

НОВІ ПІДХОДИ ДО РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2022.66.20-25>



В.В. АРТЬОМЕНКО

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-2490-375X

В.І. ВЕЛИЧКО

д. мед. н., професор, завідувачка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету, голова Асоціації сімейної медицини Одеського регіону, м. Одеса
ORCID: 0000-0002-1936-3421

Д.О. ЛАГОДА

доктор філософії з медицини, асистентка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії Одеського національного медичного університету, м. Одеса
ORCID: 0000-0003-0783-6225

Контакти:

Артьоменко Володимир Вікторович
ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології
65082, Одеса, пров. Валівський, 2
Тел.: +38 (050) 316-44-87
Email: vartyomenko2017@gmail.com

ВСТУП

Глобальна пандемія ожиріння створює значний соціально-економічний тягар та є викликом для лікарів-практиків. На сьогодні економічна складова лікування та ведення пацієнтів, які живуть з ожирінням, посідає першовідомі позиції в усьому світі [1–3].

Згідно із сучасними уявленнями, супутні захворювання, що спричинені ожирінням, пов'язані не тільки з кардіометаболічною дисфункцією, цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2), артеріальною гіпертензією та іншими ознаками метаболічного синдрому, а й із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ). Ба більше, доброякісні та злоякісні новоутворення матки, яєчників і ендометрію часто є коморбідними ожирінню [4, 27].

СПКЯ є важливим прикладом метаболічного розладу, пов'язаного з резистентністю до інсуліну, прояви якого включають серцево-метаболічний ризик і наслідки якого значно посилюються при ожирінні [2, 5, 6, 28]. Разом із тим СПКЯ асоціюється з низкою захворювань, які притаманні пацієнтам із ожирінням, а саме: розвитком ЦД-2, порушенням толерантності до глюкози, дисліпідемією, неалкогольною жировою хворобою печінки та обструктивним апное сну [7–10].

Загальновідомо, що СПКЯ поширений серед жінок репродуктивного віку з частотою від 6 до 10% [11, 14]. Хоча СПКЯ може проявлятися на будь-якому етапі репродуктивного життя, він часто розвивається в підлітковому віці та може бути асоційований із синдромом Штейна – Левенталя [2]. СПКЯ характеризується як репродуктивними, так і гіперандрогенними ознаками, які включають олігоаменоорею, порушення фертильності, гірсутизм, акне та андрогенну алопецію [2].

Для лікаря-практика часто актуальним є питання поєднання ожиріння і СПКЯ в однієї пацієнтки. Складність кожного окремого такого випадку захворювання та його зв'язок із кардіометаболічною дисфункцією або інсулінорезистентністю може утруднити розпізнавання патогенних шляхів і, як наслідок, призвести до некоректного ведення пацієнтки.

Встановлено, що збільшення маси тіла (МТ) корелює з прискореним розвитком СПКЯ. Водночас існують механізми, за допомогою яких СПКЯ сприяє подальшому

збільшенню МТ та нівелює зусилля ефективного зменшення МТ. Більшість жінок із СПКЯ (38–88%) страждають від ожиріння [2, 15, 16]. Дані клінічних досліджень вказують на значний зв'язок між індексом маси тіла (ІМТ) та особливостями СПКЯ в будь-якому віці [17]. До того ж помірне зниження МТ (близько 5%) часто сприяє клінічно значущому поліпшенню репродуктивних, гіперандрогенних і метаболічних показників у пацієток із СПКЯ [18, 19].

Період статевого розвитку є визначальним у житті жінки і вважається ключовим на шляху становлення репродуктивної зрілості. На формування репродуктивного здоров'я впливають екологічні, соціально-економічні чинники і наявність соматичних захворювань. Незважаючи на те що патогенетичні механізми формування репродуктивної системи надзвичайно складні та чутливі до дії негативних впливів, поява руйнівних чинників у цей час може порушити фізіологічний ланцюжок функціонування гормональних механізмів, які регулюють репродуктивну систему [25].

Важливо розуміти, що деякі пацієнтки з ожирінням можуть бути кандидатками на фармакологічне лікування ожиріння, тому виявлення коморбідного захворювання (як СПКЯ, так і інших) є важливим кроком у веденні таких жінок [26]. Такі пацієнтки потребують лікування ожиріння через зниження МТ.

