



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026 февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.11–006.2–031.14–008.06

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ

Матризаева Гулнара Джуманиязовна. <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

E-mail: gmatrizayeva@gmail.com

Раджабова Гульзода Ойбековна <https://orcid.org/0009-0000-3422-3227>

E-mail: angelina14dc@gmail.com

Ургенчского государственного медицинского института: 220100, Хорезмская область,
Ургенч, ул. Аль-Хорезми, 28. Тел: +998 (62) 224-84-84 www.urgfilitma.uz

✓ Резюме

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из ведущих причин эндокринного бесплодия у женщин репродуктивного возраста. Цель: оценить восстановление фертильности в зависимости от тактики лечения и длительности бесплодия у женщин с СПКЯ. Материал и методы: В проспективное исследование включены 70 пациенток с бесплодием на фоне СПКЯ и 20 здоровых женщин. Выделены три подгруппы: консервативная терапия КОК, комбинированное лечение с последующим лапароскопическим дреллингом и изолированное хирургическое вмешательство. Результаты: Наилучшие гормональные и репродуктивные исходы отмечены при комбинированном подходе. Выводы: Этапное сочетание консервативного и хирургического лечения обеспечивает наиболее эффективное и устойчивое восстановление фертильности.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, бесплодие, овуляция, лапароскопия, репродуктивная функция.

DIFFERENTIATED TREATMENT APPROACH TO INFERTILITY IN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME AND ITS IMPACT ON FERTILITY OUTCOMES

Matrizayeva Gulnara Jumaniyazovna <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

Rajabova Gulzoda Oybekovna <https://orcid.org/0009-0000-3422-3227>

Urgench State Medical Institute Uzbekistan, Khorezm Region, Urgench, Al-Khorezmi Street No. 28
Tel: +998 (62) 224-84-84 www.urgfilitma.uz

✓ Resume

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a leading cause of endocrine infertility in women of reproductive age. Aim: To assess fertility restoration depending on treatment strategy and infertility duration in women with PCOS. Material and Methods: A prospective study included 70 infertile women with PCOS and 20 healthy controls. Patients were divided into three subgroups: conservative therapy with combined oral contraceptives (COCs), combined therapy with COCs followed by laparoscopic ovarian drilling, and surgical treatment alone. Hormonal, metabolic, and ultrasound parameters were evaluated. Results: The combined approach demonstrated the most significant normalization of hormonal profiles and the highest pregnancy and live birth rates. Conclusion: Stepwise combined treatment provides superior and sustainable fertility restoration compared to isolated surgical intervention.

Keywords: polycystic ovary syndrome, infertility, ovulation induction, laparoscopy, fertility restoration.

TUXUMDON POLIKISTOZ SINDROMIDA BEPUSHTLIKNI DAVOLASHGA DIFFERENSIAL YONDASHUV VA UNING FERTILLIKNI TIKLASHGA TA'SIRI

Matrizayeva Gulnora Jumaniyazovna. <https://orcid.org/0009-0001-2796-8041>

Rajabova Gulzoda Oybekovna <https://orcid.org/0009-0000-3422-3227>

Urganch Davlat Tibbiyot Instituti O'zbekiston, Xorazm viloyati, Urganch shahri, Al-Xorazmiy
ko'chasi 28-uy Tel: +998 (62) 224-84-84 www.urgfiltma.uz

✓ Rezyume

Tuxumdonlar polikistozi sindromi reproduktiv yoshdagi ayollarda endokrin bepushtlikning yetakchi sabablaridan biridir. Maqsad: TPKS bo'lgan ayollarda davolash taktikasi va bepushtlik davomiyligiga qarab fertillikning tiklanishini baholash. Material va usullar: Prospektiv tadqiqotga TPKS fonida bepushtlik bilan og'riqan 70 nafar bemor va 20 nafar sog'lom ayollar kiritilgan. Uchta kichik guruhlar ajratildi: KOKning konservativ terapiyasi, keyinchalik laparoskopik drilling bilan kombinatsiyalangan davolash va izolyatsiyalangan jarrohlik aralashuvi. Natijalar: Eng yaxshi gormonal va reproduktiv natijalar kombinatsiyalangan yondashuvda qayd etilgan. Xulosalar: konservalarning bosqichma-bosqich kombinatsiyasi

Kalit so'zlar: polikistik tuxumdon sindromi, bepushtlik, ovulyatsiya, laparoskopiya, reproduktiv funktsiya.

Актуальность

Синдром поликистозных яичников является одной из наиболее частых форм эндокринопатии у женщин репродуктивного возраста, приводящей к гиперандрогении и ановуляторному бесплодию. Частота СПКЯ у женщин репродуктивного возраста достигает 5-10% [1,3].

