

ВЫВОДЫ

Представленный исторический пример подчеркивает необходимость тщательного взвешивания рисков и преимуществ вмешательств во время беременности и долгосрочного мониторинга последствий для здоровья матерей и потомства. Нельзя оставлять без внимания важность осторожности в отношении инвазивных диагностических процедур или лечения, процесс оценки лекарств и влияние фармацевтической промышленности на оценочные испытания и распространение информации о лекарствах среди населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Bamigboye, A. A. Oestrogen supplementation, mainly diethylstilbestrol, for preventing miscarriages and other adverse pregnancy outcomes / A.A. Bamigboye, J. Morris // The Cochrane database of systematic reviews. – 2003. – №2003(3). – CD004353.
2. Brackbill, Y. Dangers of diethylstilboestrol: Review of a 1953 paper / Y. Brackbill, H.W. Berendes // Lancet. – 1978. – №2(8088). – 520.
3. Herbst, A. L. Adenocarcinoma of the vagina in adolescence. A report of 7 cases including 6 clear-cell carcinomas (so-called mesonephromas) / A.L. Herbst, R.E. Scully // Cancer. – 1970. – №25(4). – P. 745-757.
4. Malus, M. Screening and management of diethylstilbestrol exposed offspring / M. Malus, A. Ferenczy // Canadian family physician. – 1984. – №30. – P. 1679-1685.
5. Ma, L. Endocrine disruptors in female reproductive tract development and carcinogenesis / L. Ma // Trends in endocrinology and metabolism: TEM. – 2009. – №20(7). – P. 357-363.
6. Newbold, R.R. Prenatal exposure to diethylstilbestrol (DES) / R.R. Newbold // Fertility and sterility. – 2008. – №89(2 Suppl). – P. e55-e56.
7. Newbold, R.R. The adverse effects of the environmental model estrogen diethylstilbestrol are passed on to subsequent generations / R.R. Newbold, Padilla-Banks, W.N. Jefferson // Endocrinol. – 2006. – №147. – P. 11-17.
8. Reproductive toxicology. Diethylstilbestrol // Environmental health perspectives. – 1997. – №105(Suppl 1). – P. 301-302.
9. Cancer risk in women prenatally exposed to diethylstilbestrol / R. Troisi, E.E. Hatch, L. Titus-Ernstoff [et al.] // International journal of cancer. – 2007. – №121(2), P. 356-360.
10. Troisi, R. The Diethylstilbestrol Legacy: A Powerful Case Against Intervention in Uncomplicated Pregnancy / R. Troisi, E.E. Hatch, L. Titus // Pediatrics. – 2016. – №138(Suppl 1). – P. 42-44.
11. Reproductive and hormone-related outcomes in women whose mothers were exposed in utero to diethylstilbestrol (DES): A report from the US National Cancer Institute DES Third Generation Study / L. Titus, E.E. Hatch, K. Drake [et al.] // Reproductive toxicology. – 2019. – №84. – P. 32-38.
12. Offspring of women exposed in utero to diethylstilbestrol (DES): a preliminary report on benign and malignant pathology in the third generation / L. Titus-Ernstoff, R. Troisi, E.E. Hatch [et al.] // Epidemiology. – 2008. – №19(2). – P. 251-7.
13. Risk of cervical intra-epithelial neoplasia and invasive cancer of the cervix in DES daughters / J. Verloop, F.E. van Leeuwen, T. Helmerhorst [et al.] // Gynecologic oncology. – 2017. – №144(2). – P. 305-311.
14. Wingfield, M. The daughters of stilboestrol / M. Wingfield // BMJ (Clinical research ed.). – 1991. – №302(6790). – P. 1414-1415.
15. Герасимов, А. М. Не залечи! Препараты прогестиннов - механизмы действия и нюансы назначения в клинической практике / А. М. Герасимов // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2019. – № 6(63). – С. 52-64.
16. Simpson J.L. Fetal effects of estrogens, progestogens and diethylstilbestrol / J.L. Simpson, R.H. Kaufman // Estrogens and Progestogens in Clinical Practice. – 1998. – P. 533-553.
17. Феминизирующее и маскулинизирующее влияние лекарственных средств: клиническое значение / Ю.А. Сорокина, Е.М. Худякова, А.В. Занозин [и др.] // МНИЖ. – 2020. – №4-1. – С. 94.
18. Иванова, А. А. Тератогенные свойства лекарств. История вопроса / А. А. Иванова, А. В. Михайлов, А. С. Колбин // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, № 1. – С. 46-53.
19. Бабанов, С. Лекарственные средства и беременность / С. Бабанов, И. Агаркова // Врач. – 2009. – № 8. – С. 5-9.
20. Турусов В.С. Перинатальные гормональные и ксенобиотические воздействия на спонтанный и индуцированный канцерогенез / Турусов В.С. // Информационный бюллетень РФФИ. – 1998. – №6.