З метою спрощення діагностики СПКЯ на первинній ланці можна застосовувати опитувальники для скринінгового визначення симптомів СПКЯ, а саме визначення гірсутизму. Проведено дослідження з вивчення користі використання лише певних частин індексу Феррімана – Голлвея (ІФГ) як предикторів гірсутизму. Так, Е.С. Knochenhauer і співавт. обстежили 695 жінок із гіперандрогенністю та виявили, що показник росту волосся ≥ 2 на підборідді й нижній частині живота був високочутливим предиктором гірсутизму [20]. Досліджуючи майже 2000 жінок, Н. Cook et al. виявили, що оцінка росту волосся на підборідді, нижній частині живота та верхній частині живота ≥ 3 давала змогу точно розрізнити жінок з оволосінням і без такого на тому самому рівні, що й

модифікована оцінка ІФГ > 7 [21]. Ці спрощення ІФГ роблять клінічні оцінки менш інвазивними. Однак вони також дозволяють полегшити самооцінку.

Крім того, анкета, що допомагає визначити тих жінок, яким слід пройти діагностичне обстеження на СПКЯ, може зменшити кількість пацієнок, які залишаються без своєчасної діагностики та лікування. Також анкета для виявлення СПКЯ була би корисною в епідеміологічних дослідженнях жіночого репродуктивного здоров'я, оскільки її можна було б застосовувати для великих груп без необхідності дорогих візитів і дослідження крові для діагностики стану.

Мета дослідження: розробка алгоритму раннього виявлення коморбідної патології, а саме СПКЯ, у жінок з ожирінням.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До дослідження ввійшло 56 жінок із діагнозом ожиріння без СПКЯ в анамнезі. Обстеження проводили мультидисциплінарною групою у складі сімейного лікаря, гінеколога та ендокринолога.

Критеріями включення до дослідження були: згода на участь у дослідженні, жіноча стать, ІМТ понад 30 кг/м², вік від 18 до 44 років.

Діагноз ожиріння був виставлений згідно з наказом МОЗ України від 05.08.2009 № 574 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з ендокринними захворюваннями» [22], рекомендаціями Європейської Асоціації з вивчення ожиріння (European Association for the Study of Obesity; EASO) та відповідно до Настанови 00499 Оцінка пацієнтів з ожирінням (2017) [23]. Діагноз СПКЯ ставили згідно з Керівництвом з оцінки та менеджменту СПКЯ (International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome) від 2018 р. [24].

Усі пацієнтки, які увійшли до дослідження, не мали задокументованого діагнозу синдрому Штейна – Левенталю та епізодів лікування в репродуктолога або застосування допоміжних репродуктивних методів з метою зачаття.

Учасницям дослідження було запропоновано пройти опитування щодо анамнезу життя та захворювання, антропометричне обстеження та опитувальник на основі модифікованої шкали Феррімана – Голлвея, подальше обстеження за допомогою УЗД і консультацію лікаря-гінеколога.

З метою визначення напряму діагностичного пошуку був зібраний детальний анамнез для з'ясування таких обставин: вік менархе/вік набуття менархе регулярного характеру, характер менструального циклу (частота, тривалість, менструальна крововтрата та ознаки дисменореї, диспареунія), репродуктивний анамнез (лікування, використання допоміжних репродуктивних технологій); вік початку і прогресування акне, гірсутизму, себореї, алопеції, застосування будь-яких медикаментів (якщо проводилася терапія), сімейний анамнез (наявність у родичів гірсутизму, акне, ендокринного безпліддя, ЦД-2, серцево-судинних захворювань, дисліпідемії, ожиріння, раннього (до 35 років) облісіння у чоловіків-родичів).

У межах фізикального огляду було оцінено антропометричні показники (зріст, МТ, ІМТ, обвід талії та стегон).

Для визначення довжини тіла використовували дерев'яний ростомір (точність вимірювання 0,1 см), який має вигляд стояка завдовжки 2 м, закріпленний на підставці розміром 70 x 45 см, із відкидною лавкою на висоті 40 см, для вимірювання зросту сидячи. Пацієнт стоїть на майданчику ростоміра спиною до вертикального стояка у випрямленому положенні, торкаючись стояка п'ятками, сідницями, між лопатковою ділянкою та потилицею, руки опущені, п'ятки разом, носки врізнобіч. Голові надають положення, за якого нижній край очної орбіти та верхній край козелка вуха перебувають в одній горизонтальній площині. На стояку закріплена рухома муфта з горизонтальною планшеткою, яку під час вимірювань опускають до тім'яної кістки обстежуваного без натискання.

МТ вимірювали в положенні пацієнта стоячи, руки вільно звисали паралельно тулубу на вагах-імпедансометрії Omron BF-51, натщесерце, у легкому одязі, точність вимірювання 0,01 кг.

ІМТ обчислювали за формулою: $IMT = m/h^2$, де m – маса тіла (кг); h – зріст, зведений у квадрат (м).

Вираженість і розподіл гірсутизму визначали за модифікованою шкалою Феррімана – Голлвея, при цьому проводили оцінювання росту волосся на дев'яти андрогенчутливих ділянках тіла жінки, кожна з яких оцінюється за бальною шкалою. У жінок європеїдної раси загальна сума понад 8 балів є індикатором гірсутизму і підвищеного рівня андрогенів (рис. 1).

