

Вестн. новых мед. технологий. 2001, Т. VII ft 2, с. 85-87.

9. Гусева Е. В., Филиппов О. С. *Эффективность современных организационных технологий в профилактике и снижении материнской смертности в Российской Федерации.* // Российский вестник акушера-гинеколога, 2009, N 3, с. 4-8.

10. Кузнецова Т. В., Суханова Л. П., Глущенкова. *Эволюция акушерской патологии в России.* // Здоровоохранение Российской Федерации, 2008, N 4, с. 27-32.

11. Левина Н. Н. *Проблемы, обусловленные современными тенденциями госпитализации беременных и рожениц в перинатальные центры разных уровней.* // Вопросы организации и информатизации здравоохранения Рец. Аналит. Информбюро. Минск, БЕЛЦМТ, 2005, N 2, с. 41-43.

12. Никифоров С. А. *Муниципальное Здоровоохранение пути повышения ресурсного потенциала.* // Здоровоохранение Российской Федерации, 2008, N 4, с. 19-21.

13. Никонов Е. Л. и др. *Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения.* // Кремлевская медицина, 2009, N 1, с. 128 - 131.

14. Новиков Б. Н., Карачевцева М. А., Гуринов П. В., Крачевская Ю. О. *Анализ качества медицинской помощи при родовспоможении.* // Зам. Глав. врача. 2008, N 11, с. 44 - 51.

15. Радзинский Б. Ф. *Акушерская агрессия.* Москва, 2011.

16. Старченко А. А. и др. *Менеджмент качества медицинской помощи, классификация дефектов оказания помощи в акушерстве и гинекологии.* // Клиническая анестезиология и реаниматология Научно-практический журнал. 2008, том 5, N 3, с. 66 - 72.

17. Стрючков В. В., Сапрыкина А. Г. *Повышение доступности медицинской помощи сельским жителям.* // Здоровоохранение, 2008, N 6, с. 47 - 50.

18. Суханова Л. П., Скляр М. С., Уткина Г. Ю. *Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России.* // Здоровоохранение Российской Федерации, 2008, N 5, с. 37 - 42.

19. Филиппов О. С., Гусева Е. В. *Многоуровневая система организации акушерской помощи и показатель материнской смертности.* // Здоровоохранение, 2009, N 7, с. 29 - 37.

20. Чумакова О. В., Филиппов О. С., Гусева Е. В. и др. *О совершенствовании оказания медицинской помощи матерям на современном этапе.* // Вопросы совр. Педиатрии, 2008, N 5, с. 16 - 19.

21. [www.wikipedia.org/wiki/natalitate](http://www.wikipedia.org/wiki/natalitate)

22. [old.msmd/-files/11536-Raport%2520cu%2520re-ferire52520la%2520migratie.pdf](http://old.msmd/-files/11536-Raport%2520cu%2520re-ferire52520la%2520migratie.pdf)

23. Biroul Național de Statistică <http://www.statistica.md/>

24. Centrul Național de Management în Sănătate <http://www.cnms.md/>

© Angela Marian - Pavlenco, Andrei Ostrofeț

Angela Marian - Pavlenco, Andrei Ostrofeț

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SINDROMULUI OVARELOR POLICHISTICE

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Catedra Obstetrică și Ginecologie (Șef catedră – dr. hab., profesor universitar V. Friptu)

### SUMMARY

#### THE DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF THE POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME

**Keyword: polycystic ovarian syndrome, laparoscopy, hormonal stimulation.**

**Materials and methods:** We conducted a retrospective study on 186 patients in the Municipal Clinical Hospital No. 1 and “The Center of Mother and Child”. The study includes the gynecopates, which were divided in two groups by the type of used treatment: the medication treatment (65 patients– 34,9%) and laparoscopic treatment (121 patients – 65,1%).