Сведения об авторах

А.В. Жукова* – студент

И.А.Плотникова – доцент, доктор медицинских наук

Information about the authors

A.V. Zhukova – student

I.A. Plotnikova – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

anastasiagaz7583@gmail.com

УДК: 618.11-006.55

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ПАЦИЕНТОК ГОРОДСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГКБ № 40

Зюрюкина Александра Игоревна¹, Грушина Наталья Ганижоновна¹, Звычайный Максим Александрович^{1,2}

¹Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Аннотация

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – полигенное эндокринологическое заболевание, характеризующееся поражением репродуктивной системы, сопровождающееся метаболическими нарушениями. С нашей точки зрения, определение клинического варианта СПЯ необходимо для подбора терапии и тактики введения пациенток, который должен носить дифференцированный подход. **Цель исследования** – определить клинические варианты СПЯ у пациенток репродуктивного возраста на базе ГЭЦ ГКБ 40 для разработки алгоритма дифференцированного ведения данного контингента больных. **Материал и методы.** Неинтервенционное анонимное кросс-секционное ретроспективное исследование проводилось на базе ГЭЦ СО ГКБ №40 за период с февраля 2025 года по март 2025 года. Статистическая обработка информации, полученной из данных медицинской документации, осуществлялась методами описательной статистики, выполненными с помощью пакета анализа данных Microsoft Excel 2016 и Statistica 13.0.5.7. **Результаты.** Среди значений уровня ФСГ, ЛГ, общего тестостерона между пациентками, распределенными по фенотипическим группам А, В, и D не выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$). Выявлены различия в уровне пролактина и индекса свободных андрогенов между исследуемыми фенотипами, значения статистически выше у пациенток с фенотипом А. не выявлено статистически значимых различий частоты встречаемости лабильности настроения, увеличения массы тела среди пациенток с исследуемыми фенотипами ($p > 0,05$). При сравнении частоты встречаемости акне, гирсутизма и алопеции у пациенток с фенотипом А и фенотипом В с помощью точного критерия Фишера также не было выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$). **Выводы.** Чаще встречаемый фенотип СПЯ – «классический» фенотип, редкий – «овуляторный». При исследовании ультразвуковой картины более значимые нарушения наблюдались в фенотипе А.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, фенотипы, клиника

CLINICAL VARIANTS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN PATIENTS OF THE CITY ENDOCRINOLOGY CENTER OF CITY HOSPITAL №40

Zyuryukina Alexandra Igorevna¹, Grushina Natalia Ganizhonovna¹, Zvychny Maxim Alexandrovich^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology with a course in Medical Genetics

Ural State Medical University

²City Endocrinology Center City Clinical Hospital No. 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a polygenic endocrinological disease characterized by damage to the reproductive system, accompanied by metabolic disorders. From our point of view, the definition of the clinical variant of PCOS is necessary for the selection of therapy and tactics of administration of patients, which should have a differentiated approach. **The aim of this study** is to determine clinical variants of PCOS in patients of reproductive age based on the State Epidemiological Center of City Clinical Hospital No. 40 to develop an algorithm for differentiated management of this group of patients. **Material and methods.** A non-interventional, anonymous, cross-sectional retrospective study was conducted at the State Epidemiological Center of the City Clinical Hospital No. 40 for the period from February 2025 to March 2025. Statistical processing of information obtained from medical records was carried out using descriptive statistics methods performed using the Microsoft Excel 2016 and Statistica 13.0.5.7 data analysis package. **Results.** Differences in prolactin levels and free androgen index were revealed between the studied phenotypes, the values were statistically higher in patients with phenotype A. No statistically significant differences were found in the frequency of occurrence of mood lability, weight gain among patients with the studied phenotypes ($p > 0.05$). When comparing the frequency of occurrence of acne, hirsutism and alopecia in patients with phenotype A and phenotype B using Fisher's exact test, no statistically significant differences were found either ($p > 0.05$). **Conclusion.** The most common phenotype of PCOS is the "classical" phenotype, and the rarest is the "ovulatory" phenotype. When examining the ultrasound picture, more significant violations were observed in phenotype A.