Этиология заболевания в настоящее время до конца не изучена. Основными факторами являются следующие:

Патология беременности и/или родов у матери пациентки (угроза прерывания беременности, гестоз, преждевременное излитие околоплодных вод, длительный промежуток между родами, болевой синдром, преждевременная отслойка плаценты, острая асфиксия плода, хроническая гипоксия плода); Острые или хронические инфекции на различных этапах жизни женщины, особенно в период полового созревания: заболевания носоглотки (частые ангины, хронический тонзиллит, корь, краснуха, туберкулез, вирусный гепатит А), нейроинфекции и интоксикации; Черепно-мозговая травма (сотрясение мозга, ушиб, травма головного мозга); Психосоциальное напряжение, стрессы, психические травмы, переутомление и хронический информационный стресс; Хронические рецидивирующие воспалительные заболевания внутренних половых органов; Врожденный генетически детерминированный дефект ферментных систем яичников; Наследственный фактор [2,4,5].

Успех лечения больных с ТПС в первую очередь связан не с лечением этого патологического состояния, а с восстановлением овуляции и достижением беременности у ранее бесплодных пациенток.

Цель исследования: оценить восстановление фертильности в зависимости от тактики лечения и длительности бесплодия.

Материал и методы исследования

Обследовано 90 женщин. В проспективное исследование включены 70 женщин с бесплодием и синдромом поликистозных яичников, контрольную группу составили 20 женщин репродуктивного возраста с регулярными овуляторными циклами.

В связи с этим женщины, включенные в основную группу, были разделены на три подгруппы в зависимости от применяемых методов лечения.

Первая подгруппа (А) (n = 25) — пациентки, у которых антиандрогенный эффект достигался путем применения комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в течение не менее 3 месяцев с последующим назначением медикаментозной терапии, направленной на обеспечение фолликулогенеза.

Вторая подгруппа (Б) (n = 20) — пациентки, которым после применения КОК в течение 3–6 месяцев было выполнено хирургическое вмешательство на яичниках лапароскопическим методом: декорткация, резекция или каутеризация яичников.

Третья подгруппа (С) (n = 25) — пациентки, перенесшие хирургическое вмешательство без предварительной подготовки.

Под нашим наблюдением находились 70 пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) в возрасте от 22 до 37 лет (средний возраст — $31,9 \pm 1,4$ года), страдающих бесплодием продолжительностью от 1 до 10 лет (в среднем $5,3 \pm 1,2$ года). Во всех случаях были исключены мужской, цервикальный и иммунологический факторы бесплодия.

Методы исследования

Для обследования женщин используют общепринятые методы, включающие сбор анамнеза, жалобы, осмотр и лабораторные исследования (на 2–5-й день менструации определяют ФСГ, ЛГ, пролактин (ПРЛ), свободный тестостерон (Т), дегидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-С), эстрадиол (Э2), 17-гидроксипрогестерон (17-ОП), Антиовариальные антитела и АМГ (антимюллеров гормон), УТТ.

Ультразвуковое исследование: для определения состояния органов малого таза проводилось ультразвуковое исследование на 5–7-е сутки менструального цикла на аппарате SonoScape 40 (Китай) с трансвагинальным контролем.

Одновременно оценивали морфологию яичников: количество антральных фолликулов (на 2–3-й день менструального цикла), толщину капсулы, экзогенность стромы и объём яичников. Также оценивали размеры матки и толщину эндометрия.

Лапароскопическую каутеризацию и резекцию яичников проводили с использованием оборудования немецкой фирмы «Storz», всем пациенткам проводили спинномозговую анестезию по методу Третеленбурга.

- статистический анализ (с использованием комплекса компьютерных приложений для медико-биологических исследований).

Принципы лечения: при бесплодии на фоне СПКЯ базисная терапия проводится в 2 этапа:

- 1-й подготовительный этап - нормализация основных регуляций репродуктивной системы;
- 2-й этап стимуляции овуляции.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Исследование выполнено без целевого финансирования со стороны коммерческих или государственных структур.

Вклад авторов: идея, концепция и дизайн исследования, статистическая

Этическое заявление: исследование выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации.

Информированное согласие: на проведение исследования и разрешение на анонимную публикацию результатов у всех пациентов получено письменное информированное согласие.

Результат и обсуждения

Клинические проявления синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) у обследованных женщин можно условно разделить на три основные группы: нейропсихические изменения, включающие нарушения сна, раздражительность, быструю утомляемость и снижение либидо; вегетативные нарушения, такие как нестабильное артериальное давление, отёки, потливость; а также метаболические изменения, включая гирсутизм, акне и снижение способности к снижению массы тела.