Критерії оцінювання ступеня тяжкості гірсутизму: легкий – до 15 балів; помірний – 16–25 балів; тяжкий – більш як 25 балів. Перед оцінюванням гірсутизму рекомендовано протягом щонайменше чотирьох тижнів не робити епіляцію, не видаляти волосся за допомогою воску, упродовж не менш як 5 днів уникати гоління волосся.

Для оцінювання тяжкості перебігу акне найбільш прийнятним визнано поєднаний підхід, відповідно до якого визначають характер і поширеність елементів акне та підраховують їхню кількість [5]. Цей підхід лежить в основі адаптованої класифікації ступенів тяжкості акне й зумовлює подальшу терапевтичну тактику (табл. 1).

Після заповнення опитувальників пацієнок було скеровано на УЗД. УЗД-критеріям СПКЯ відповідає наявність в обох яєчниках понад 12 фолікулів діаметром 2–9 мм і/або збільшення оваріального об'єму на > 10 мм [24].

Дослідження погоджене комісією з біоетики Одеського національного медичного університету (протокол № 16 від 18.05.2020 р.). Усіх пацієнок було поінформовано щодо суті клінічного дослідження і остаточно зараховано до групи тільки після підписання інформованої згоди на участь у дослідженні.

Статистичний аналіз проводили за загальноприйнятими методиками варіаційної статистики. Достовірність оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності визнавали істотними при рівні значущості $p \leq 0,05$. Кореляційний зв'язок встановлювали за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

РЕЗУЛЬТАТИ

Середній вік учасниць дослідження становив $28,02 \pm 2,25$ року. Відповідно до дизайну дослідження, пацієнтки були опитані щодо низки параметрів, які наведені в таблиці 2.