**Results:** The majority of the patients belong to urban population, 77,4%, (95% IC 56,74%-79,47%,  $p < 0,05$ ). The presented complaints were: the menstrual disorders–74,7%, (95% IC 66,02%-76,43%,  $p < 0,05$ ), the signs of hyperandrogenemic syndrome–52,7% (95% IC 48,14%-54,27%,  $p > 0,05$ ), added weight –12,4% (95% IC 10,11%-14,32%,  $p < 0,05$ ), the infertility in 65,0% (95% IC 64,21%-71,24%,  $p < 0,05$ ). Hormonal determinations: the decresase of FSH

in 69,4%, (95% IC 67,37%-75,54%,  $p < 0,05$ ); the increase of LH in 51,1%, (95% IC 49,28%-55,57%,  $p > 0,05$ ); the ratio LH/FSH  $> 2,5-3,0$  in 37,1%, (95% IC 36,49%-42,31%,  $p > 0,05$ ); the increase of prolactin in 25,8%, (95% IC 24,74%-29,12%,  $p > 0,05$ ); the increase of testosterone in 1/3 of cases; the DHEAS is normal in 100% of cases. The positive result consisted in occurrence of pregnancy in 84 of cases, 69,4%, (95% IC 68,33%-74,62%,  $p < 0,05$ ) after the 6-9 months of laparoscopy, independently in 58 of cases, 69,0%, (95% IC 66,32%-78,53%,  $p < 0,05$ ) and in 26 of cases-31,0%, (95% IC 30,25%-39,67%,  $p > 0,05$ ) after the ovulation stimulation.

**Conclusion.** This study denotes that laparoscopic treatment represents the priority in occurrence of pregnancy for the patients with SOP.

## РЕЗЮМЕ

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, лапароскопия, гормональная стимуляция.

**Материалы и методы:** Мы провели ретроспективное исследование 186 пациенток, которые находились в городской клинической больнице № 1 и в "Центре Матери и Ребенка". Исследование включило пациенток, которые были разделены на 2 группы в зависимости от полученного лечения: медикаментозного (65 пациенток – 34,9%) или лапароскопического. (121 пациенток – 65,1%).

**Результаты:** Большинство пациенток относилось к городскому населению, 77,4%, (95% IC 56,74%-79,47%,  $p < 0,05$ ). Были предъявлены следующие жалобы: нарушения менструального цикла – 74,7%, (95% IC 66,02%-76,43%,  $p < 0,05$ ), признаки гиперандрогении – 52,7% (95% IC 48,14%-54,27%,  $p > 0,05$ ), прибавка в весе – 12,4% (95% IC 10,11%-14,32%,  $p < 0,05$ ), инфертильность в 65,0% (95% IC 64,21%-71,24%,  $p < 0,05$ ). Гормональные сдвиги – понижение ФСГ в 69,4%, (95% IC 67,37%-75,54%,  $p < 0,05$ ); повышение ЛГ в 51,1%, (95% IC 49,28%-55,57%,  $p > 0,05$ ); отношение ЛГ/ФСГ  $> 2,5-3,0$  in 37,1%, (95% IC 36,49%-42,31%,  $p > 0,05$ ); повышение пролактина в 25,8%, (95% IC 24,74%-29,12%,  $p > 0,05$ ); повышение тестостерона в 1/3 случаев, ДГЭА-С без изменений в 100% случаев. Положительный результат заключался в том, что беременность наступила в 84 случаях, 69,4%, (95% IC 68,33%-74,62%,  $p < 0,05$ ) после лапароскопии по истечении 6-9 месяцев, независимо в 58 случаях, 69,0%, (95% IC 66,32%-78,53%,  $p < 0,05$ ) и в 26 случаях-31,0%, (95% IC 30,25%-39,67%,  $p > 0,05$ ) после стимуляции овуляции.

**Вывод:** Исследование показало, что приоритетом в наступлении беременности у женщин с синдромом поликистозных яичников является лапароскопическое лечение.

Sindromul ovarelor polichistice (SOP) prezintă o importanță majoră în practica ginecologică contemporană, ocupând un loc deosebit în structura morbidității ginecologice. Incidența acestei patologii rămâne la un nivel crescut, acest aspect conferindu-i actualitate până în prezent. Incidența SOP este estimată între 1,5-20% (în medie 6%), fiind în continuă creștere în ultimele decenii [4,6].

Laparoscopia constituie una dintre metodele importante de diagnostic și tratament în SOP. În cadrul acestei manopere, ovarele sunt apreciate cu aspect polichistic, fiind mărite bilateral, având formă ovoidă și o capsulă netedă, îngroșată, de culoare alb-sidefie sau gri-gălbuie, pe suprafața căreia se vizualizează vase ramificate. La periferie se atestă foliculi subcapsulari în diverse stadii de atrezie [3,5]. Datele literaturii științifice contemporane demonstrează că implementarea relativ vastă a laparoscopiei duce la diminuarea complicațiilor SOP și survenirea în scurt timp a sarcinii [1,2].