Keywords: polycystic ovary syndrome, phenotypes, clinic

ВВЕДЕНИЕ

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) – полигенное эндокринологическое заболевание, характеризующееся поражением репродуктивной системы, сопровождающееся метаболическими нарушениями [1]. По данным клинических рекомендаций 2024 года, в общей популяции женщин репродуктивного возраста распространенность составляет 8-21%, а также является одной из частых форм гиперандрогении у женщин репродуктивного возраста [1, 2].

Клинические проявления СПЯ довольно разнообразны и характеризуются менструальной дисфункцией, невынашиванием беременности, ановуляторным бесплодием, ассоциирован с повышенным риском развития метаболического синдрома, появлением сердечно-сосудистых заболеваний, развитием инсулинорезистентности и наличием психических расстройств [3, 4].

Диагностика данного заболевания является комплексной и основана на результатах клинико-анамнестических данных, оценке признаков гиперандрогении (гирсутизм, алопеция, акне, акантокератодермия, повышением андростендиона, ДГЭА-сульфата, общего и свободного тестостерона), а также оценке менструальной и овуляторной функции у женщины, определении на ультразвуковом исследовании морфологического строения яичников.

При постановке СПЯ рекомендуется использовать Роттердамские критерии, которые были выделены Европейским обществом репродукции эмбриологии человека и Американским обществом репродуктивной медицины (2003 год), в соответствии с которым диагноз СПЯ ставится при наличии 2 из 3 следующих признаков: 1. Олиго-/ановуляция, 2. Гиперандрогения (клиническая или биохимическая), 3. Поликистозная морфология яичников по данным ультразвукового исследования: в каждом яичнике более 12 фолликулов $d=2-9$ мм и или увеличение объема более 10 см^3 , при этом толщина капсулы яичников и плотность стромы не имеет клинического значения [1, 2].

На основании вышеупомянутых критериев согласно ASRM/ESHRE (2003), International PCOS Network (2023) выделяют клинические варианты СПЯ: Фенотип А «классический» (наличие ановуляции у женщины, гиперандрогении (ГА), поликистозной структуры яичников на УЗИ); Фенотип В «ановуляторный» (ановуляция, ГА); Фенотип С «овуляторный» (ГА, поликистозная структура яичников на УЗИ); Фенотип D «неандрогенный» (ановуляция, поликистозная структура яичников по данным УЗИ) [1, 2]. Фенотип А «классический» считается наиболее тяжелым из-за наличия всех 3 критериев, а также характеризуется высоким риском развития ожирения, инсулинорезистентности, а, следовательно, повышенной вероятностью развития сердечно-сосудистых заболеваний [4].

С нашей точки зрения, определение клинического варианта СПЯ необходимо для подбора терапии и тактики введения пациенток, которые должны носить дифференцированный подход [1, 5].

Цель исследования – выяснить клинические особенности различных фенотипов СПЯ среди пациенток репродуктивного возраста городского эндокринологического центра ГАУЗ СО «ГКБ № 40».

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Неинтервенционное анонимное кросс-секционное ретроспективное исследование проводилось на базе ГЭЦ СО ГКБ №40 за период с февраля 2025 года по март 2025 года. Критерии включения в исследуемую выборку: пациентки репродуктивного возраста (15-40 лет) с верифицированным диагнозом синдрома поликистозных яичников. Критерии исключения: в анамнезе у пациенток гипертиреоз и гипотиреоз, аденомы гипофиза и другие гормонопродуцирующие доброкачественные образования.

Было отобрано 30 женщин репродуктивного возраста с диагнозом «Синдром поликистозных яичников», которых далее были распределены по фенотипам: 17 пациенток отнесены к фенотипу А, 6 – к фенотипу В, 1 – к фенотипу С, 6 – к фенотипу D. Фенотип С был исключен из дальнейшего исследования, так как был представлен 1 пациенткой.