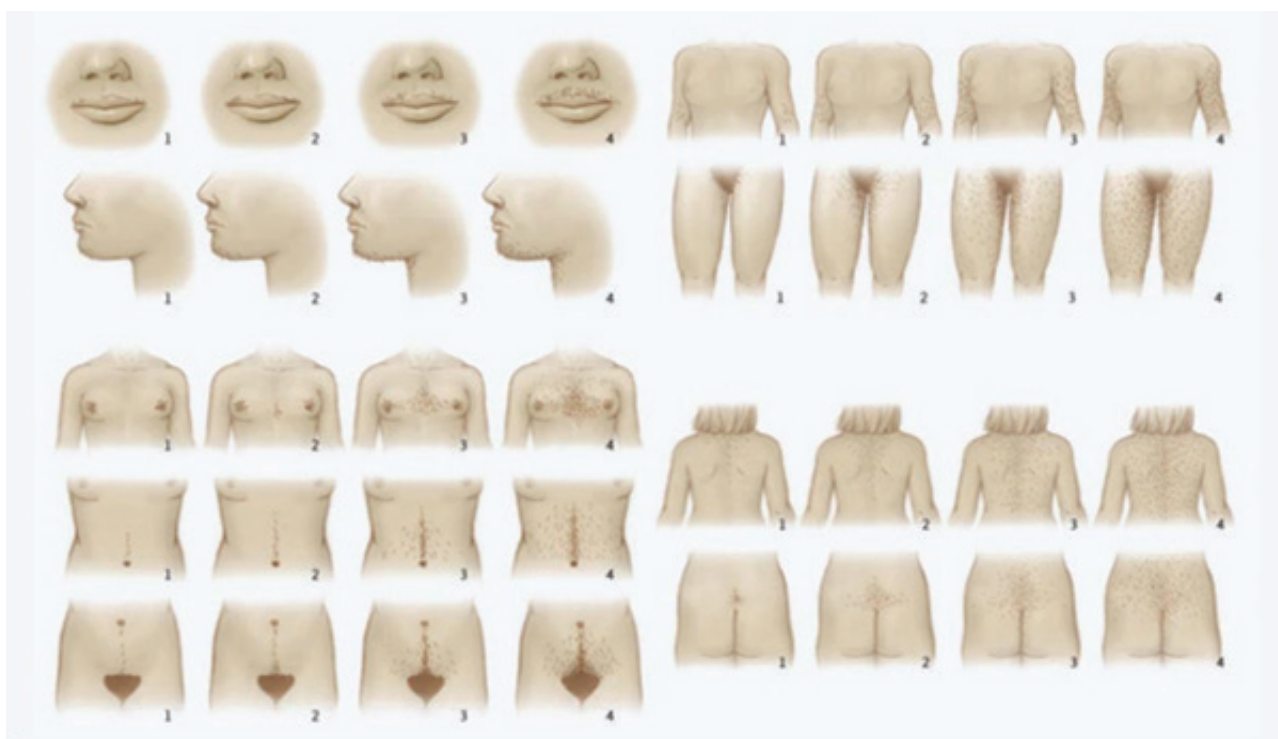


Рисунок 1. Модифікована шкала Феррімана – Голлвея

Таблиця 1. Адаптована таблиця для визначення ступеня тяжкості перебігу акне

Ступінь тяжкості акне / наявність і кількість елементів ураження	Легке акне: <i>acne comedonica</i>	Середньотяжке акне: <i>acne papulo-pustulosa</i>	Тяжке акне: <i>acne nodosa</i>	Дуже тяжке акне: <i>acne conglobata, acne fulminans</i>
Комедони	< 20	> 20	> 20	Численні
Папули/пустули	< 10	10–20	> 20	> 20
Вузли (менш як 1 см)	Відсутні	< 10	10–20	> 20
Вузли/кісти/фістули	Відсутні	Відсутні	Відсутні або < 5	> 5
Запалення	Відсутнє	Наявне	Виражене	Сильно виражене, глибоке
Рубці	Відсутні	Відсутні	Наявні	Наявні

Таблиця 2. Анамнез життя пацієнток

Характеристика	Вік (років)	Кількість пацієнток
Вік початку менархе	12,02 ± 0,58	56
Вік початку регулярних менархе	13,36 ± 0,86	56
Початок акне	16,15 ± 2,31	31
Початок гірсутизму	25,41 ± 3,15	23
Початок себореї	22,46 ± 1,67	15
Початок алопеції	28,05 ± 2,41	8

Більшість пацієнток (55,36%) мали акне. Гірсутизм та себорею фіксували у 41,07 та 26,76% жінок відповідно, алопецію – у 14,29%. Необхідно зазначити, що нерідко пацієнтка мала не один, а кілька симптомів одночасно.

Репродуктивний анамнез учасниць засвідчив, що на час проведення дослідження 32,14% (n = 18) жінок були матерями однієї чи кількох дітей, а 67,86% (38) жінок ще не планували вагітності.

Опитування про характер менструального циклу виявило, що більшість пацієнток мали середню частоту циклу

29 ± 2,31 дня, тривалість 6 ± 0,57 дня, ознаки дисменореї в анамнезі були у 33 жінок (58,93%). Менструальну крововтрату не було оцінено через відсутність об'єктивних критеріїв визначення.

Дані сімейного анамнезу: наявність у родичів гірсутизму – 22 жінки (39,29%), акне – 29 (51,78%), ендокринне безпліддя – 5 (8,93%), ЦД-2 – 35 (62,50%), серцево-судинні захворювання в найближчих родичів – 59 (69,64%), дисліпідемії – 25 (44,64%), ожиріння – 46 (82,14%), прояви раннього (до 35 років) облісіння в чоловіків-родичів – 30 пацієнток (53,57%).

Одночасно з оцінюванням ІМТ та інших антропометричних показників за допомогою біоімпедансометрії визначали вміст вісцерального жиру (табл. 3).

Таблиця 3. Антропометричні характеристики обстежених пацієнок

Параметр	Результат
ІМТ (кг/м ²)	34,06 ± 2,15
Обвід талії (см)	101,24 ± 3,15
Обвід стегон (см)	140,25 ± 5,86
Вісцеральний жир (у. о.)	16,38 ± 1,28

Із таблиці 3 видно, що всі показники виходять за межі нормативних. Це абсолютно закономірно, адже за дизайном до дослідження ввійшли тільки жінки з ожирінням різного ступеня.

Результати оцінювання за модифікованою шкалою Феррімана – Голлвея представлено на рисунку 2.

Із рисунка 2 видно, що більшість жінок (58,94%) не мали проявів гірсутизму на тлі ожиріння, тоді як у 17,85% осіб були помірні прояви гірсутизму, у 16,07 та 7,14% жінок – легкий і помірний гірсутизм відповідно.

Після проходження огляду, збору анамнезу та анкетування пацієнткам було виконано УЗД з метою встановлення можливого діагнозу СПКЯ (рис. 3).

Зауважимо, що пацієнтки, які брали участь у дослідженні, не мали скарг та не знали, чи є в них СПКЯ. Після УЗД і консультації лікаря-гінеколога 31 (55,36%) жінці було встановлено діагноз СПКЯ. Окрім цього, виявлено, що пацієнткам, які мали більш тривале ожиріння та вищий ІМТ, частіше встановлювали діагноз СПКЯ ($\rho = 0,77$) (рис. 4).

Рисунок 4 ілюструє: що вищий ІМТ, то більша кількість жінок мала встановлений діагноз СПКЯ. Найбільша кількість пацієнок із СПКЯ була серед пацієнок з ІМТ понад 40 кг/м², що відповідає ожирінню III ступеня.



