

УДК 618.11-006.2-031.14

Сулейманова Натаван Магомед кызы

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТЕЧЕНИЕ I ТРИМЕСТРА БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И БЕЗ НИХ**

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева, г. Баку, Азербайджан

Цель работы - оценить клинические показатели и особенности течения беременности у пациенток с синдромом поликистозных яичников с метаболическими нарушениями и без них. Материал и методы. Обследовано 145 беременных с синдромом поликистозных яичников в сроке беременности 8-14 недель. Все женщины были разделены на 3 группы: I группа (основная группа) - 72 беременных с синдромом поликистозных яичников и метаболическими нарушениями; II группа (группа сравнения) - 53 беременных с синдромом поликистозных яичников, но без метаболических нарушений; III группа (контрольная) - 20 беременных без синдрома поликистозных яичников и метаболических нарушений. Проведено общепринятое обследование, включающее сбор анамнеза, объективное исследование, инструментальное обследование. УЗИ проводили на аппарате Aloka-SSD-1700» (Япония) с использованием трансабдоминального датчика частотой 3,5 МГц. Результаты. Возраст беременных колебался от 20 до 35 лет и составил в среднем  $28,3 \pm 1,2$  лет. В основной группе в сравнении с контрольной группой женщин в возрасте от 20 до 25 лет синдром поликистозных яичников встречался на 55,6% ( $p < 0,05$ ), а в группе сравнения - на 32,0% реже. Напротив, в старшей возрастной - 31-35 лет пациенток основной группы и группы сравнения в сравнении с контрольной группой синдром поликистозных яичников встречался достоверно чаще соответственно на 57,3% ( $p < 0,01$ ) и 25,7% ( $p < 0,05$ ). Средний возраст обследованных беременных в основной группе составил  $29,1 \pm 1,74$  лет, в группе сравнения -  $28,5 \pm 1,27$  и в контрольной группе -  $27,9 \pm 0,88$  лет. Из инфекционных заболеваний, перенесенных в детстве, наиболее часто отмечена корь: в основной группе - 19,4%, в группе сравнения - 20,7%, в контрольной группе - 5%. Следует также отметить высокую частоту остро респираторно-вирусных инфекционных заболеваний (ОРВИ): в основной группе у 38 (52,8%), в группе сравнения - у 24 (45,3%) и в контрольной группе - у 5 (25,0%) женщин, причем женщины с синдромом поликистозных яичников болели ОРВИ по 2 и 3 раза в году. У обследованных женщин до наступления беременности диагностировался ряд экстрагенитальных заболеваний. У пациенток основной группы и группы сравнения чаще всего встречалось нарушение жирового обмена, которое проявлялось избыточным весом и ожирением, причем отмечался абдоминальный тип ожирения. В основной группе и в группе сравнения число женщин с нарушением жирового обмена было достоверно выше контрольной группы в 13,9 раза ( $p < 0,001$ ) и в 10,6 раза ( $p < 0,001$ ) соответственно. Следующими заболеваниями по частоте встречаемости были заболевания сердечно-сосудистой системы, которые проявлялись артериальной гипертензией и нейроциркуляторной дистонией и встречались у 30 (41,7%) беременных с синдромом поликистозных яичников с метаболическими нарушениями и 20 (37,7%) беременных с синдромом поликистозных яичников. При этом у беременных контрольной группы они не отмечены. Тонзиллит, фарингит и хронический бронхит достоверно часто отмечались у 25 (34,7%, в 7,0 раза чаще, чем в контрольной группе,  $p < 0,001$ ) беременных основной группы, у 15 (28,3%, в 3,0 раза чаще, в сравнении с контрольной группой,  $p < 0,01$ ) женщин группы сравнения и у 1 (5,0%) беременной контрольной группы отмечался фарингит. Цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь выявлялись лишь у беременных с синдромом поликистозных яичников. По полученным данным, избыточное оволосение имело место у 56 (77,8%) пациенток основной группы и у 42 (79,2%) пациенток группы сравнения. Гирсутизм по шкале Ферримана-Голлвея у беременных основной группы составило в среднем  $27,60 \pm 0,77$  и в группе сравнения  $27,8 \pm 0,80$ . У большинства обследованных с синдромом поликистозных яичников выявлено бесплодие, в основном первичное. Высокий процент бесплодия в группах (в основной - 94,3%, в группе сравнения - 95,8%) обусловлен основной патологией - синдромом поликистозных яичников. В основной группе и в группе сравнения число женщин с нарушением жирового обмена было достоверно выше контрольной группы в 13,9 раза ( $p < 0,001$ ) и в 10,6 раза ( $p < 0,001$ ) соответственно. Заболевания сердечно-сосудистой системы встречались у 41,7% беременных с синдромом поликистозных яичников с метаболическими нарушениями и у 37,7% беременных с синдромом поликистозных яичников. Рвота беременных различной степени тяжести по сравнению с контрольной группой у беременных основной группы и группы сравнения наблюдалась соответственно в 3,2 раза ( $p < 0,01$ ) и в 3,0 раза ( $p < 0,01$ ) чаще. Выводы. Беременные с синдромом поликистозных яичников с метаболическими нарушениями и без них страдают ожирением, подвержены неблагоприятному профилю риска сердечно-сосудистых заболеваний и имеют риск потери беременности. Угрожающий выкидыш отмечался у 79,2% и 71,7% беременных основной группы и группы сравнения соответственно.

Ключевые слова: беременные, синдром поликистозных яичников, анамнез, беременность, ожирение, выкидыш.

Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Прогнозирование течения беременности при поликистозе яичников и метаболических нарушениях».