При изучении данных пациенток использовались сведения об анамнезе и физикальном исследовании (акне, степень гирсутизма по шкале Ферримана-Галвея, алопеция, нарушения менструального цикла, увеличение веса: оценка индекса массы тела, лабильность настроения (раздражительность, плаксивость, усталость, пессимистичное настроение)), результатах лабораторных исследований гормонального статуса (уровень ЛГ, ФСГ, эстрадиол, 17ОН-прогестерона, пролактина, общего тестостерона, ДГЭА-сульфата, индекса свободных андрогенов (на 3-5 день менструального цикла женщины); прогестерона (на 20-23 день менструального цикла), инструментальном исследовании (УЗИ органов малого таза, которое

проводилось на 3-5 день менструального цикла УЗИ на аппарате Voluson E8, прицельно рассматривалось состояние фолликулярного аппарата яичников).

Наличие у женщины признака ановуляции оценивалось по сниженному уровню прогестерона. Гиперандрогения у женщины определялась по клиническим проявлениям (акне, гирсутизм, алопеция) или биохимическим данным (повышенный уровень индекса свободных андрогенов). Поликистозная морфология яичников по ультразвуковому исследованию ставилась по данным клинических рекомендаций «СПЯ 2024 года»: в каждом яичнике более 12 фолликулов $d=2-9$ мм и или увеличение объема более 10 см^3 , при этом толщина капсулы яичников и плотность стромы не имеет клинического значения. Далее все включенные в исследования пациентки были разделены по фенотипическим вариантам синдрома поликистозных яичников, согласно критериям ASRM/ESHRE (2003), International PCOS Network (2023).

Статистическая обработка информации, полученной из данных медицинской документации, осуществлялась методами описательной статистики, выполненными с помощью пакета анализа данных Microsoft Excel 2016 и Statistica 13.0.5.7. При оценке нормальности распределения с использованием W-критерия Шапиро-Уилка значений уровня гормонов у исследуемых пациенток нормальное распределение наблюдалось среди следующих гормонов: ФСГ, ЛГ, тестостерон, пролактин, значений индекса свободных андрогенов, ДГАЭ-С ($p>0,05$), атипичное распределение наблюдалось в показателях прогестерона и эстрадиола, 17-ОН прогестерона ($p<0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст женщин был сопоставим и составил $27,2\pm 1,12$ лет.

При детальной оценке жалоб (Таблица 1): среди фенотипов, было определено, что гирсутизм встречался в 53% случаев в фенотипе А, по шкале Ферримана-Галвея, в среднем, составил 9 баллов, в фенотипе В встречался в 83,3% случаев на 4 балла. Акне чаще выявлялось в фенотипе В и составило 67%, в фенотипе А-35,5%, алопеция, в целом, встречалась реже и составила 23,5% в фенотипе А и 33,3% в фенотипе В. Лабильность настроения (раздражительность, усталость, плаксивость и другое) наблюдалась у пациенток с фенотипом D в 50% случаев, в фенотипе А в 41,2% и 33,3% - фенотипе В.

Жалобы на нарушения менструального цикла были у 100% исследуемых пациенток. При фенотипе А в 86,8% случаев встречалась аменорея, в фенотипе В 78,4% представлена олигоменореей, в фенотипе D-94,5 % олигоменорея.

Индекс массы тела в среднем составил $26,02\pm 0,98$ кг/м², что характерно для стадии предожирения. Чаще увеличение веса встречалась у больных с фенотипов В (66,7%), на втором месте фенотип А (59%). При анализе Хи-квадратом Пирсона не выявлено статически значимых различий частоты встречаемости лабильности настроения, увеличения массы тела среди пациенток с исследуемыми фенотипами ($p>0,05$). При сравнении частоты встречаемости акне, гирсутизма и алопеции у пациенток с фенотипом А и фенотипом В с помощью точного критерия Фишера также не было выявлено статически значимых различий ($p>0,05$).

Таблица 1.

Сравнительная характеристика жалоб пациенток с СПЯ

Показатель	Фенотип А	Фенотип В	Фенотип D	Сравнения
Численность	n=17	n=6	n=6	
Акне	35,5% (n=6)	66,67% (n=4)	0% (n=0)	Кр. Фишера = 0,34, $p>0,05$
Гирсутизм	52,94% (n=9)	83,33% (n=5)	0% (n=0)	Кр. Фишера = 0,34, $p>0,05$
Алопеция	23,53% (n=4)	33,33% (n=2)	0% (n=0)	Кр. Фишера = 0,63, $p>0,05$
Нарушения менструального цикла	100% (n=17)	100% (n=6)	100% (n=6)	
Увеличение массы тела	58,82% (n=10)	66,67% (n=4)	16,67% (n=1)	$\chi^2 = 3,83$, $p=0,147$

Лабильность настроения	41,18% (n=7)	33,33% (n=2)	50% (n=3)	$X^2 = 0,34, p=0,84$
------------------------	-----------------	-----------------	--------------	----------------------

Примечание: X^2 – Хи-квадрат Пирсона, кр. Фишера – точный критерий Фишера, U – Критерий Манна-Уитни, p – уровень значимости. *Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Сравнительная характеристика гормонального статуса пациенток исследуемых фенотипов представлена в Таблице 2.