Анализ выбранных групп женщин показал, что различия в нейропсихических нарушениях между основной и контрольной группами статистически незначимы. Так, возбудимость наблюдалась у 28,6% женщин основной группы и 25% женщин контрольной группы ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,975$), нарушения сна — у 21,4% и 15% соответственно ($\chi^2 = 0,10$; $p = 0,751$), а быстрая утомляемость отмечалась у 24,3% женщин основной группы и у 40% контрольной ($\chi^2 = 1,21$; $p = 0,271$). Таким образом, нейропсихические симптомы сопоставимы между группами, однако наблюдается тенденция к большей усталости в контрольной группе.

Вегетативные нарушения были значительно более выражены у женщин основной группы. Нестабильное артериальное давление отмечалось у 64,3% пациенток основной группы по сравнению с 5% контрольной ($\chi^2 = 19,57$; $p < 0,0001$). Отёки встречались у 44,3% женщин основной

группы и лишь у 10% контрольной ($\chi^2 = 6,47$; $p = 0,011$), а повышенная потливость наблюдалась у 37,1% и 5% соответственно ($\chi^2 = 6,20$; $p = 0,013$). Эти результаты свидетельствуют о статистически значимом увеличении частоты вегетативных нарушений у женщин основной группы, что может быть связано с длительным стрессовым воздействием и эндокринными нарушениями.

Метаболические проявления СПКЯ также были значительно выражены в основной группе. Акне регистрировалось у 82,9% женщин основной группы и только у 5% контрольной ($\chi^2 = 38,38$; $p < 0,0001$), гирсутизм — у 85,7% против 20% соответственно ($\chi^2 = 29,58$; $p < 0,0001$), а трудности с похудением отмечались у 51,4% пациенток основной группы и лишь у 15% контрольной ($\chi^2 = 6,99$; $p = 0,008$). Эти данные подчеркивают выраженное влияние СПКЯ на проявления гиперандрогенного синдрома и метаболические показатели.

Таким образом, комплексный анализ клинических проявлений показывает, что у женщин основной группы нейropsychические изменения статистически не различались с контрольной группой, однако вегетативные и метаболические нарушения были достоверно более выражены.

В дальнейшем нами были проведены гормональные исследования, результаты которых представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Показатели гормонального профиля (М±m)

Показатель	Референсные значения (средняя концентрация в крови)	Основная группа (n=70)	Контрольная группа (n=20)	p
ЛГ, МЕ/л	2-14	16,4±1,3	5,1±1,2	$p < 0,001$
ФСГ, МЕ/л	3,5–13,0	4,7±0,6	5,8±1,1	$p > 0,05$
Пролактин, мМЕ/л	40-530	499,6±22,1	321,2±26,4	$p < 0,001$
ДГЭА-S, ммоль/л	2,45 - 14,55	15,22±1,7	8,03±1,4	$p < 0,001$
Тестостерон, нмоль/л	0,45-3,75	3,8±0,6	1,9±0,8	$p < 0,01$
Антимюллеров гормон, нг/мл	0,5 – 7,0	4,7±0,9	3,2±0,7	$p < 0,05$
Примечание. p – достоверность различий между основной и контрольной группами				

Представленный анализ гормонального профиля показал наличие достоверных различий между основной и контрольной группами по ряду ключевых показателей. В частности, уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) в основной группе был статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($16,4 \pm 1,3$ МЕ/л против $5,1 \pm 1,2$ МЕ/л; $p < 0,001$), что указывает на выраженные нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции репродуктивной системы.

Концентрация пролактина у пациенток основной группы также была достоверно выше, чем в контрольной группе ($499,6 \pm 22,1$ мМЕ/л и $321,2 \pm 26,4$ мМЕ/л соответственно; $p < 0,001$), что свидетельствует о наличии гиперпролактинемии и её возможном влиянии на репродуктивную функцию. Аналогичная тенденция отмечена и в отношении уровня дегидроэпиандростерон-сульфата (ДГЭА-S), который в основной группе превышал показатели контрольной группы более чем в 1,8 раза ($15,22 \pm 1,7$ ммоль/л против $8,03 \pm 1,4$ ммоль/л; $p < 0,001$), указывая на признаки гиперандрогении надпочечникового генеза.