### **Введение**

Проблема синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) - одна актуальных и исследуемых в гинекологии и часто встречающаяся патология эндокринной системы у женщин репродуктивного возраста. Среди данного контингента частота СПКЯ достигает 11-15%, а доля женщин с СПКЯ в структуре эндокринного бесплодия составляет 73% [1,2,3]. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) в Азербайджане относится к числу часто встречающихся патологических состояний репродуктивной системы [4,5,6]. В настоящее время на основании многочисленных исследований установлено, что у этой категории больных, наряду с выраженными нарушениями репродуктивной системы, наблюдаются метаболические сдвиги. У 40% женщин репродуктивного возраста с СПКЯ и ожирением отмечается нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет (в популяции - 5%); при наступлении беременности у них возрастает риск развития диабета беременных. Практически у всех женщин с поликистозом яичников имеется инсулинорезистентность, что приводит к избыточной выработке инсулина. Гиперинсулинемия в свою очередь негативно влияет на фолликулогенез [7,8,9,10,11].

Таким образом, СПКЯ - это клинический симптомокомплекс, который включает нарушения репродуктивной (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание), эндокринной (гиперандрогения, нарушение толерантности к глюкозе или инсулинорезистентность, гирсутизм, ожирение), сердечно-сосудистой (развитие артериальной гипертензии) системы и метаболизма. Несмотря на большое число исследований этой проблемы, патогенез СПКЯ до настоящего времени окончательно не изучен, не выделены особенности течения беременности у женщин с СПКЯ. Продолжаются дискуссии по вопросам диагностики и лечения данного заболевания.

### **Цель исследования**

Оценить клинические показатели и особенности течения беременности у пациенток с СПКЯ с метаболическими нарушениями и без них.

### **Материал и методы исследования**

Обследовано 145 беременных с СПКЯ в сроке беременности 8-14 недель. Все женщины были разделены на 3 группы: I группа (основная группа) - 72 беременных с СПКЯ и метаболическими нарушениями; II группа (группа сравнения) - 53 беременных с СПКЯ, но без метаболических нарушений; III группа (контрольная) - 20 беременных без СПКЯ и метаболических нарушений.

Критерии включения пациенток в исследование: - наличие в анамнезе бесплодия, обусловленного СПКЯ, подтвержденного современными методами диагностики, которая проводилась в

соответствии с рекомендациями Международного симпозиума объединённой рабочей группы Европейского общества репродукции и эмбриологии человека и Американского общества репродуктивной медицины (The Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group 2004); - возраст беременных до 35 лет, - беременность с 7 недель.

В исследование не вошли пациентки с: - гиперандрогенией неуточнённого или надпочечникового генеза; - наличием доброкачественных опухолей яичников; - миомой матки; - трубноперитонеальным фактором бесплодия; - мужским фактором бесплодия.

Всех пациенток ознакомили с целью исследования и от них получено письменное согласие. Проводимое исследование отвечает Хельсинкской декларации о руководящих принципах биомедицинских исследований с участием людей [12].

Проведено общепринятое обследование, включающее сбор анамнеза, объективное исследование, инструментальное обследование. УЗИ проводили на аппарате Aloka-SSD-1700» (Япония) с использованием трансабдоминального датчика частотой 3,5 МГц. Статистическую обработку полученных данных производили в программе «Statistica», Excel. Для определения достоверности разности средних величин использовался критерий Стьюдента (t) для выборок разного объема (n) с последующим вычислением вероятности ошибки (p).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст беременных колебался от 20 до 35 лет и составил в среднем  $28,3 \pm 1,2$  лет. В основной группе в сравнении с контрольной группой женщин в возрасте от 20 до 25 лет встречалось на 55,6% ( $p < 0,05$ ), а в группе сравнения - на 32,0% реже. Напротив, в старшей возрастной - 31-35 лет пациенток основной группы и группы сравнения в сравнении с контрольной группой встречалось достоверно чаще соответственно на 57,3% ( $p < 0,01$ ) и 25,7% ( $p < 0,05$ ). Средний возраст обследованных беременных в основной группе составил  $29,1 \pm 1,74$  лет, в группе сравнения -  $28,5 \pm 1,27$  и в контрольной группе -  $27,9 \pm 0,88$  лет.

Из инфекционных заболеваний, перенесенных в детстве, наиболее часто отмечена корь: в основной группе - 19,4%, в группе сравнения - 20,7%, в контрольной группе - 5%. Следует также отметить высокую частоту остро респираторно-вирусных инфекционных заболеваний (ОРВИ): в основной группе у 38 (52,8%), в группе сравнения - у 24 (45,3%) и в контрольной группе - у 5 (25,0%) женщин, причем женщины с СПКЯ болели ОРВИ по 2 и 3 раза в году.

У обследованных женщин до наступления беременности диагностировался ряд экстрагенитальных заболеваний. У пациенток основной группы и группы сравнения чаще всего встреча-

лось нарушение жирового обмена, которое проявлялось избыточным весом и ожирением, причем отмечался абдоминальный тип ожирения. В основной группе и в группе сравнения число женщин с нарушением жирового обмена было достоверно выше контрольной группы в 13,9 раза ( $p < 0,001$ ) и в 10,6 раза ( $p < 0,001$ ) соответственно. Следующими заболеваниями по частоте встречаемости были заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), которые проявлялись артериальной гипертензией и нейроциркуляторной дистонией и встречались у 30 (41,7%) беременных с СПКЯ с метаболическими нарушениями и 20 (37,7%) беременных с СПКЯ. При этом у беременных контрольной группы они не отмечены. Тонзиллит, фарингит и хронический бронхит достоверно часто отмечались у 25 (34,7%, в 7,0 раза чаще, чем в контрольной группе,  $p < 0,001$ ) беременных основной группы, у 15 (28,3%, в 3,0 раза чаще, в сравнении с контрольной группой,  $p < 0,01$ ) женщин группы сравнения и у 1 (5,0%) беременной контрольной группы отмечался фарингит. Цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь выявлялись лишь у беременных с СПКЯ. По полученным данным, избыточное оволосение имело место у 56

(77,8%) пациенток основной группы и у 42 (79,2%) пациенток группы сравнения. Гирсутное число по шкале Ферримана-Голлвея у беременных основной группы составило в среднем  $27,60 \pm 0,77$  и в группе сравнения  $27,8 \pm 0,80$ .