Таблица 2.

Сравнительная характеристика гормонального статуса пациенток с СПЯ

Показатель	Фенотип А	Фенотип В	Фенотип D	Сравнения
Численность	n=17	n=6	n=6	
ФСГ, мМЕд/л	5,4±0,5	6,36±0,44	5,1±0,63	F = 0,85, p=0,44
ЛГ, мМЕд/л	8,08±1,17	11,67±1,74	8,57±2,58	F = 1,14, p= 0,34
Прогестерон, нмоль/л	3,9±2,08	1,43±0,64	6,42±4,66	H = 1,077, p=0,58
Общий тестостерон, нмоль/л	2,36±0,22	2,09±0,51	1,98±0,25	F = 0,43, p=0,66
Индекс свободных андрогенов, %	9,98±1,1	8,45±2,04	4,51±0,93	F=3,78, p=0,04*
ДГАЭ-сульфат, мкмоль/л	10,48±0,87	9,21±1,28	8,3±1,52	F=0,94, p=0,404
17-ОН прогестерон, нмоль/л	3±0,49	3,28±1	3,1±0,79	H=0,17, p=0,92
Пролактин, мЕд/л	530,75±61,58 (n=16)	302,17±46,75	349,83±64,91	F = 3,34, p = 0,05*
Эстрадиол, пмоль/л	171,65±38,91	272±108,8	138,17±17,04	H = 2,357, p=0,31

Примечание: *ФСГ – фолликулостимулирующий гормон, ЛГ – лютеинизирующий гормон, СПЯ – синдром поликистозных яичников. В ячейках таблицы по фенотипам СПЯ представлены $M \pm Se$ (среднее значение ± стандартная ошибка среднего) значений уровня гормонов. F-критерий – однофакторный дисперсионный анализ, H-критерий – Критерий Краскела-Уоллиса, X^2 – Хи-квадрат Пирсона, кр. Фишера – точный критерий Фишера, U – Критерий Манна-Уитни, p – уровень значимости. *Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Сравнение пациенток по уровню гормонов крови в случае нормального распределения проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (F-критерий): среди значений уровня ФСГ, ЛГ, тестостерона между пациентками, распределенными по фенотипическим группам А, В, и D не выявлено статистически значимых различий ($p > 0,05$). Выявлены различия в уровне пролактина между исследуемыми фенотипами ($F = 3,34, p = 0,05$), значения пролактина статистически выше у пациенток с фенотипом А ($M \pm Se = 530,75 \pm 61,58$). При детальном сравнении уровня пролактина согласно t-критерию Стьюдента различия выявлены между уровнем пролактина у пациенток с фенотипом А в сравнении с фенотипом D ($t=2,16, p=0,04$), при этом различий в уровне пролактина при сравнении группы с фенотипом А и фенотипом В ($t=1,66, p=0,11$), а также фенотипа В и фенотипа D ($t=0,59, p=0,56$) не выявлено.

Также выявлены статически значимые различия по индексу свободных андрогенов ($F=3,78, p=0,04$), при этом уровень свободных андрогенов значимо выше у пациенток с фенотипом А в сравнении с фенотипом D ($U=16,5, p=0,02$), при отсутствии различий в уровне андрогенов между фенотипом А и фенотипом В, фенотипом В и фенотипом D. Различий в уровне ДГАЭ-С и 17-ОН прогестероне среди пациенток разных фенотипов не выявлено ($p > 0,05$).