Рисунок 2. Результати оцінювання за модифікованою шкалою Феррімана – Голлвея, абс. ч.

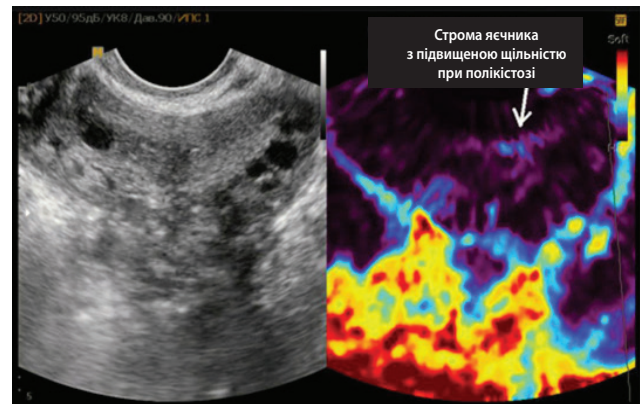


Рисунок 3. Пацієнтка Т., 27 років. УЗД-картина СПКЯ

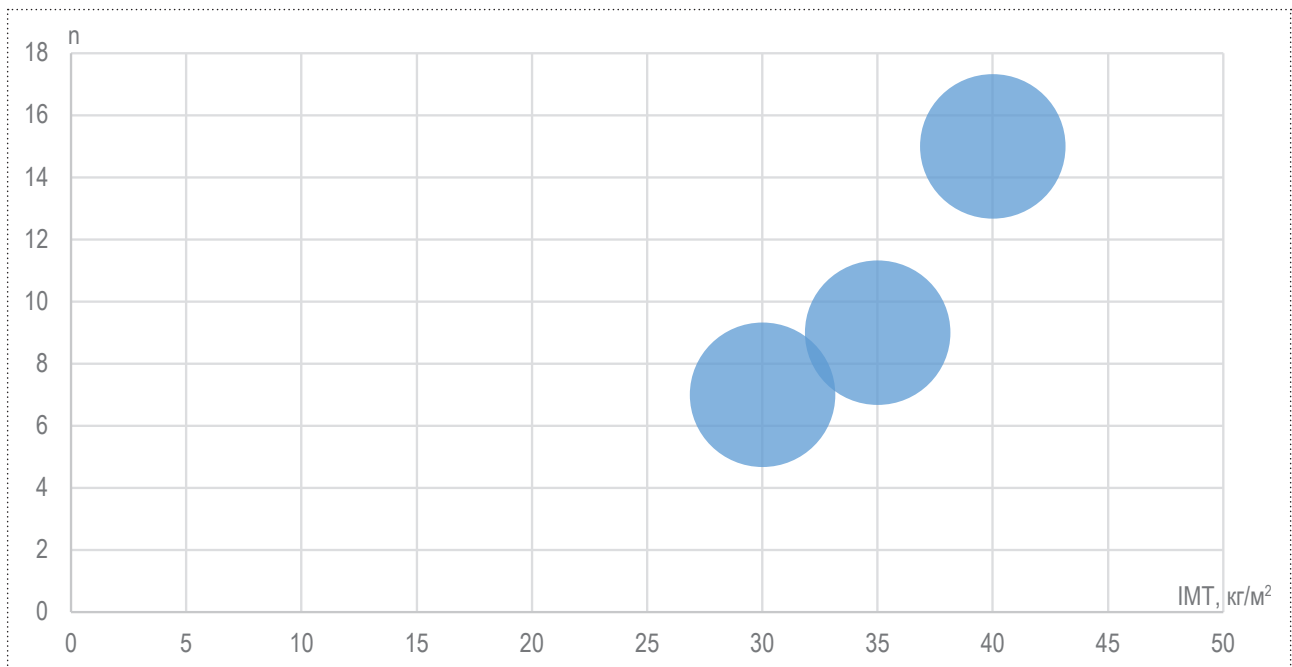


Рисунок 4. Залежність СПКЯ від ІМТ

Усі учасниці дослідження отримали рекомендації щодо правильних харчових звичок, раціонального фізичного навантаження та за потреби були скеровані до психолога або психотерапевта задля поведінкової терапії. Всі пацієнтки після встановлення діагнозу СПКЯ перебувають під наглядом лікаря-гінеколога.

Жінки з ожирінням потребують тривалого спостереження та підтримки з метою зменшення МТ і покращення якості життя. Спостереження бажано проводити за допомогою мультидисциплінарних команд лікарів, які спеціалізуються на допомозі саме таким пацієнткам, а також за запропонованим алгоритмом (рис. 5).

ВИСНОВКИ

1. Ожиріння – багатогранна проблема в практиці лікарів багатьох спеціальностей.