Из анамнеза выявлено, что у обследованных женщин с СПКЯ начало менструаций было своевременным. У всех обследованных женщин возраст менархе колебался в интервале 12-15 лет. Возраст наступления менархе в среднем составил  $13,3 \pm 0,3$  лет в основной,  $13,7 \pm 0,5$  лет в группе сравнения и  $13,0 \pm 0,4$  лет в контрольной группе.

Согласно нашим наблюдениям и полученным результатам, у женщин основной группы и группы сравнения менструации начались своевременно, но впоследствии произошло изменение цикла, и сформировался ряд нарушений, которые чаще всего проявлялись олигоаменореей, встречающейся с одинаковой частотой в основной группе и группе сравнения и не выявленной в контрольной группе. Олигоаменорея проявлялась в виде задержек менструаций, которые колебались от 2 до 6 месяцев, а также сочетанием олигоаменореи с менометроррагиями (рис. 1).

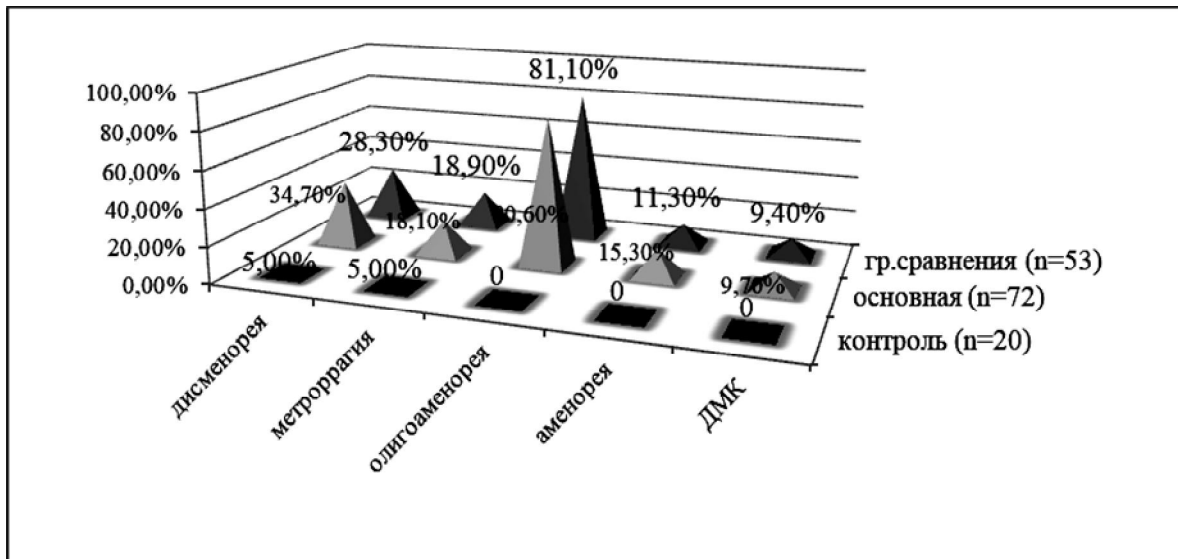


Рис. 1. Характер нарушений и частота встречаемости менструального цикла

Средняя продолжительность нарушения менструального цикла у женщин с СПКЯ в основной группе и группе сравнения составила  $13,1 \pm 2,03$  лет.

Большинство пациенток с СПКЯ до беременности страдали различными гинекологическими заболеваниями и получали лечение (рис. 2).

Воспалительные заболевания мочеполовых органов встречались почти с одинаковой частотой у пациенток основной и группы сравнения, возможно вследствие частых внутриматочных вмешательств (гистероскопии и лечебно-диагностические выскабливания полости матки). Также у пациенток с СПКЯ практически с одинаковой частотой отмечались заболевания шейки

матки. В результате обследования у большинства обследованных с СПКЯ выявлено бесплодие, в основном первичное бесплодие. Высокий процент бесплодия в группах (в основной - 94,3%, в группе сравнения - 95,8%) обусловлен основной патологией - СПКЯ.

Известно, что длительность бесплодия отражает степень тяжести расстройств репродуктивной функции у женщин и является важным фактором, представляющим определенную опасность для плода. Общая длительность бесплодия колебалась от 1 до 15 лет, и составила в основной группе  $5,04 \pm 2,11$  лет, в группе сравнения  $4,98 \pm 2,08$  лет (рис. 3).

