



International Science Group

ISG-KONF.COM

XXXVII

**INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE**

**"MODERN WAYS OF SOLVING THE LATEST PROBLEMS
IN SCIENCE"**

**Varna, Bulgaria
September 20 - 23, 2022**

ISBN 979-8-88796-809-4

DOI 10.46299/ISG.2022.1.37

MODERN WAYS OF SOLVING THE LATEST PROBLEMS IN SCIENCE

Proceedings of the XXXVII International Scientific and Practical Conference

Varna, Bulgaria
September 20 – 23, 2022

UDC 01.1

The XXXVII International Scientific and Practical Conference «Modern ways of solving the latest problems in science», September 20 – 23, 2022, Varna, Bulgaria. 518 p.

ISBN – 979-8-88796-809-4

DOI – 10.46299/ISG.2022.1.37

EDITORIAL BOARD

<u>Pluzhnik Elena</u>	Professor of the Department of Criminal Law and Criminology Odessa State University of Internal Affairs Candidate of Law, Associate Professor
<u>Liudmyla Polyvana</u>	Department of Accounting and Auditing Kharkiv National Technical University of Agriculture named after Petr Vasilenko, Ukraine
<u>Mushenyk Iryna</u>	Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of Mathematical Disciplines, Informatics and Modeling. Podolsk State Agrarian Technical University
<u>Prudka Liudmyla</u>	Odessa State University of Internal Affairs, Associate Professor of Criminology and Psychology Department
<u>Marchenko Dmytro</u>	PhD, Associate Professor, Lecturer, Deputy Dean on Academic Affairs Faculty of Engineering and Energy
<u>Harchenko Roman</u>	Candidate of Technical Sciences, specialty 05.22.20 - operation and repair of vehicles.
<u>Belei Svitlana</u>	Ph.D., Associate Professor, Department of Economics and Security of Enterprise
<u>Lidiya Parashchuk</u>	PhD in specialty 05.17.11 "Technology of refractory non-metallic materials"
<u>Levon Mariia</u>	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Scientific direction - morphology of the human digestive system
<u>Hubal Halyna Mykolaiivna</u>	Ph.D. in Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ

Сергієнко М.Ю.

кандидат медичних наук
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медичний університет

Сюсюка В.Г.

доктор медичних наук, доцент
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медичний університет

Онопченко С.П.

кандидат медичних наук
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медичний університет

Колокот Н.Г.

Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медичний університет

Рослік О.А.

Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медичний університет

Клінічно синдром полікістозу яєчників (СПЯ) є гетерогенним синдромом, який виявляється у всі періоди життя, а його поширеність у підлітків коливається від 11% до 17% залежно від використаних діагностичних критеріїв [1]. Важливим при веденні дівчат з СПЯ або «групи ризику» робити акцент на втручанні у спосіб життя для запобігання надмірного набору ваги та розвитку ожиріння, коли одне лише втручання у спосіб життя навряд допоможе позбавитися надлишкової ваги та метаболічних змін [2]. У дівчат та молодих жінок, які не планують вагітність найближчим часом, терапія СПЯ здебільшого передбачає дві цілі. Одна – це нормалізація менструального циклу та усунення клінічних проявів гіперандрогенії (ГА), інша – попередження часто не врахованих багатьма клініцистами віддалених ускладнень синдрому, що помітно погіршують якість життя. Це профілактика гіперпластичних процесів в органах-мішенях та метаболічних порушень, які часто супроводжують цей синдром. На першому місці у веденні пацієнток з СПЯ стоїть модифікація способу життя, що включає здорове харчування та регулярну фізичну активність для нормалізації маси тіла, гормональних та метаболічних показників. Своєчасна корекція метаболічних порушень, що досягається зміною способу життя та збалансованим

харчуванням, редукційною дієтою, застосуванням гіпоглікемічних препаратів, вітаміно- та фітотерапією, призводить до нормалізації гормонального статусу та відновлення ритму менструацій. За відсутності ефекту з метою нормалізації менструального циклу можливе призначення гестагенів з 16 по 25 день від початку менструації протягом 3-6 міс. [3]. Така терапія призначається, якщо підліток не може або не хоче використовувати естроген-гестагенні препарати [4].