2. Ожиріння в багатьох випадках не є самостійним захворюванням, одна з найпоширеніших коморбідних патологій у жінок з ожирінням репродуктивного віку – СПКЯ.

3. Розроблений нами алгоритм діагностики СПКЯ у пацієнток з ожирінням дозволив нам провести раннє виявлення цього захворювання у 55,36% випадків.

4. Вважаємо за доцільне рекомендувати скринінгове обстеження на СПКЯ всім жінкам репродуктивного віку з ожирінням, що допоможе підтримувати фертильність цієї категорії пацієнток.

Конфлікт інтересів

Конфлікт інтересів відсутній.

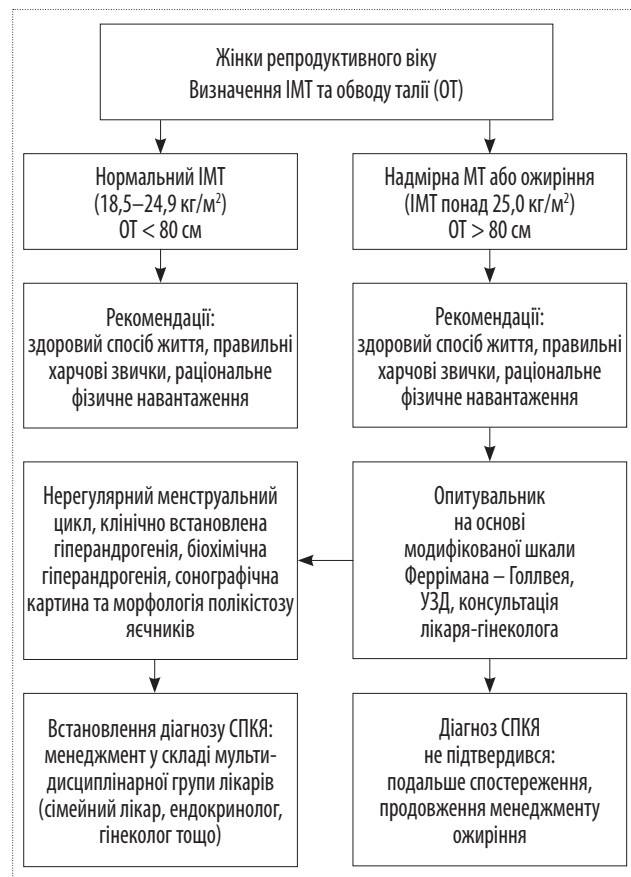


Рисунок 5. Алгоритм раннього виявлення СПКЯ у жінок з ожирінням

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Guh, D.P., Zhang, W., Bansback, N., et al. "The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis." *BMC Public Health* 9 (2009): 88.
- Barber, T.M., McCarthy, M.I., Wass, J.A., Franks, S. "Obesity and polycystic ovary syndrome." *Clin Endocrinol (Oxf)* 65 (2006): 137–45.
- Saboor Aftab, S.A., Kumar, S., Barber, T.M. "The role of obesity and type 2 diabetes mellitus in the development of male obesity-associated secondary hypogonadism." *Clin Endocrinol (Oxf)* 78 (2013): 330–7.
- Passarello, K., Kurian, S., Villanueva, V. "Endometrial cancer: an overview of pathophysiology, management, and care." *Semin Oncol Nurs* 35 (2019): 157–65.
- Teede, H.J., Joham, A.E., Paul, E., et al. "Longitudinal weight gain in women identified with polycystic ovary syndrome: results of an observational study in young women." *Obesity (Silver Spring)* 21 (2013): 1526–32.
- Wild, S., Pierpoint, T., McKeigue, P., Jacobs, H. "Cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome at long-term follow-up: a retrospective cohort study." *Clin Endocrinol (Oxf)* 52 (2000): 595–600.
- Barber, T.M., McCarthy, M.I., Franks, S., Wass, J.A. "Metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome." *Endokrynol Pol* 58 (2007): 34–41.
- Mohlig, M., Floter, A., Spranger, J., et al. "Predicting impaired glucose metabolism in women with polycystic ovary syndrome by decision tree modelling." *Diabetologia* 49 (2006): 2572–9.