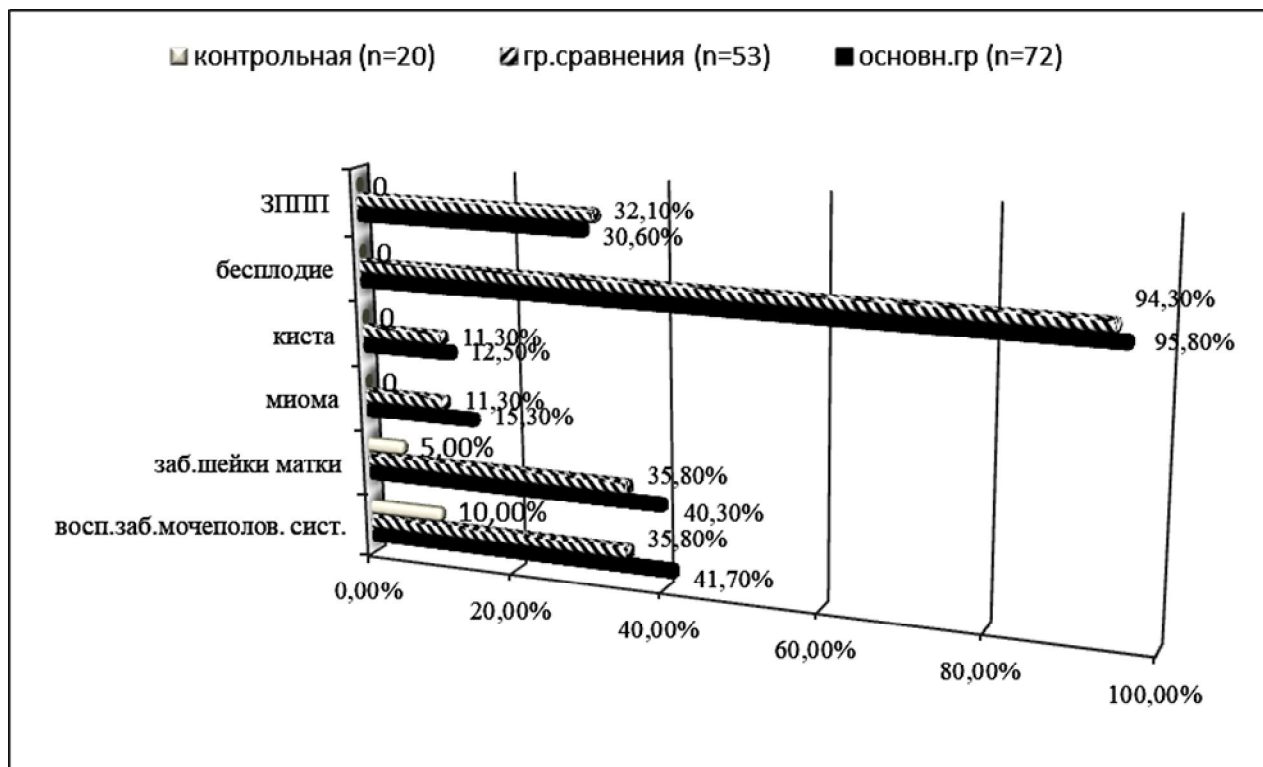


Рис. 2. Частота гинекологических заболеваний в анамнезе у обследованных женщин

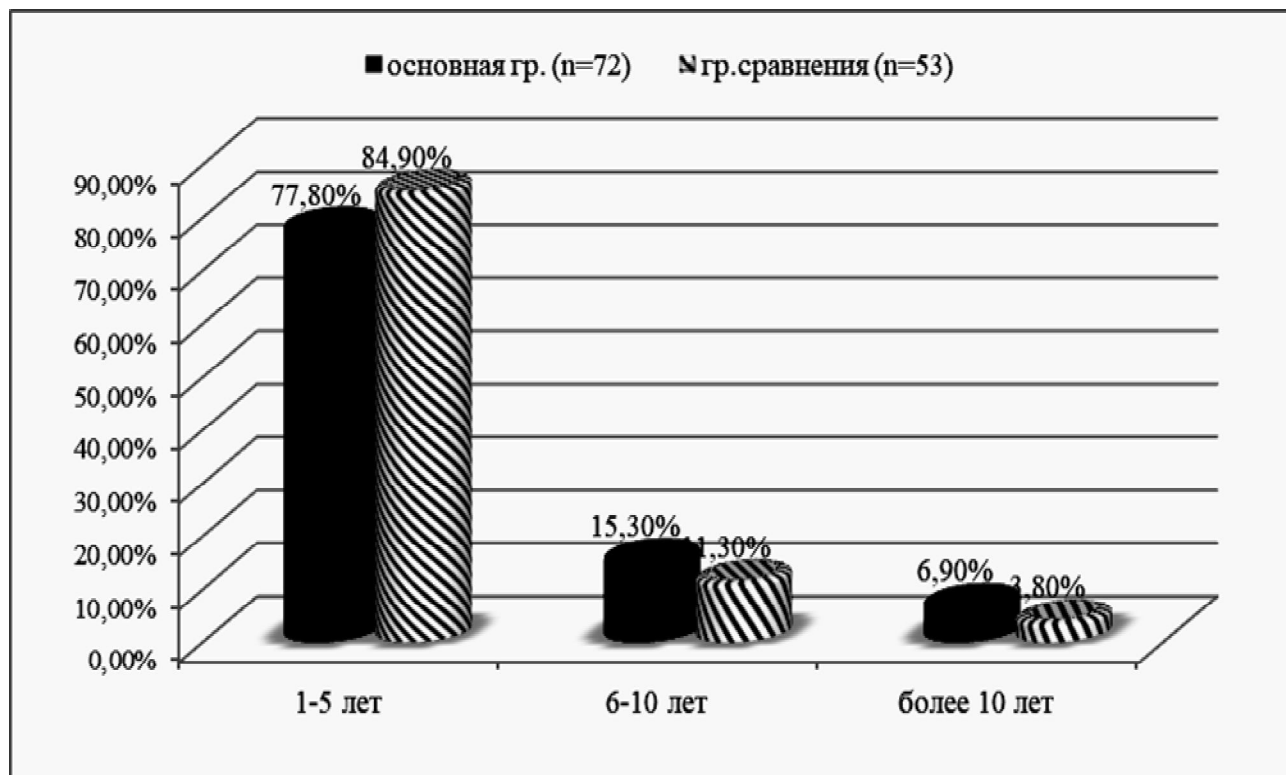


Рис. 3. Длительность бесплодия у пациенток с СПКЯ

Учитывая тот факт, что СПКЯ оказывает влияние на репродуктивную функцию, течение беременности и родов нами изучены исходы предыдущих беременностей у обследованных пациенток. В настоящее время нет перспектив-

ных исследований риска раннего прерывания спонтанной беременности у женщин с СПКЯ, а большинство работ посвящено проблеме невынашивания беременности после ЭКО, где указываются сочетанные причины этой патологии,

а факторы риска прерывания беременности на ранних сроках у больных с СПКЯ отсутствуют.

В обеих группах у пациенток с СПКЯ в анамнезе были беременности, индуцированные различными методами, закончившиеся прерыванием беременности. Достоверных различий в отношении исходов предыдущих беременностей между основной и группой сравнения не отмечалось. Полученные нами результаты согласуются с данными других исследований [13,14,15].

Таким образом, при анализе данных анамнеза обследованных групп были выявлены различия в группе сравнения и в основной группе в сравнении с контрольной группой. Наличие у пациенток обследованных групп СПКЯ обусловило сопоставимость соматического, акушерского анамнеза, с незначительными отличиями, что возможно обусловлено сочетанием генетической предрасположенности и неблагоприятного влияния факторов внешней среды.