Cu toate acestea, până în prezent, nu există un criteriu unic pentru luarea deciziei despre momentul și modalitatea de efectuare a laparoscopiei în cazul SOP.

**Scopul studiului** constă în elucidarea aspectelor de diagnostic și tratament contemporan în SOP.

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un număr de 186 paciente, în Institutul Mamei și Copilului și Spitalul Clinic Municipal nr.1. Ginecopatele incluse în studiu au fost divizate în două loturi, în funcție de metodele de tratament utilizate: terapia medicamentoasă (65 paciente – 34,9%) sau laparoscopică (121 paciente – 65,1%).

Datele obținute au fost prelucrate computerizat, cu aplicarea setului de programe statistice Microsoft Excel. Veridicitatea rezultatelor a fost determinată prin calcularea pragului de semnificație p, cu ajutorul programului S test (valori relative).

**Rezultate și discuții.** Studiul nostru a relevat că incidența SOP în lotul pacientelor evaluate are o proporție maximă la vârste cuprinse între 25 și 35 ani. Vârsta medie a pacientelor analizate constituie 27,3±3,4 ani. Repartizarea pacientelor după vârstă este reprezentată în figura 1.

Analiza datelor demografice ne demonstrează că majoritatea pacientelor sunt din mediul urban, 77,4%, (95% IC 56,74%-79,47%,  $p < 0,05$ ).

Pacientele s-au adresat cu următoarele acuze: dereglări de ciclu menstrual – 74,7%, (95% IC 66,02%-76,43%,  $p < 0,05$ ), semne de hiperandrogenie – 52,7% (95% IC 48,14%-54,27%,  $p > 0,05$ ), adaos ponderal

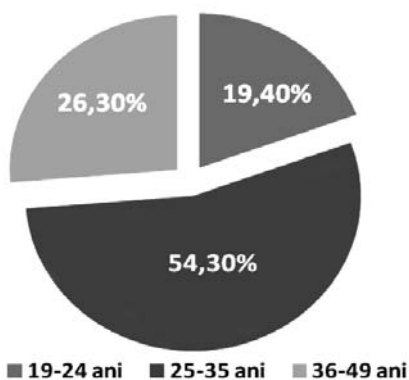


Fig. 1. Distribuția pacientelor incluse în studiu în funcție de vârstă

-12,4% (95% IC 10,11%-14,32%,  $p < 0,05$ ), infertilitatea a fost apreciată în 65,0% (95% IC 64,21%-71,24%,  $p < 0,05$ ), fig. 2.

Tulburări ginecologice în antecedente a prezentat practic fiecare a patra pacientă, acestea fiind caracterizate prin oligomenoree, amenoree secundară etc. În

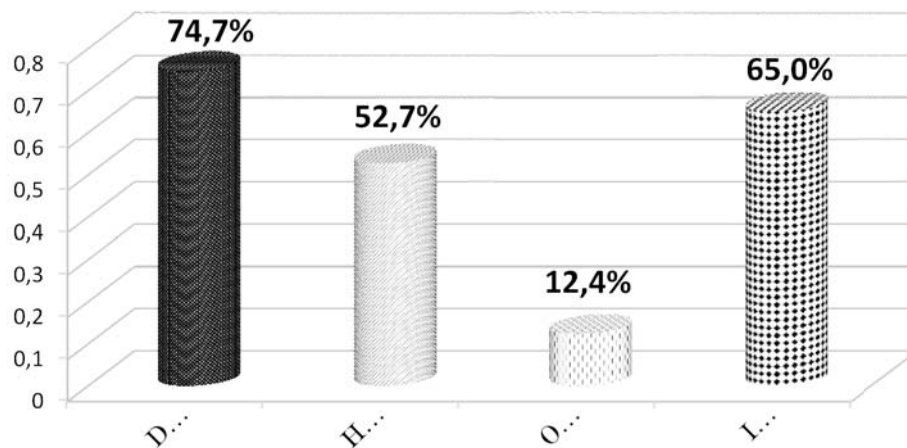


Fig. 2 Acuzele prezentate de către pacientele cu SOP

În urma cercetării efectuate, în baza acuzelor și anamneșticului relatat de către paciente, noi am apreciat profilul-tip al pacientei cu SOP: vârsta medie 25-35 ani; mediul de trai urban; tulburări endocrine (hirsutism), metabolice (obezitate), neurovegetative (cefalee); anamneștic complicat ginecologic (prin oligomenoree) și somatic (prin boli endocrine și cardiovasculare).