- Ramezani-Binabaj, M., Motalebi, M., Karimi-Sari, H., et al. "Are women with polycystic ovarian syndrome at a high risk of non-alcoholic Fatty liver disease; a meta-analysis." *Hepat Mon* 14 (2014): e23235.
- Ehrmann, D.A. "Metabolic dysfunction in PCOS: relationship to obstructive sleep apnea." *Steroids* 77 (2012): 290–4.
- Azziz, R., Woods, K.S., Reyna, R., et al. "The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population." *J Clin Endocrinol Metab* 89 (2004): 2745–9.
- Sancho, R., Gambineri, A., Alpanes, M., et al. "Prevalence of functional disorders of androgen excess in unselected premenopausal women: a study in blood donors." *Hum Reprod* 27 (2012): 1209–16.
- Yildiz, B.O., Bozdag, G., Yapici, Z., et al. "Prevalence, phenotype and cardiometabolic risk of polycystic ovary syndrome under different diagnostic criteria." *Hum Reprod* 27 (2012): 3067–73.
- Asuncion, M., Calvo, R.M., San Millan, J.L., et al. "A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain." *J Clin Endocrinol Metab* 85 (2000): 2434–8.
- Legro, R.S. "The genetics of obesity. Lessons for polycystic ovary syndrome." *Ann NY Acad Sci* 900 (2000): 193–202.
- Balen, A.H., Conway, G.S., Kaltsas, G., et al. "Polycystic ovary syndrome: the spectrum of the disorder in 1741 patients." *Hum Reprod* 10 (1995): 2107–11.

- Ollila, M.M., Piltonen, T., Puukka, K., et al. "Weight gain and dyslipidemia in early adulthood associate with polycystic ovary syndrome: prospective cohort study." *J Clin Endocrinol Metab* 101 (2016): 739–47.
- Kiddy, D.S., Hamilton-Fairley, D., Bush, A., et al. "Improvement in endocrine and ovarian function during dietary treatment of obese women with polycystic ovary syndrome." *Clin Endocrinol (Oxf)* 36 (1992): 105–111.
- Holte, J., Bergh, T., Berne, C., et al. "Restored insulin sensitivity but persistently increased early insulin secretion after weight loss in obese women with polycystic ovary syndrome." *J Clin Endocrinol Metab* 80 (1995): 2586–93.
- Knochenhauer, E.S., Hines, G., Conway-Myers, B.A., Azziz, R. "Examination of the chin or lower abdomen only for the prediction of hirsutism." *Fertil Steril* 74 (2000): 980–3.
- Cook, H., Brennan, K., Azziz, R. "Reanalyzing the modified Ferriman-Gallwey score: Is there a simpler method for assessing the extent of hirsutism?" *Fertil Steril* 96 (2011): 1266–70.e1261.
- Міністерство охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 05.08.2009 № 574 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з ендокринними захворюваннями».
- Міністерство охорони здоров'я України. Order from 05.08.2009 № 574 "On the approval of protocols for the appointment of medical care for patients with endocrine diseases."

23. Kіrcі Pietiläinen. Настанова 00499. Оцінка пацієнта з ожирінням. Настанови на засадах доказової медицини. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Available from: [http://kafanest.kiev.ua/Downloads/pastanovy_moz/00499.pdf]. Kіrcі Pietiläinen. Guideline 00499. Assessment of the obese patient. Guidelines based on evidence-based medicine. Duodecim Medical Publications Ltd.
24. Teede, H.J., Misso, M.L., Costello, M.F., et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018. Available from: [https://www.monash.edu/___data/assets/pdf_file/0004/1412644/PCOS_Evidence-Based-Guidelines_20181009.pdf].
25. Artyomenko, V., Nastradina, N., Nitochko, K., Altyieva, M. "Hypomenstrual syndrome in adolescent girls as a result of reproductive dysfunction in their mothers: Literature review." *Reproductive Endocrinology* 6 (2021): 66–70. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.61.66-70
26. Величко, В. Сучасний погляд на лікування ожиріння у дорослих: огляд літератури / В. Величко, Б. Маньковський, Т. Татарчук [та ін.] // Репродуктивна ендокринологія. – 2021. – № 61. – С. 45–50.
- Velychko, V.I., Mankovskiy, B.M., Tatarchuk, T.F., et al. "A contemporary view on obesity treatment in adults. Literature review." *Reproductive Endocrinology* 61 (2021): 45–50. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.61.45-50
27. Artyomenko, V.V., Chumak, Z.V., Shapoval, M.V. "The retrospective analysis results of the endometrial tissue pathological conditions development." *Reproductive Endocrinology* 55 (2020): 48–52. DOI: 10.18370/2309-4117.2020.55.48-52
28. Величко, В. Скринінг діабету та предіабету: новітні комунікативні можливості / В. Величко, В. Михайленко, Д. Лагода [та ін.] // Репродуктивна ендокринологія. – 2021. – № 62. – С. 92–95.
- Velychko, V.I., Mykhailenko, V.L., Lahoda, D.O., et al. "Screening for diabetes and prediabetes: the newest communication opportunities." *Reproductive Endocrinology* 62 (2021): 92–5. DOI: 10.18370/2309-4117.2021.62.92-95

НОВІ ПІДХОДИ ДО РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

V.V. Артьоменко, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології ОНМедУ, м. Одеса

V.I. Величко, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії ОНМедУ, голова Асоціації сімейної медицини Одеського регіону, м. Одеса

D.O. Лагода, доктор філософії з медицини, асистентка кафедри сімейної медицини та поліклінічної терапії ОНМедУ, м. Одеса

Мета дослідження: розробка алгоритму раннього виявлення такої коморбідної патології, як синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), у жінок з ожирінням.