При обследовании выявлено то, что у одной и той же пациентки обеих групп было диагностировано сочетание соматических, гинекологических и инфекционных заболеваний, что можно считать характерной особенностью. В обеих исследуемых группах экстрагенитальная патология встречалась одинаково часто. Анализ гинекологической заболеваемости показал высокую частоту воспалительной патологии гениталий (хронический аднексит, эндометрит), заболеваний шейки матки, что не имело статистически значимых различий, но явилось характерным для клинической картины СПКЯ и обусловлено

патогенезом развития данного заболевания. Изучение гинекологического анамнеза выявило наличие прерывания беременности в раннем сроке. Учитывая полученные данные, нужно отметить, что изучаемый контингент женщин заслуживает дальнейшего более пристального внимания и изучения течения у них беременности.

При оценке осложнений беременности I триместра наиболее часто в обеих группах отмечался угрожающий выкидыш (рис. 4). Выкидыш диагностировался одинаково часто у 79,2% и 71,7% беременных основной группы и группы сравнения соответственно. В контрольной группе он не наблюдался. Диагноз угрожающего выкидыша подтверждался субъективными признаками, клинической картиной (болевым синдром, наличие кровянистых выделений из половых путей), данными наружного и внутреннего акушерского исследования, результатами кольпоцитологии и УЗИ. Считают, что развитие угрозы прерывания при всех видах индуцированной беременности может быть обусловлено нарушением секреторной трансформации эндометрия на фоне гиперсекреции или гипосекреции половых гормонов [4,5,6]. Настоящая беременность осложнилась рвотой беременных различной степени тяжести у 31,9% беременных основной группы и у 30,2% пациенток группы сравнения, что в сравнении с контролем было достоверно выше в 3,2 раза ( $p<0,01$ ) и в 3,0 раза ( $p<0,01$ ) соответственно.

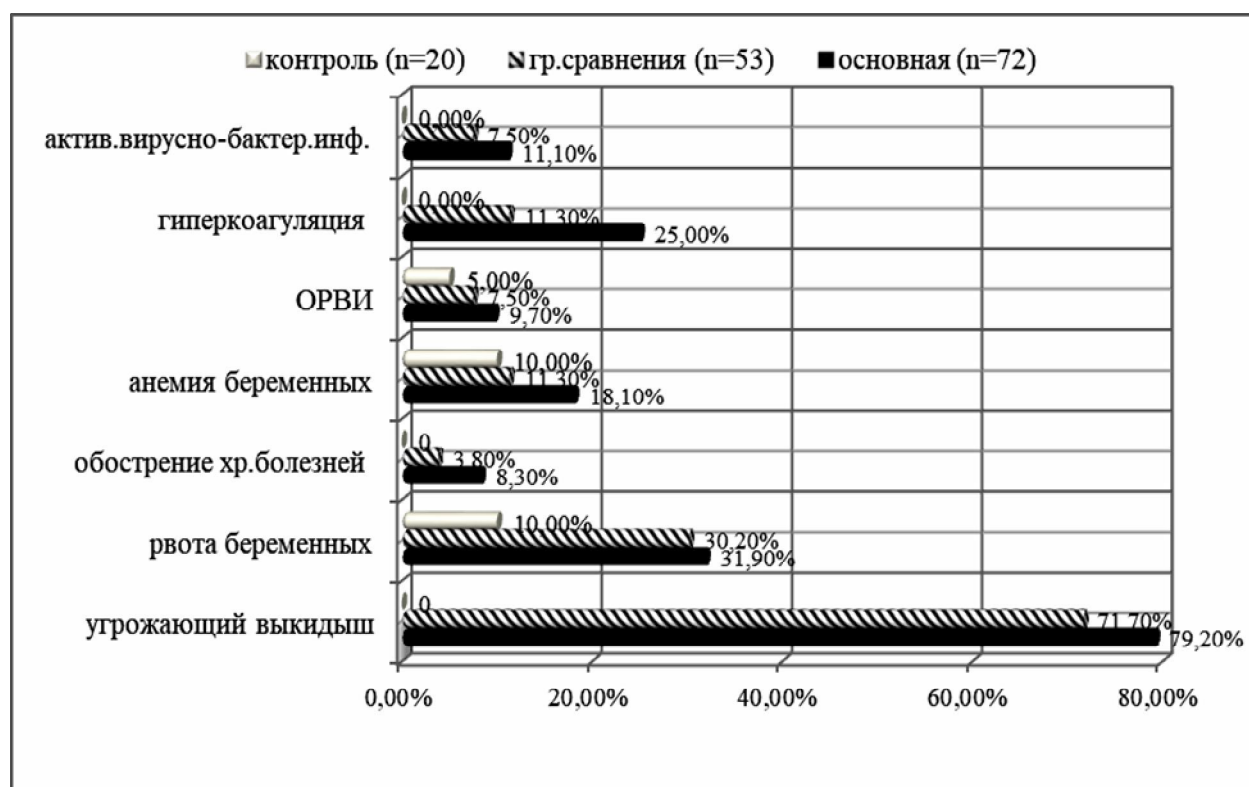


Рис. 4. Осложнения I триместра беременности у беременных обследованных групп

Гиперкоагуляція наблюдалась лишь у пациенток с СПКЯ в 25,0% и 11,3% случаев соответственно в основной и в группе сравнения, причем у беременных с СПКЯ и метаболическими нарушениями в сравнении с группой беременных СПКЯ без метаболических изменений она встречалась в 2,2 раза чаще ( $p < 0,05$ ).

Анемия беременных достоверно чаще отмечалась у беременных основной группы, что в сравнении с контролем было чаще в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ) и в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ) чаще, чем в группе сравнения.

ОРВИ перенесли 4 (7,5%) беременных группы сравнения, 7 (9,7%) беременных основной группы, а в группе контроля 1 (5,0%), что было выше в 1,5 ( $p < 0,05$ ) и 1,9 раза ( $p < 0,05$ ) соответственно.