Для лікування СПЯ рекомендований інозитол (у будь-якій формі), хоча його слід вважати експериментальною терапією СПЯ з доказами ефективності, що надалі потребують досліджень. Підставою до призначення інозитолу в разі СПЯ є його антиандрогенний ефект. Інозитол підвищує чутливість рецепторів клітин до інсуліну, а отже призводить до зниження інсуліну, глюкози. Його можна застосовувати для корекції метаболічних розладів та ожиріння [3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) рекомендовані жінкам репродуктивного віку із СПЯ для лікування андрогензалежних дерматопатій та/або порушень менструального циклу [7, 12, 13, 14, 15]. Призначення КОК у підлітків можливе не тільки при встановленому діагнозі, але й в «групі ризику», для лікування нерегулярних менструальних циклів та/або клінічної гіперандрогенії [2, 5, 16, 17]. Комбінація етинілоестрадіолу та ципротерону ацетату 35 мкг не є препаратом першої лінії при лікуванні СПЯ через несприятливі наслідки, відсутність доказів більшої ефективності та наявність більш високих ризиків, включаючи тромбоз глибоких вен [2, 5, 17]. Усі КОК пов'язані з підвищеним ризиком розвитку тромбозу глибоких вен, але ризик вищий при комбінації 30-35 мкг етинілестрадіолу та гестодену, дезогестрелу, ципротерону ацетату або дроспіренону у порівнянні з препаратами, що містять 30 мкг етинілестрадіолу з левоноргестрелом, норетистероном. Препарати КОК з нижчим ризиком слід рекомендувати як терапію першої лінії [2, 18].

Терапія off-label дозволена в багатьох країнах та дуже поширена в педіатричній практиці [2]. КОК є відносно безпечними препаратами, але є абсолютні медичні протипоказання, які треба враховувати відповідно до Керівництва Всесвітньої організації охорони здоров'я: мігрені з ауурою, тромбоз глибоких вен, легенева емболія в анамнезі, відомі тромбогенні мутації, множинний ризик факторів серцево-судинних захворювань, раку молочної залози, невротії, важкого цирозу та злоякісних пухлин печінки [19]. Паління та ожиріння також є факторами ризику глибокого тромбозу вен, проте абсолютний ризик виникнення цих ускладнень у підлітків залишається дуже низьким [2].

У лікуванні андрогензалежних дерматопатій слід надавати перевагу КОК у порівнянні з антиандрогенами. Неefективність цієї косметичної терапії протягом щонайменше 6 місяців дає підставу до розгляду призначення останніх. Якщо КОК протипоказані або погано переносяться, при наявності ефективних форм контрацепції, антиандрогени можна розглядати для лікування гірсутизму або андрогенної алопеції. Застосування ефективної контрацепції є надзвичайно важливим через їх тератогенний потенціал [2].

За відсутності ефекту від зміни способу життя, правильного харчування з метою корекції метаболічних порушень додатково до КОК можливо призначати метформін, у тому числі підліткам із СПЯ та ІМТ ≥ 25 кг/м². Найкориснішою така комбінація може бути при високому метаболічному ризику, зокрема за наявності факторів ризику діабету та порушення толерантності до глюкози [2, 5, 6, 8, 20, 21, 22].

Особливості гормонального гомеостазу та метаболізму у підлітковому віці створюють передумови для гіпердіагностики синдром полікістозу яєчників. Тому першим і найважливішим етапом терапії даного контингенту пацієнтів залишається модифікація способу життя, нормалізація маси тіла та метаболічних процесів.