Матеріали та методи. До дослідження ввійшло 56 жінок віком $28,02 \pm 2,25$ року з діагнозом ожиріння, які не мали СПКЯ в анамнезі. Обстеження проводили мультидисциплінарною групою лікарів у складі сімейного лікаря, гінеколога та ендокринолога.

Пацієнткам було запропоновано пройти опитування для з'ясування анамнезу життя та захворювання, антропометричне обстеження та опитувальник на основі модифікованої шкали Феррімана – Голлвея, а також подальше ультразвукове дослідження і консультацію лікаря-гінеколога.

Результати. Більшість пацієнток (55,36%) мали акне, гірсутизм та себорею фіксували у 41,07 та 26,76% жінок відповідно, алопецію – у 14,29%. Нерідко пацієнтка мала не один, а кілька симптомів одночасно.

Згідно з модифікованою шкалою Феррімана – Голлвея, більшість жінок (58,92%) не мали проявів гірсутизму на тлі ожиріння, у 17,8% спостерігалися помірні прояви гірсутизму, у 16,07 та 7,14% – легкий і помірний гірсутизм відповідно.

Пацієнтки не мали скарг і не знали, чи є в них СПКЯ. Після сонографічного обстеження та консультації лікаря-гінеколога 31 (55,36%) жінці було встановлено діагноз СПКЯ. Також виявлено, що пацієнтки з більш тривалим ожирінням та вищим індексом маси тіла частіше мали діагноз СПКЯ ($p = 0,77$). Найбільша кількість пацієнток із СПКЯ була серед жінок з індексом маси тіла понад 40 kg/m^2 , тобто з ожирінням III ступеня.

Висновки. Розроблений нами алгоритм діагностики СПКЯ у пацієнток з ожирінням дозволив провести раннє виявлення захворювання у 55,36% випадків. Вважаємо за доцільне рекомендувати скринінгове обстеження на виявлення СПКЯ усім жінкам репродуктивного віку з ожирінням. Така тактика допоможе підтримувати фертильність цієї категорії пацієнток.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, ожиріння, раннє виявлення, шкала Феррімана – Голлвея.

NEW APPROACHES TO EARLY DETECTION OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN OBESE WOMEN

V.V. Artyomenko, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department, Odesa National Medical University, Odesa

V.I. Velychko, MD, professor, head of the Department of Family Medicine and Polyclinic Therapy, Odesa National Medical University, head of the Association of Family Doctors of the Odesa Region, Odesa

D.O. Lahoda, PhD, assistant, Department of Family Medicine and Polyclinic Therapy, Odesa National Medical University, Odesa

Objectives: development of an algorithm for the early detection of comorbid pathology polycystic ovary syndrome (PCOS) in obese women.

Materials and methods. The study included 56 women aged 28.02 ± 2.25 years with a diagnosis of obesity who had no history of PCOS. The examination was carried out by a multidisciplinary group of doctors consisting of a family doctor, a gynecologist and an endocrinologist.

The patient's history of life and diseases was studied, an anthropometric examination and a survey according to the modified Ferriman–Gallwey scale were performed with a further ultrasound examination and a gynecologist consultation.

Results. The majority of patients (55.36%) had acne, hirsutism and seborrhea occurred in 41.07 and 26.76% of women, respectively, and 14.29% of patients had alopecia. Often, the patient had not one, but several symptoms at the same time.

According to the modified Ferriman–Gallwey scale, the majority of women (58.92%) had no manifestations of hirsutism along with obesity, 17.8% had moderate manifestations of hirsutism, 16.07 and 7.14% had mild and moderate hirsutism, respectively.

The patients had no complaints and did not know whether they had PCOS. PCOS were diagnosed in 31 (55.36%) women after ultrasound examination and gynecologist consultation. It was also found that patients with longer obesity and a higher body mass index were more likely to have a diagnosis of PCOS ($p = 0.77$). The largest number of PCOS patients was among women with a body mass index over 40 kg/m^2 , i.e. with the III degree of obesity.

Conclusions. The algorithm we developed for the diagnosis of PCOS in obese patients allowed us to detect this disease early in 55.36% of cases. We consider it appropriate to recommend screening for PCOS to all obese patients of reproductive age. This tactic will help maintain the fertility of this category of patients.

Keywords: polycystic ovary syndrome, obesity, early detection, Ferriman–Gallwey score.