Уровень тестостерона в основной группе также был статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($3,8 \pm 0,6$ нмоль/л и $1,9 \pm 0,8$ нмоль/л соответственно; $p < 0,01$), что подтверждает наличие андрогенного дисбаланса у обследованных пациенток. При этом уровень антимюллерова гормона в основной группе достоверно превышал аналогичный показатель контрольной группы ($4,7 \pm 0,9$ нг/мл против $3,2 \pm 0,7$ нг/мл; $p < 0,05$), отражая особенности овариального резерва и функционального состояния яичников.

Согласно полученным нами данным, у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) наиболее неблагоприятным фактором является сочетание повышения уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), отражающего наличие инсулинорезистентности, связанной с увеличением объёма яичников и способствующей их поликистозной трансформации, а также комплекса клинико-лабораторных параметров.

Полученные данные свидетельствуют о синергическом воздействии инсулина и ЛГ, что, в свою очередь, приводит к формированию поликистозных яичников.

Критерии диагностики СПКЯ включают эхографические признаки при ультразвуковом исследовании. Основными проявлениями заболевания являются увеличение объёма яичников (свыше 10 см³), наличие гиперпластической стромы не менее 25%, наличие атретических фолликулов диаметром более 10 мм, а также уменьшение переднезаднего размера матки.

Переднезадний размер матки составил в 1-й группе 32,0–34,0 мм, в 2-й группе — от 35,0 до 42,0 мм, при этом выявлена статистически значимая разница между группами.

Анализ эхографических размеров яичников показал, что у женщин с СПКЯ все параметры (длина, толщина, ширина, объём яичников, диаметр фолликулов и количество антральных фолликулов) были статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Эти данные подтверждают наличие поликистозной трансформации яичников у пациенток основной группы.

Особенно заметно различие в объёме яичников, который в основной группе превышал контрольную группу более чем в 5 раз ($37,064 \pm 3,049$ см³ против $7,371 \pm 0,809$ см³; $p < 0,05$), что является ключевым ультразвуковым признаком СПКЯ.

При сравнительном анализе соотношения объёма яичников к объёму матки у пациенток первой группы объём обоих яичников приближался к объёму матки: в среднем 97,3%. У женщин контрольной группы объём яичников составлял 31,1%, то есть примерно треть объёма матки ($p < 0,05$). У 68 пациенток (97,1%) первой группы этот показатель превышал 50%. В контрольной группе у 96% женщин с объёмом яичников менее 50% от объёма матки наблюдались нормальные яичники (табл. 8).

Было выявлено статистически значимое положительное корреляционное соотношение между объёмом яичников и уровнями ЛГ и инсулина в крови ($p < 0,05$).

Целью данного исследования является восстановление репродуктивного здоровья у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) посредством оптимизации консервативных и хирургических методов лечения с учётом клинических, морфологических и эндокринно-метаболических особенностей заболевания.

Хирургическое лечение эндоскопическим методом было выполнено у 45 пациенток под спинальной анестезией с использованием аппарата фирмы «ШТОРС».

При лапароскопическом исследовании у женщин с СПКЯ выявлены характерные признаки: жемчужно-серый цвет, гладкая, блестящая, растянутая поверхность с характерным сосудистым рисунком или петлевидными сосудами, наличие субкапсулярных прозрачных кист диаметром от 0,3 до 2 см, плотная или равномерно утолщённая капсула.

На разрезе яичников обнаруживались мелкие прозрачные или желтоватые кисты диаметром 0,3–2 см (обычно от 10 до 15 кист на каждый яичник).

Подгруппа А, получавшая только комбинированные оральные контрацептивы (КОК), показала умеренное снижение ЛГ и ЛГ/ФСГ ($2,3 \pm 0,3$; $p < 0,01$), при этом уровень ФСГ изменился незначительно.

Подгруппа Б, где применялась комбинированная терапия — КОК с последующим лапароскопическим дреллингом яичников, продемонстрировала наиболее выраженную нормализацию гормонального фона. Уровень ЛГ снизился до $9,5 \pm 0,5$ МЕ/л, а соотношение ЛГ/ФСГ — до $2,1 \pm 0,5$ ($p < 0,01$), что подчеркивает высокую эффективность комбинированного подхода.

В подгруппе С, где проводилось только лапароскопическое вмешательство, показатели ЛГ и ЛГ/ФСГ оставались высокими ($2,6 \pm 0,2$; $p < 0,001$), что указывает на ограниченный эффект монотерапии без предварительной консервативной подготовки.

Таким образом, данные подтверждают, что комбинация КОК с лапароскопическим дреллингом (подгруппа Б) обеспечивает наиболее стабильную нормализацию гормонального баланса у пациенток с СПКЯ.