Список літератури

1. Сорокман Т. В., Хлуновська Л. Ю., Попелюк Н. О. Синдром полікістозних яєчників у підлітковому віці – погляд на проблему. Сучасна педіатрія. Україна. 2022; 4(124): 65-72.
2. Peña A. S., Witchel S. F., Hoeger K. M., Oberfield S. E., Vogiatzi M. G. et al. Adolescent polycystic ovary syndrome according to the international evidencebased guideline. BMC Medicine. 2020; 18: 72.
3. Сергиенко М. Ю., Яковлева Э. Б., Мироненко Д. М. Диагностика и лечение синдрома поликистозных яичников в детской гинекологии. МЭЖ. 2015; 2: 158-161.
4. Fitzgerald S., DiVasta A., Gooding H. An update on PCOS in adolescents Curr Opin Pediatr. 2018; 30 (4): 459-465.
5. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018 / Centre for Research Excellence in Polycystic Ovary Syndrome (CREPCOS), European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Monash University, 2018.
6. Авраменко Н. В., Кабаченко О. В., Барковський Д. Є., Серих К. В. Сучасні аспекти менеджменту пацієнок із синдромом полікістозу яєчників. Запорізький медичний журнал. 2020; 22, 6 (123): 865-873.
7. Дубоссарская З. М. Обсуждение нового подхода к менеджменту синдрома поликистозных яичников. Здоровье женщины. 2017; 6: 45-48.
8. Семенина Г. Б. Ендокринні та обмінно-метаболічні порушення в жінок із синдромом полікістозних яєчників і нові можливості їхньої корекції. Репродуктивна ендокринологія. 2016; 6: 69-76.
9. Pundir J., Psaroudakis D., Savnur P., Bhide P., Sabatini L. et al. Inositol treatment of anovulation in women with polycystic ovary syndrome: a meta-analysis of randomised trials. BJOG. 2018; 125, 3: 299-308.
10. Unfer V., Nestler J. E., Kamenov Z. A., Prapas N., Facchinetti F. Effects of Inositol(s) in Women with PCOS: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. International Journal of Endocrinology. 2016; 2016: 1849162.
11. Morley L. C., Tang T., Yasmin E., Norman R. J., Balen A. H. Insulin-sensitising drugs (metformin, rosiglitazone, pioglitazone, D-chiro-inositol) for women

with polycystic ovary syndrome, oligo amenorrhoea and subfertility. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017; 11: CD003053.

12. Камінський В. В., Татарчук Т. Ф., Дубоссарська Ю. О. Національний консенсус щодо ведення пацієнок із гіперандрогенією. *Репродуктивна ендокринологія*. 2016; 4: 19-31.

13. Жук С. И., Гордийчук А. Б. СПКЯ: Фенотипы, висцеральное ожирение и персонализированный подход в назначении КОК. *Репродуктивна ендокринологія*. 2018; 2: 34-41.

14. Skovlund, C. W., Morch, L. S., Kessing, L. V., Lidegaard O. Association of Hormonal Contraception With Depression. *JAMA Psychiatry*, 2016; 73 (11): 1154-1162.

15. FSRH Clinical Guideline: Combined Hormonal Contraception (January 2019, Amended November 2020). FSRH Clinical Effectiveness Unit, 1 November 2020. FSRH.

16. Al Khalifah R. A., Florez I. D., Dennis B., Thabane L., Bassilious E. Metformin or Oral Contraceptives for Adolescents With Polycystic Ovarian Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016. 137, 5: e20154089

17. Peña A. S., Doherty D. A., Atkinson H. C., Hickey M., Norman R. J., Hart R. The majority of irregular menstrual cycles in adolescence are ovulatory: results of a prospective study. *Archives of Disease in Childhood*. 2018; 103, 3: 235-239.

18. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama VA, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD010813.

19. World Health Organization. Quick reference chart for the WHO medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO; 2016.

20. Bonnet F., Scheen A. Understanding and overcoming metformin gastrointestinal intolerance. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2017; 19, 4: 473-481.

21. Mehrabian F., Ghasemi-Tehrani H., Mohamadkhani M., Moeinoddini M., Karimzadeh P. Comparison of the effects of metformin, flutamide plus oral contraceptives, and simvastatin on the metabolic consequences of polycystic ovary syndrome. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2016; 23, 21: 7.

22. Ollila M. M., West S., Keinänen-Kiukaanniemi S., Jokelainen J., Auvinen J., Puukka K. et al. Overweight and obese but not normal weight women with PCOS are at increased risk of Type 2 diabetes mellitus-a prospective, populationbased cohort study. *Human Reproduction*. 2017; 32, 2: 423-431.