На ультразвуковой картине органов малого таза, у женщин наблюдалось увеличение объема и количество фолликул в яичниках. В фенотипе А в правом яичнике $19,2 \pm 1,9 \text{ см}^3$, в левом яичнике: $16,7 \pm 1,5 \text{ см}^3$, в срезе фолликул 10 диаметром до 4 мм. В фенотипе D в правом яичнике $15 \pm 3,2 \text{ см}^3$, в левом яичнике: $14 \pm 2,8 \text{ см}^3$, в срезе фолликулов 8 диаметром до 4 мм. УЗИ. В фенотипе В не наблюдалось патологических изменений в структуре яичника, правый яичник объемом $7 \pm 0,76 \text{ см}^3$, левый – $6,5 \pm 0,6 \text{ см}^3$ в срезе до 5-4 фолликулов до 4 мм (Таблица 3).

По данным УЗИ картины статистически значимые различия были обнаружены в объемах яичников и количестве фолликулов между пациентками разных фенотипов ($p < 0,05$). Были выявлены различия в объеме яичника между фенотипом А и фенотипом D в сравнение с объемом яичника при фенотипе В ($U=1, p=0,001$ и $U=1, p=0,008$ соответственно), при

отсутствии различий в объемах яичника между фенотипом А и фенотипом Д ($p>0,05$). Аналогичные результаты получены при сравнении УЗИ объема левого яичника у пациенток разных фенотипических групп. При сравнении количества фолликулов в правом яичнике по данным УЗИ картины выявлены различия между количеством фолликулов у пациенток с фенотипом А в сравнении с фенотипом В ($t=3,1$, $p=0,005$), при отсутствии различий в количестве фолликулов между фенотипом А и фенотипом В, фенотипом В и фенотипом Д ($p>0,05$). Аналогичные результаты получены при сравнении по количеству фолликулов в левом яичнике по данным УЗИ картины: различия наблюдались только между фенотипом А и фенотипом В ($t=3,38$, $p=0,003$). Между объемом правого/левого фолликула по данным УЗИ картины среди пациенток разных фенотипических групп не было выявлено статистически значимых различий ($p>0,05$).

Таблица 3.

Сравнительная характеристика УЗИ фолликулярного аппарата яичников у женщин с СПЯ

Показатель	Фенотип А	Фенотип В	Фенотип Д	Сравнения
Численность	n=17	n=6	n=6	
Правый яичник объем, см ³	19,22±1,98	7,29±0,77	15,2±3,24	H=14,3, *p=0,001
Левый яичник объем, см ³	16,7±1,58	6,5±0,6	14,03±2,86	H=13,74, *p=0,001
Количество фолликул в правом яичнике	10,18±0,78	5,67±1,02	7,83±1,3	F=5,05, *p=0,014
Количество фолликул в левом яичнике	10,35±0,75	5,33±1,33	8,17±1,45	F=5,6, *p=0,01
Объем фолликула в правом яичнике, см ³	3,93±0,4	4,12±0,77	4,33±0,76	H=0,015, p=0,99
Объем фолликула в левом яичнике, см ³	3,93±0,4	3,58±0,82	4,33±0,8	H=0,58, p=0,75

Примечание: *Н-критерий – Критерий Краскела-Уоллиса, F-критерий – однофакторный дисперсионный анализ, p – уровень значимости. *Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении исследования были выявлены следующие клинические особенности у женщин репродуктивного возраста с различными фенотипами СПЯ.

При фенотипе А пациентки обращались с наиболее выраженными симптомами гирсутизма, который в среднем составляет 9 баллов по шкале Ферримана-Галвея, появлением акне, нарушением менструального цикла по типу аменореи, лабильностью настроения и увеличением массы тела. При изучении гормонального статуса женщины с фенотипом А был достоверно повышен уровень индекса свободных андрогенов и пролактина, по сравнению с другими фенотипами. На ультразвуковой картине фолликулярного аппарата яичников достоверно чаще встречалось увеличение в объеме яичников и количестве фолликулов в одном срезе (в правом яичнике 19,2±1,9 см³, в левом яичнике: 16,7±1,5 см³, в срезе фолликул 10 диаметром до 4 мм).

При фенотипе В женщины предъявляли жалобы на значительное увеличение массы тела, гирсутизм, который составлял 4 балла по шкале, акне, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. При этом на УЗИ фолликулярного аппарата не наблюдалось патологических изменений в структуре яичника, правый яичник объемом 7±0,76 см³, левый – 6,5±0,6 см³ в срезе до 5-4 фолликулов до 4 мм.

При фенотипе Д пациентки обращались с жалобами на нарушение менструального цикла по типу олигоменореи и лабильность настроения. В исследовании гормонального статуса отсутствовали признаки гиперандрогении. Ультразвуковая картина характеризовалась увеличением объема яичников и количеством фолликулов в одном срезе (в правом яичнике 15±3,2 см³, в левом яичнике: 14±2,8 см³, в срезе фолликулов 8 диаметром до 4 мм).