Согласно результатам обследования, у пациенток подгрупп А и Б отмечалось значительное изменение уровней ЛГ и ФСГ: уровень ЛГ снизился в 2 раза, при этом уровень ФСГ достиг нормальных значений. Соотношение ЛГ/ФСГ уменьшилось до границ 1,5–1,2. Это свидетельствует о возможности перехода к следующему этапу лечения.

У пациенток первой группы фолликулогенез был обеспечен при помощи 50 мг кломифена цитрата, а овуляция стимулировалась хорионическим гонадотропином.

Кломифен цитрат назначался по 1 таблетке на 50 мг с 5-го дня менструального цикла, при этом в каждом последующем месяце доза могла быть увеличена до 3 раз в день в зависимости от эффекта предыдущего месяца. Хорионический гонадотропин рекомендован в дозах от 3000 до 10000 МЕ.

У женщин подгруппы А в течение 1 года после проведённого лечения было зарегистрировано 9 беременностей (45%), однако лишь 3 из них (12%) завершились срочными родами, а 2 случая (8%) — преждевременными родами. У 2 женщин (8%) была выявлена неразвивающаяся беременность, ещё у 2 пациенток (8%) отмечено самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках. Вскоре после потери беременности у 2 женщин вновь наступила беременность. У 3 пациенток, у которых роды завершились успешно, повторная беременность наступила: у одной — через 40 дней после родов, у второй — через 3,5 месяца, у третьей — через 6 месяцев. Несмотря на короткий межродовой интервал, у 2 женщин беременность была пролонгирована. В одном случае, учитывая кесарево сечение в анамнезе и наступление беременности в течение 40 дней после родов, с целью профилактики акушерских осложнений беременность была прервана по медицинским показаниям.

В группе В общее число беременностей составило 12 случаев (60%). Наиболее благоприятные исходы отмечены именно в данной группе: 9 беременностей (45%) завершились срочными родами. Неразвивающаяся беременность выявлена у 1 женщины (5%), самопроизвольный выкидыш — у 2 пациенток (10%). Повторная беременность в период лечения зарегистрирована у 3 женщин (15%), а повторная беременность после родов — у 4 пациенток (20%), что свидетельствует о высокой эффективности проведённого комплексного лечения и восстановлении репродуктивной функции.

В группе С, где применялось преимущественно хирургическое (лапароскопическое) лечение, зарегистрировано 4 беременности (16%). Из них лишь 2 случая (8%) завершились срочными родами. У 1 женщины (4%) наблюдался самопроизвольный выкидыш, в 1 случае (4%) диагностирована внематочная беременность. Повторных беременностей в период лечения и после родов в данной группе не отмечено, что указывает на более низкие показатели восстановления фертильности по сравнению с группами А и В.

Таким образом, наилучшие показатели восстановления репродуктивной функции отмечены в группе В, где наблюдалась наибольшая частота наступления беременности и срочных родов. В группе А репродуктивные исходы были менее стабильными, с более высокой частотой осложнённых и прервавшихся беременностей. В группе С показатели фертильности оставались наиболее низкими, тогда как контрольная группа характеризовалась максимальной частотой благоприятных исходов беременности.

Заключение

У женщин с синдромом поликистозных яичников эффективность хирургического лечения без предварительной коррекции эндокринной функции оказалась низкой. Выбор тактики лечения с учётом длительности бесплодия показал высокую эффективность. Комбинированный подход к лечению СПКЯ, включающий консервативную терапию с последующим хирургическим вмешательством, обеспечивал более устойчивое и отдалённое восстановление фертильности по сравнению с изолированным хирургическим лечением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л. В. и др. Клинические рекомендации" Синдром поликистозных яичников" //Проблемы эндокринологии. 2022;68(2):112-127.
2. Иванова А. Ю., Мохорт Т. В. Синдром поликистозных яичников: обновленные рекомендации международного научно обоснованного руководства 2023 года. – 2024.
3. Матризаева Г.Д., Икрамова Х.С., Ражабова Г.О. Оценить кумулятивную эффективность стимуляции моноовуляции у женщин с синдромом Штейна Левенталя в различных возрастных группах // Тиббиётда янги кун 2020;1(29):273-275 <https://newdayworldmedicine.com/en/article/3099>
4. Можейко Л. Ф., Потоцкая А. А. Синдром поликистозных яичников: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2022;12(3):390–403. DOI: [10.34883/PI.2022.12.3.010](https://doi.org/10.34883/PI.2022.12.3.010)
5. Matrizayeva G.D, Ikramova X.S, Xaitov A.O. Assisment of quality-of-life indicators in hormonal infertility in women and determine the value of melatonin in treatment // Research journal of trauma and disability studies. 2022 Oct;1(10). ISSN: 2720 - 6866

Поступила 20.01.2026