При обобщении результатов течения I триместра беременности у пациенток с СПКЯ была выявлена высокая частота угрожающего выкидыша, который диагностирован соответственно у 57 и 38 беременных основной группы и группы сравнения. Как следствие ранних осложнений гестации у больных с СПКЯ, репродуктивные потери I триместра беременности составили в основной группе у 5 (6,9%), в группе сравнения у 3 (5,6%).

### Выводы

Беременные с СПКЯ с метаболическими нарушениями и без них страдают ожирением, подвержены неблагоприятному профилю риска сердечно-сосудистых заболеваний и имеют риск потери беременности. Угрожающий выкидыш диагностировался у 79,2% и 71,7% беременных основной группы и группы сравнения соответственно.

### Перспективы дальнейших исследований

Планируется дальнейшее изучение течения беременности у пациенток с СПКЯ.

### References

1. Guriev TD. Sindrom polikistoznykh yaichnikov [Syndrome of polycystic ovaries]. Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya. 2010; 2: 10-5. (Russian)
2. Araki T, Elias R, Rosenwaks Z, Poretsky L. Achieving a Successful Pregnancy in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Endocrinol Metab Clin N Am. 2011; 40: 865-94.
3. Teede H, Deeks A, Moran L. Polycystic ovary syndrome: a complex condition with psychological, reproductive and metabolic manifestations that impacts on health across the lifespan. BMC Med. 2010; 8: 41. <http://doi:10.1186/1741-7015-8-41>.
4. Alieva EA. Sindrom polikistoznykh yaichnikov u zhenshchin reproduktivnogo vozrasta [Syndrome of polycystic ovaries for the women of reproductive age] [dissertation]. Moskva; 1991. 366 p. (Russian)
5. Alieva EA, Ovsyannikova TV, Pshenichnikova TYa. Besplodie, obuslovlennoe sindromom polikistoznykh yaichnikov [Sterility conditioned by the syndrome of polycystic ovaries]. Akush i gin. 1991; 6: 59-62. (Russian)
6. Alieva EA, Fanchenko ND, Parshutin NP. Effekt snizheniya massy tela u bolnykh s sindromom polikistoznykh yaichnikov [Effect of decline of body weight for patients with the syndrome of polycystic ovaries]. Akush i gin. 1993; 3: 33-6. (Russian)
7. Dedov II, Melnichenko GA. Sindrom polikistoznykh yaichnikov: Rukovodstvo dlya vrachev [Syndrome of polycystic ovaries: Guidance for doctors]. Moskva: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2007: 335 p. (Russian)
8. Dubrovina SO. Sindrom polikistoznykh yaichnikov: strategiya obsledovaniya i lecheniya [Syndrome of polycystic ovaries: strategy of inspection and treatment]. Problemy reproduksii. 2014; 6: 10-6. (Russian)
9. Podzolkova NM, Koloda YuA. Sovremennyye predstavleniya o sindrome polikistoznykh yaichnikov [Modern ideas of a syndrome of polycystic ovaries]. Farmateka. 2016; 3: 8-15. (Russian)
10. Shestakova IG, Ryabinkina TS. SPKYa: novyy vzglyad na problemu. Mnogoobrazie simptomov, differentsialnaya diagnostika i lechenie SPKYa [Syndrome of polycystic ovaries: a new view on a problem. Variety of symptoms, differential diagnostics and treatment of syndrome of polycystic ovaries]. Informatsionnyy byulleten. Pod red. V.E. Radzinskogo. Moskva: Redaktsiya zhurnala StatusPraesens; 2015. 24 p. (Russian)
11. Dhesi AS, Murtough KL, Lim JK, Schulkin J, McGovern P, Power M, Morelli S. Metabolic screening in patients with polycystic ovary syndrome is largely underutilized among obstetrician-gynecologists. Am J Obstet Gynecol. 2016; 215 (5): 579.e1-579.e5.
12. World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. JAMA. 2013; 310 (20): 2191-4.
13. Rausch ME, Legro RS, Barnhart HX, Schlaff WD, Carr BR, Diamond MP. et al. Predictors of Pregnancy in Women with Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94 (9): 3458-66.
14. Rosenfield RL, Bordini B. Evidence that obesity and androgens have independent and opposing effects on gonadotropin production from puberty to maturity. Brain Res. 2010; 1364: 186-97.
15. Dunaif A, Fauser BC. Renaming PCOS--a two-state solution. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2013; 98: 4325-8. <http://doi:10.1210/jc.2013-2040>

### Реферат

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПЕРЕБІГ І ТРИМЕСТРА ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ З МЕТАБОЛІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ТА БЕЗ НИХ

Сулейманова Н. М.

Ключові слова: вагітні, синдром полікістозних яєчників, анамнез, вагітність, ожиріння, викидень.

Мета роботи - оцінити клінічні показники й особливості перебігу вагітності у пацієнок з синдромом полікістозних яєчників з метаболічними порушеннями і без них. Матеріал і методи. Обстежено 145 вагітних із синдромом полікістозних яєчників у терміни вагітності 8-14 тижнів. Всі жінки були розділені на 3 групи: I група (основна) - 72 вагітних із синдромом полікістозних яєчників і метаболічними порушеннями; II група (група порівняння) - 53 вагітних із синдромом полікістозних яєчників, але без метаболічних порушень; III група (контрольна) - 20 вагітних без синдрому полікістозних яєчників і метаболічних порушень. Проведено загальноприйняте обстеження, що включає збір анамнезу, об'єктивне дослідження, інструментальне обстеження. УЗД проводили на апараті Aloka-ssd-1700» (Японія) з використанням трансабдомінального датчика частотою 3,5 МГц. Результати. Вік вагітних коливався від 20 до 35 років, і склав в середньому  $28,3 \pm 1,2$  роки. В основній групі в порівнянні з контрольною групою жінок у віці від 20 до 25 років синдром полікістозних яєчників зустрічався на 55,6% ( $p < 0,05$ ), а в групі порівняння - на 32,0% рідше. Навпаки, у старшій віковій - 31-35 років пацієнок основної групи і групи порівняння в порівнянні з контрольною групою синдром полікістозних яєчників зустрічався достовірно частіше відповідно на 57,3% ( $p < 0,01$ ) і 25,7% ( $p < 0,05$ ). Середній вік обстежених вагітних в основній групі склав  $29,1 \pm 1,74$  років, у групі порівняння -  $28,5 \pm 1,27$  і в контрольній групі -  $27,9 \pm 0,88$  років. З інфекційних захворювань, перенесених в дитинстві, найбільш часто відзначена кір: в основній групі -