Из-за малочисленной групп не равных в количестве исследуемых, а также особенностью сбора данных (гормоны сдавались в разных лабораториях и референтные значения отличались) имеются недостатки в проведении данного исследования. В будущем исследовании планируется увеличить выборку.

ВЫВОДЫ

Таким образом, выявленные клинические особенности у женщин репродуктивного возраста с различными фенотипами СПЯ настоятельно диктуют необходимость разработки в дальнейшем более дифференцированного подхода в лечебных и профилактических мероприятиях для данного контингента пациенток.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Синдром поликистозных яичников». – 2024. – 61 с.
2. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome / H.J. Teede, C.T. Tay, J.J.E. Laven [et al.] // Clin Endocrinol Metab. – 2023. – №108(10). – P. 2447-2469.
3. Особенности диагностики синдрома поликистозных яичников / Е.Н. Кравченко, Е.Ю. Хомутова, Э.Н. Енгуразова, М.С. Воронцова // Гинекология. – 2023. – №25(1). – С. 11-16.
4. СПКЯ в репродуктивном возрасте: фенотипическое разнообразие и диагностические подходы (обзор литературы) / Л.М. Лазарева, Э.М. Шарифуллин, Л.В. Беленькая, Л.В. Сутурина // Доктор.Ру. – 2020. – №19(6). – С. 50-56.
5. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome / H.J. Teede, C.T. Tay, J.J.E. Laven [et al.] // Clin Endocrinol Metab. – 2023. – №108(10). – P. 2447-2469.

Сведения об авторах

А.И. Зюрюкина* – студент

Н.Г. Грушина – студент

М.А. Звычайный – профессор, доктор медицинских наук

Information about the authors

A.I. Zyuryukina* - Student

N.G. Grushina – Student

M.A. Zvy chayny – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

sashazyuryukina@gmail.com

УДК: 618.3

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В РЕЗУЛЬТАТАХ АНАЛИЗОВ МОЧИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ХМАО-ЮГРА

Кондаурова Виктория Евгеньевна, Кучкаров Комронбек Дилшодович, Дымочка Анастасия Алексеевна

Кафедра биохимии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. В последние годы наблюдается высокий уровень заболеваемости беременных, тем самым возникает риск появления осложнений при вынашивании плода и непосредственно при родах. Своевременная диагностика и лечение заболеваний критически важны для предотвращения недоношенности, выкидышей и внутриутробного инфицирования. Общий анализ мочи является обязательным исследованием в течение беременности, позволяющий оценить многие показатели, что способствует раннему выявлению патологий. **Цель исследования** - проанализировать результаты общего анализа мочи у женщин в третьем триместре беременности, определить наиболее распространенные показатели, превышающие референсные значения, а также установить взаимосвязь между выявленными отклонениями и потенциальными акушерскими осложнениями. **Материал и методы.** Сбор результатов общих анализов мочи 78 беременных женщин проводился на базе БУ ХМАО-Югры "Лангепасская городская больница". Все материалы были собраны анонимно и деперсонализированы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2019. **Результаты.** У 18% женщин от общего числа (14 чел.) была выявлена лейкоцитурия, у 5% (4 чел.) - глюкозурия. У 12% обследуемых женщин (9 чел.) обнаружено содержание слизи в моче. Бактериурия обнаружена у 15% женщин (12 чел.). Количество женщин, у которых обнаружено превышение того или иного показателя: уробилиноген – 3% (2 чел.), ацетон – 3% (2 чел.), кровь – 3% (2 чел.), эритроциты – 3% (2 чел.), соли фосфатов – 3% (2 чел.), соли оксалата кальция – 5% (4 чел.), нитраты - 5% (4 чел.). **Вывод.** Выявлены часто встречающиеся отклонения в общем анализе мочи беременных женщин в третьем триместре: лейкоцитурия, бактериурия, глюкозурия и наличие слизи. Выявленные отклонения повышают риски возникновения преждевременных родов, преэклампсии, гестоза, выкидыша, макросомии плода и других осложнений.

Ключевые слова: беременность, 3 триместр, анализ мочи, гестационный сахарный диабет, бактериурия, лейкоцитурия, глюкозурия.