În cadrul studiului prezent, diagnosticul de SOP a fost apreciat în baza simptomatologiei la internare, fiind justificat ulterior în baza examinărilor paraclinice.

Diagnosticul clinic al SOP a constat în aprecierea: hirsutismului (prin scorul Ferriman- Gallway), indicelui de masă corporală; valorilor tensiunii arteriale; rezultatelor examenului clinic al glandei mamare și tiroide; examenului ginecologic.

Diagnosticul paraclinic a fost efectuat în baza examenului ecografic și a determinării valorilor hormo-

31 (16,6%) cazuri (95% IC 14,45%-20,27%,  $p > 0,05$ ) pacientele au relatat despre pusee repetate de hemoragii disfuncționale pe parcursul ultimilor doi ani și chiar din perioada de adolescență. În 22,0%, (95% IC 19,28%-27,14%,  $p > 0,05$ ), pacientele au prezentat hiperplazie endometrială, miom uterin, apreciate ecografic, în special în urma stimulării persistente a țesutului endometrial de estrogeni. Patologia tiroidiană a fost apreciată în 14,5% (95% IC 13,65%-19,29%,  $p > 0,05$ ). Dereglări cardiovasculare au prezentat 4,8% paciente (95% IC 2,35%-13,24%,  $p > 0,05$ ), ele fiind asociate cu obezitatea.

Din numărul total de paciente, factorul infecțios a fost depistat la 16,7% (95% IC 14,75%-20,24%,  $p > 0,05$ ), traumatism craniocerebral au suportat 7,5% (95% IC 5,45%-13,27%,  $p > 0,05$ ) în perioada copilăriei. Despre prezența stresului psiho-emoțional în activitatea de lucru și cea cotidiană au relatat 66,7% (95% IC 63,13%-73,77%,  $p < 0,05$ ). Cele menționate anterior constituie factori etiopatogenetici importanți în dezvoltarea și manifestarea SOP.

Examenul ecografic s-a efectuat tuturor pacien-te, fiind evidențiate următoarele modificări ovariene:

- Ovar micropolichistic, cu volumul ovarelor  $> 10 \text{ cm}^3$  și prezența a 12-14 foliculi mici, cu diametrul între 2-9 mm – în 166 (89,2%) cazuri (95% IC 86,18%-95,64%,  $p < 0,05$ ). Examenul ecografic în dinamică a depistat lipsa evoluției maturizării foliculare și endometriale, anovulație persistentă. Datele menționate au fost confirmate prin laparoscopie;

- Chisturi ovariene – în 8 cazuri 4,3%, (95% IC 3,78%-10,11%,  $p > 0,05$ ).

Determinările hormonale au arătat următoarele schimbări: scăderea nivelului FSH în 69,4% cazuri (95% IC 67,37%-75,54%,  $p < 0,05$ ); creșterea nivelului LH în 51,1% cazuri (95% IC 49,28%-55,57%,  $p > 0,05$ ); raportul LH /FSH  $> 2,5-3,0$  în 37,1%, (95% IC 36,49%-42,31%,  $p > 0,05$ ); creșterea prolactinei în 25,8%, (95% IC 24,74%-29,12%,  $p > 0,05$ ); majorarea

nivelului de testosteron în 1/3 cazuri; DHEAS normal în 100% cazuri.

Cercetarea a permis stabilirea SOP primar în 172 (92,5%) cazuri în baza simptomatologiei prezentate, a datelor anamnestice și clinico-paraclinice.

Tratamentul conservator a constat din două etape:

etapa I – normalizarea reglării sistemului reproductiv

- COC pentru normalizarea CM – câte 1 comp. /zi 21 zile, timp de 3-6 luni sau în regim continuu câte 1 comp. /zi timp de 63 zile cu pauză de 7 zile, per os.

- Regim alimentar echilibrat, dietă, exerciții fizice în caz de obezitate

- Bromcriptină câte ½ comp. (1,25 mg) sau 1 comp. (2,5 mg) o dată în zi; doza este individualizată, cu creștere pe parcursul următoarelor 10-14 zile, per os la pacientele diagnosticate cu hiperprolactinemie

etapa II – stimularea ovulației

- Clostilbeghit – câte 50-100 mg (1-2 comp.) între a 5-9-a zi de CM sub control ecografic, per os.