19,4%, в групі порівняння - 20,7%, в контрольній групі - 5%. Слід також відзначити високу частоту гострих респіраторно-вірусних інфекційних захворювань (ГРВІ): в основній групі у 38 (52,8%), в групі порівняння - у 24 (45,3%) і в контрольній групі - у 5 (25,0 %) жінок, причому жінки з синдромом полікістозних яєчників хворіли на ГРВІ по 2 і 3 рази протягом року. У обстежених жінок до настання вагітності діагностували ряд екстрагенітальних захворювань. У пацієток основної групи і групи порівняння найчастіше зустрічалося порушення жирового обміну, яке виявлялося надмірною вагою і ожирінням, причому відзначався абдомінальний тип ожиріння. В основній групі і в групі порівняння число жінок з порушенням жирового обміну було достовірно вище контрольної групи в 13,9 рази ( $p < 0,001$ ) і в 10,6 рази ( $p < 0,001$ ) відповідно. Наступними захворюваннями по частоті зустрічаємості були захворювання серцево-судинної системи, які проявлялися артеріальною гіпертензією та нейроциркуляторною дистонією і зустрічалися у 30 (41,7%) вагітних з синдромом полікістозних яєчників з метаболічними порушеннями і 20 (37,7%) вагітних з синдромом полікістозних яєчників. При цьому у вагітних контрольної групи вони не відзначені. Тонзиліт, фарингіт і хронічний бронхіт достовірно часто відзначалися у 25 (34,7%, в 7,0 рази частіше, ніж у контрольній групі,  $p < 0,001$ ) вагітних основної групи, у 15 (28,3%, в 3,0 рази частіше в порівнянні з контрольною групою,  $p < 0,01$ ) жінок групи порівняння, і у 1 (5,0%) вагітної контрольної групи відзначався фарингіт. Цистит, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба виявлялися лише у вагітних з синдромом полікістозних яєчників. За отриманими даними, надмірне волосіння мало місце у 56 (77,8%) пацієток основної групи, і у 42 (79,2%) пацієток групи порівняння. Гірсутне число за шкалою Феррімана-Голлвея у вагітних основної групи склало в середньому  $27,60 \pm 0,77$ , і в групі порівняння  $27,8 \pm 0,80$ . У більшості обстежених з синдромом полікістозних яєчників виявлено безпліддя, в основному первинне. Високий відсоток безпліддя в групах (в основній - 94,3%, в групі порівняння - 95,8%) обумовлений основною патологією - синдромом полікістозних яєчників. В основній групі і в групі порівняння число жінок з порушенням жирового обміну було достовірно вище контрольної групи в 13,9 рази ( $p < 0,001$ ) і в 10,6 рази ( $p < 0,001$ ) відповідно. Захворювання серцево-судинної системи зустрічалися у 41,7% вагітних з синдромом полікістозних яєчників з метаболічними порушеннями, і у 37,7% вагітних з СПКЯ. Блювота вагітних різного ступеня тяжкості в порівнянні з контрольною групою у вагітних основної групи і групи порівняння спостерігалася відповідно у 3,2 рази ( $p < 0,01$ ) і в 3,0 рази ( $p < 0,01$ ) частіше. Висновки. Вагітні з синдромом полікістозних яєчників з метаболічними порушеннями і без них страждають ожирінням, схильні до несприятливого профілю ризику серцево-судинних захворювань, і мають ризик втрати вагітності. Загроза викидня відзначалася у 79,2% і 71,7% вагітних основної групи і групи порівняння відповідно.

### Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS AND COURSE OF THE FIRST TRIMESTER OF GESTATION IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND METABOLIC DISORDERS OR WITHOUT THEM

Suleymanova N. M.

Key words: pregnant women, PCOS, history, pregnancy, obesity, miscarriage.

The aim of the study was to evaluate clinical indicators and features of pregnancy in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS) with concomitant metabolic disorders or without them. *Material and methods.* 145 pregnant women with PCOS were examined at 8-14 weeks of gestation. All women were divided into 3 groups: group I (main group) included 72 pregnant women with PCOS and metabolic disorders; group II (comparison group) was made up of 53 pregnant women diagnosed with PCOS, but without metabolic disorders; group III (control) involved 20 pregnant women without PCOS and metabolic disorders. A conventional examination, including the history taking, objective physical examination, instrumental examination was carried out. Ultrasound scanning was performed by using the Aloka-SSD-1700" (Japan) device with a 3.5 MHz transabdominal sensor. *Results.* The age of pregnant women ranged from 20 to 35 years (average age was  $28.3 \pm 1.2$  years). In the main group, women aged 20 – 25 years and diagnosed to have PCOS made up by 55.6% ( $p < 0.05$ ) less compared with the control group, and the women of the comparison group made up by 32.0% less. On the contrary, in the older age group including 31-35 year old patients of the main group and the comparison group, PCOS was diagnosed by 57.3% ( $p < 0.01$ ) and 25.7% ( $p < 0.05$ ) significantly more frequently than in the control group, respectively. The average age of the examined pregnant women in the main group was  $29.1 \pm 1.74$  years, while in the comparison group it was  $28.5 \pm 1.27$  years and in the control group –  $27.9 \pm 0.88$  years. Among infectious diseases the patients had had in their childhood, measles was most often mentioned: nearly the equal share of the patients, 19.4% in the main group and 20.7% in the comparison group had measles, while in the control group only 5% had this disease. High frequency of acute respiratory viral infectious diseases (ARVIs) was also detected in the women with PCOS: it was reported by 38 (52.8%) patients of the main group, by 24 (45.3%) patients of the comparison group, while the control group demonstrated lower value – only 5 (25.0%) women. Moreover, women with PCOS had ARVIS 2 and 3 times a year. The examined women were diagnosed to have a number of extragenital diseases before pregnancy. In the patients of the main group and the comparison group, the most common disorder was fat metabolism disorder manifested by overweight or obesity, and mostly the abdominal type of obesity was observed. In the main group and in the comparison group, the number of women with impaired fat metabolism is 13.9 times and 10.6 times ( $p < 0.001$ ) significantly higher than in the control group ( $p < 0.001$ ), respectively. The diseases following the mentioned above by their occurrence were diseases of the cardiovascular system (CVS) mani-

