (СД 2-го типа) и сердечно-сосудистой патологии. Метаболические нарушения у женщин с СПКЯ ведут к осложнениям беременности таким как гестационный сахарный диабет и гестационные гипертензивные нарушения[4].

Цель: проанализировать особенности диагностики и лечения женщин с бесплодием, связанным с СПКЯ в зависимости от фенотипа и оценить их эффективность.

Задачи:

1. Изучить встречаемость и критерии диагностики различных фенотипов синдрома поликистозных яичников среди пациенток.
2. Проанализировать уровень половых гормонов и гликированного гемоглобина у пациенток с синдромом поликистозных яичников после проведенного лечения.
3. Определить эффективные консервативные и хирургические методы лечения пациенток с синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ 33 медицинских карт пациенток с СПКЯ 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 (УЗИ матки и придатков)), изучен ход проведенных оперативных вмешательств обследуемых пациенток. В зависимости от фенотипа СПКЯ женщины были разделены на 2 группы: первая группа 27 женщин (81,8%) с фенотипом А, вторая 6 (18,2%) с фенотипом Д. Средний возраст пациенток составил $24,6 \pm 3,54$ года. 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. Уровень значимости принимался как $p < 0.05$.

Результаты и их обсуждение. При постановке диагноза СПКЯ учитываются следующие критерии: ановуляция в течении 3 менструальных циклов, клиническая или биохимическая гиперандрогения, поликистозные яичники по данным УЗИ матки и придатков на 5-7 день менструального цикла (наличие 12 и более кистозно-атрезирующихся антральных фолликулов в диаметре 2-9 мм в яичниках, увеличение овариального объёма более 10 мл) [5]. Диагноз СПЯ ставится при наличии любых двух признаков из трёх перечисленных выше. В зависимости от сочетания признаков выделяют четыре фенотипа СПКЯ: А (классический), В (ановуляторный), С (овуляторный), Д (неандрогенный) [1]. У пациенток с СПКЯ высокий риск возникновения нарушений углеводного обмена и СД 2-го типа, поэтому им рекомендованно проводить систематический скрининг на выявление нарушенной толерантности к глюкозе [4]. В ходе проведенного исследования было установлено: распространённость СД 2-го типа в первой группе (к ней отнесены пациентки с фенотипом А) 18,5 %, во второй группе (пациентки с фенотипом Д) 50% (рисунок 1).



Рис. 1 – Распространенность сахарного диабета 2 типа в исследуемых группах

Лечение пациенток с СПКЯ проводится с учётом поставленных целей, а именно: нормализации менструального цикла, лечения акне и гирсутизма,

нормализации массы тела, планирование беременности [3]. Лечение бесплодия первой группы женщин (с фенотипом А) начинали с консервативных методов (прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), метформина (1000 мг/сут), витаминотерапии (ретинола, витаминов В6, В12, витамина Д), препаратов прогестеронового ряда - дюфастона). Лечение второй группы женщин (с фенотипом Д) заключалось в приёме дюфастона и метформина (1000 мг/сут). Через 3 месяца уровень половых гормонов нормализовался у 88,9% женщин из 1 группы и у 83,3% из 2 группы (рисунок 2).



Рис. 2 – Динамика гормональных показателей в исследуемых группах

После приёма метформина уровень глюкозы в крови в пределах нормы наблюдался у всех женщин обеих групп. В случае отсутствия беременности при применении всех методов консервативного лечения применяли хирургические методы лечения (дриллинг яичников (при показаниях резекция) и хромосальпингоскопия) [3]. Во второй группе (женщины с фенотипом Д) применяли контролируемую индукцию овуляции (КИО) и проведение внутриматочной инсеминации спермой мужа. Беременность наступила у 92,6% женщин из первой группы и 83,3% из второй группы (рисунок 3).

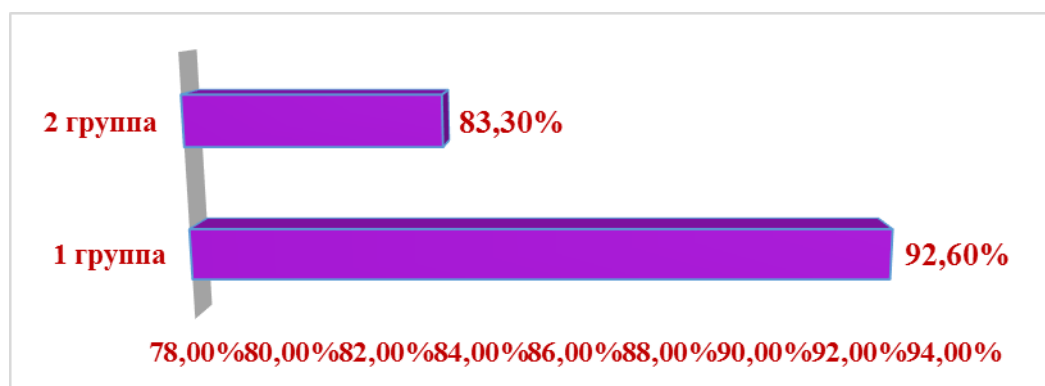


Рис. 3 – Наступление беременности в исследуемых группах

Выводы:

1. Согласно литературным и полученным в ходе исследования данным наиболее часто встречаемые фенотипы СПКЯ являются А и Д. Фенотипы В и С

практически не встречаются.

2. У пациенток с СПКЯ высокий риск возникновения нарушений углеводного обмена и СД 2-го типа. Распространённость СД 2-го типа в первой группе (к ней отнесены пациентки с фенотипом А) 18,5 %, во второй группе (пациентки с фенотипом Д) 50%.

3. Ступенчатое лечение пациенток с СПКЯ обеих групп является эффективным и включает в себя: применение консервативных методов и хирургическое лечение. Беременность наступила у 92,6% женщин из первой группы (с фенотипом А) и 83,3% из второй группы (с фенотипом Д).

Литература

1. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Ю. С. Абсатарова и др. // Проблемы Эндокринологии. -2022.-№ 68.- С.112-127.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. International Evidence based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome / Teede Helena, Chau Thien Tay, Joop Laven. – 2023.- С.23-30.