Terapia adjuvantă a constat în administrarea de:

- Spironolactonă câte 50-200 mg /zi între a 5-25-a zi de CM, 3-6 luni, per os.

- Ciproteronă (Androcur) câte ½-1 comp. (5-10 mg) /zi între a 5-14-a zi de CM, 3-6 luni per os., de sine stătător sau în asociere cu COC în hiperandrogenemie

Laparoscopia diagnostică și curativă s-au efectuat pentru confirmarea diagnosticului de SOP și pentru determinarea tratamentului SOP. În cadrul laparoscopiei diagnostice au fost apreciate următoarele modificări: ovarele cu aspect polichistic, mărite în dimensiuni, de formă ovoidă; cu o capsulă netedă, îngroșată, de culoare alb-sidefiu sau gri-gălbuie, pe suprafața căreia se vizualizau vase ramificate; foliculii subcapsulari în diverse stadii de atrezie la periferie.

Volumul intervenției efectuat în cadrul studiului a fost: „Drillingul ovarian” în 121 cazuri (65,1%); cromosalpingoscopie pentru aprecierea permeabilității trompelor uterine în 100% cazuri; lezarea aderențelor în 37 (30,6%) cazuri chistectomie unilaterală în 8 (6,6%) cazuri.

Mecanismul de acțiune al „drillingului ovarian” a constat în corectarea hiperandrogenismului și restabilirea unui feed-back normal între ovare și hipofiză. Astfel, după utilizarea acestei metode, s-a realizat: restabilirea ciclului menstrual normal, revenirea ovulației și survenirea sarcinii. Efectul pozitiv al „drillingului ovarian” a durat peste 6 luni. „Doza optimă” de electrocoagulare necesară a fost de 4-5 puncte per ovar, dimensiunile perforațiilor au depins de grosimea

capsulei ovariene. Avantajele considerabile ale procedurii față de tratamentul conservator s-au caracterizat prin rata mai mare a survenirii sarcinilor intrauterine și rata mai mică a survenirii riscului hiperstimulării.

Rezultatul pozitiv a constat în survenirea sarcinii în 84 (69,4%) cazuri (95% IC 68,33%-74,62%,  $p < 0,05$ ) după 6-9 luni de la efectuarea laparoscopiei, de sine stătător în 58 cazuri, 69,0%, (95% IC 66,32%-78,53%,  $p < 0,05$ ) și în 26 (31,0%) cazuri (95% IC 30,25%-39,67%,  $p > 0,05$ ) după stimularea ovulației. În 86,9% cazuri sarcina s-a instalat în utero, iar în 13,1% a survenit sarcina extrauterină, rezolvată laparoscopic.

#### Concluzii:

1. SOP constituie o patologie complexă plurifactorială, caracterizată prin modificări endocrine și metabolice, care se manifestă clinic prin anovulație, hiperandrogenism, infertilitate.

2. Diagnosticul SOP se stabilește în baza examenului ecografic (volumul ovarelor crescut, foliculii mici de 2-9 mm, anovulație persistentă) și a testelor hormonale (creșterea testosteronului, modificarea FSH/LH), ceea ce permite inițierea rapidă a unei metode de tratament.

3. Studiul de față denotă faptul că tratamentul laparoscopic este prioritar în survenirea sarcinii la pacientele cu SOP.

#### Bibliografie

1. **Dumachița-Șargu G.** Diagnostic și tratament în sindromul ovarian polichistic. Rezumat al tezei de doctorat. Iași, 2011, 48 p.

2. Evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. The Jean Hailes Foundation for Women's Health on behalf of the PCOS Australian Alliance. 2011, 132 p.

3. **Farquhar C. et al.** Laparoscopic 'drilling' by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007(3).

4. **Glintborg D., Andersen M.** An update on the pathogenesis, inflammation, and metabolism in hirsutism and polycystic ovary syndrome. Gynecological Endocrinology. 2010, nr. 26(4), p. 281-296.

5. **Harrison C. et al.** Exercise therapy in polycystic ovary syndrome: A systematic review. Human Reproduction Update. 2011, nr. 17(2), p. 171-183.

6. **Vârtej P., Vîrtej I., Poiană C.** Anovulația. Sindromul ovarelor polichistice virilizante. În: Ginecologie endocrinologică. Ed. a IV-a, București, 2014, p. 103-110.