fested by arterial hypertension and neurocirculatory dystonia and found in 30 (41.7%) pregnant women with PCOS and metabolic disorders and in 20 (37.7%) pregnant women with PCOS only. At the same time, cardio-vascular diseases were not observed in pregnant women of the control group. Tonsillitis, pharyngitis and chronic bronchitis were significantly frequent in 25 (34.7%, 7.0 times more than in the control group,  $p < 0.001$ ) pregnant women of the main group, in 15 (28.3%, 3.0 times more often than in the control group,  $p < 0.01$ ) women of the comparison group and 1 (5.0%) pregnant of the control group had pharyngitis. Cystitis, pyelonephritis, urolithiasis were detected only in pregnant women with PCOS. According to the data obtained, excessive hair loss occurred in 56 (77.8%) patients of the main group and in 42 (79.2%) patients of the comparison group. The hirsute number by the Ferriman-Hollway scale in pregnant women of the main group equalled  $27.60 \pm 0.77$  and in the comparison group it was  $27.8 \pm 0.80$ . Most patients with PCOS were diagnosed to have infertility, mostly primary. The high percentage of infertility in the groups (in the main it made up 94.3%, and in the comparison group it made up 95.8%) is due to the main pathology, PCOS. In the main group and in the comparison group, the number of women with impaired fat metabolism was significantly higher than in the control group in 13.9 times ( $p < 0.001$ ) and in 10.6 times ( $p < 0.001$ ), respectively. Cardiovascular diseases were found in 41.7% of pregnant women with PCOS and metabolic disorders and in 37.7% of pregnant women with PCOS. Vomiting of varying severity in the pregnant women of the main group and of the comparison group was observed, respectively, 3.2 times ( $p < 0.01$ ) and 3.0 times ( $p < 0.01$ ) more often than in the control group. **Conclusion.** Pregnant women with PCOS and comorbid metabolic disorders or without them are obese, prone to an unfavourable risk profile of cardiovascular diseases and have a risk of pregnancy loss. Threatening miscarriages were observed in 79.2% and 71.7% of pregnant women of the main group and in the comparison group, respectively.

УДК 617.741-004.1-089

**Стебловська І.С., Безкоровайна І.М.**

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРАКТЕРУ І ЧАСТОТИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ, РАННІХ І ПІЗНІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ РІЗНИХ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАТАРАКТИ**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

*Вивчення динаміки структури поширеності офтальмологічних захворювань в Україні за 10 років показало підвищення питомої ваги катаракти з 14,7 до 15,9%. Мета дослідження. Виявити та порівняти характер та частоту інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень при різних методиках хірургічного лікування вікової катаракти. Матеріали та методи. У нашому дослідженні взяли участь 558 пацієнтів (558 очей), що мали катаракту I-III ст щільності ядра по Бурато. Пацієнтів було поділено на дві групи в залежності від методики оперативного лікування: традиційна факоемульсифікація катаракти (I група пацієнтів) і факоемульсифікація з фемтосекундним супроводом (II група). Результати. Виконання традиційної ФЕК супроводжується операційними ускладненнями (мікрогіфема, локальне відшарування десцеметової мембрани, термічний опік рогівки, надриг передньої капсули, розрив задньої капсули, діаліз цинових зв'язок, флорру iris syndrome) і післяопераційними (набряк рогівки, мікрогіфема, ексудативно-запальна реакція, транзиторна гіпертензія, макулярний набряк, вторинна катаракта, децентрація ІОЛ). Виконання ФЕК з фемтосекундним супроводом супроводжується операційними (надриг передньої капсули, розрив задньої капсули) і післяопераційними (набряк рогівки, ексудативно-запальна реакція, транзиторна гіпертензія, макулярний набряк, вторинна катаракта). Висновки. Застосування фемтосекундного лазера дозволило знизити частоту інтраопераційних, а також ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень після видалення катаракти.*

Ключові слова: катаракта, ускладнення, факоемульсифікація, фемтосекундний супровід.

Робота входить до науково-дослідної роботи кафедри: «Клініко-морфологічні зміни структур ока при дегенеративних захворюваннях органу зору», № 0114u001456

### **Вступ**

У всіх країнах світу відзначається значна поширеність і щорічне збільшення захворюваності катарактою серед усього спектра офтальмологічних захворювань [1,2]. Частка пацієнтів, що мають катаракту, з віком збільшується і вже у 85 років 71% людей має помутніння кришталика різного ступеня вираженості. [3,4]. Вивчення динаміки структури поширеності офтальмологічних захворювань в Україні за 10 років показало підвищення питомої ваги катаракти з 14,7 до 15,9%

[5,6]. Третина осіб від загальної кількості пацієнтів госпіталізуються в очні стаціонари - хворі з катарактою. У зв'язку з цим розробка і впровадження більш ефективних, безпечних і доступних методів хірургічної реабілітації пацієнтів з катарактою є важливим медико-соціальним завданням.

### **Мета дослідження**

Виявити та порівняти характер та частоту інтраопераційних, ранніх та пізніх післяоперацій-