ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения»
Республиканский центр эндокринологии
Белорусское общественное медицинское объединение «Эндокринология и Метаболизм»

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Информация для пациента

Минск
«Профессиональные издания»
2023

Частота встречаемости синдрома поликистозных яичников (СПЯ) составляет около 8–21% среди женщин репродуктивного возраста, в структуре эндокринного бесплодия достигает 60–65%, а среди пациенток с гирсутизмом встречается у 70–80%.

Поликистозное изменение яичников впервые было описано в 1864 году.

Около 150 лет данная патология изучается учеными всего мира, но и сегодня данная проблема является сложной медицинской задачей.

Пациентки с СПЯ находятся в группе риска по развитию аномальных маточных кровотечений, рака эндометрия и молочных желез, СД 2-го типа и сердечно-сосудистой патологии.

СПЯ – это многофакторное заболевание, наследственно обусловленное, характеризующееся нарушением менструального цикла, хронической ановуляцией (отсутствие овуляции), гиперандрогенией (избыток мужских гормонов), увеличением размеров яичников и особенностями их строения.

Согласно современным представлениям о данной патологии, диагноз СПЯ ставится при наличии 2 признаков из 3 ниже перечисленных:

- ановуляция (отсутствие овуляции в течение длительного периода времени);
- повышенный уровень мужских гормонов (гиперандрогения клиническая и/или биохимическая);
- поликистозные яичники по УЗИ (наличие 12–25 кистозно-атрезирующихся антральных фолликулов в диаметре 2–9 мм в яичниках при ультразвуковой диагностике).

В зависимости от комбинации признаков выделяют 4 типа СПЯ:

- A (классический),
- B (ановуляторный),
- C (овуляторный),
- D (неандрогенный).

Несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени так и не удалось сформулировать единую теорию причины возникновения СПЯ.

В развитии данного заболевания выделяют нарушения в четырех различных отделах нейроэндокринной системы. Эти нарушения возникают на уровне гипоталамо-гипофизарной системы, яичников, надпочечников и периферических инсулин чувствительных тканей.

Важная роль также принадлежит генетически обусловленному дефекту ароматазной ферментной системы, лежащему в основе нарушения синтеза гормонов в яичниках.

Все гормональные и биохимические процессы в организме связаны между собой и в целом способствуют формированию поликистозных яичников (ПКЯ) с нарушением их структуры и функции (рисунок 1).

Рисунок 1. Патологические механизмы синдрома поликистозных яичников

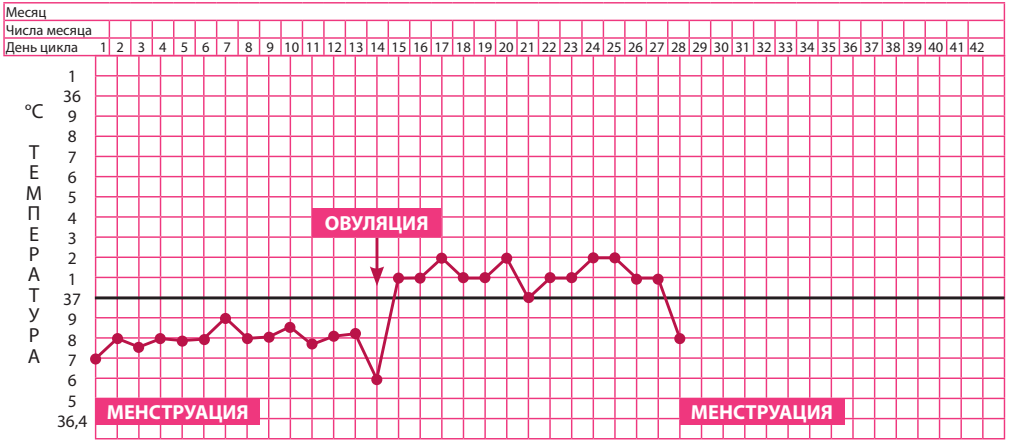
Ановуляция – состояние, при котором яйцеклетка не созревает и не выходит из фолликула. Может диагностироваться как при регулярном, так и при нарушенном менструальном цикле.

Самый простой и доступный метод диагностики ановуляции – измерение базальной температуры в течение 3 менструальных циклов.

Температура измеряется во влагалище либо в прямой кишке ежедневно после просыпания, не вставая с постели, в одно и то же время в течение 10 минут на глубине 5 см.

Данные фиксируются в график. Примеры графиков базальной температуры овуляторных и ановуляторных циклов представлены на рисунке 2.

При ановуляции отсутствует подъем температуры выше 37 градусов, кривая носит монофазный характер.



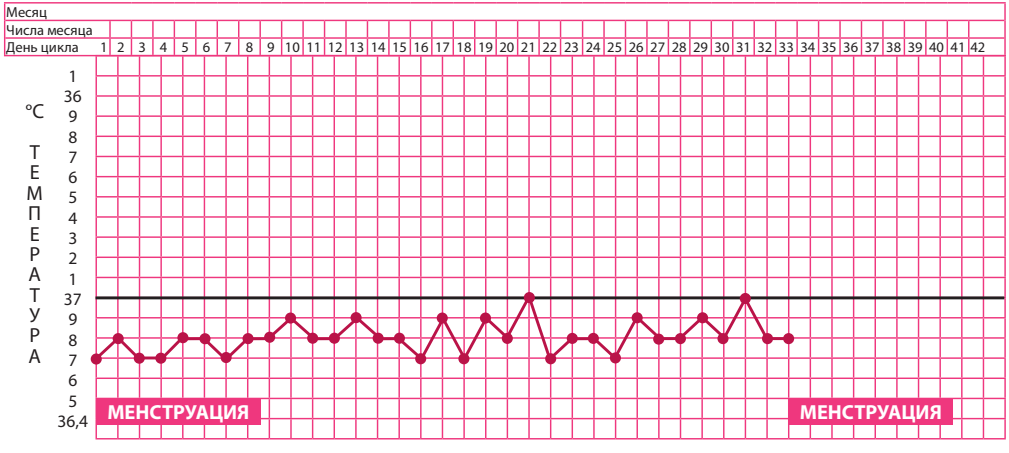


Рисунок 2. Примеры графика базальной температуры при овуляторном и ановуляторном циклах
(фото носит иллюстрационный характер, взято из открытых источников)

Ановуляция также подтверждается:

- при **серийном ультразвуковом исследовании органов малого таза** (контроль роста фолликула),
- при гормональном исследовании (уровень **прогестерона на 21–24-й день** менструального цикла).

Гиперандрогения – состояние, связанное с избыточной секрецией андрогенов и/или усиленным их воздействием на организм, которое у женщин чаще всего проявляется вирилизацией (появление мужских черт) и андрогензависимой дермопатией (акне, гирсутизм, алопеция).

Гирсутизм – это избыточный рост терминальных волос у женщин по мужскому типу (терминальные – темные, жесткие и длинные волосы, в отличие от пушковых – слабоокрашенных, мягких и коротких).

При наличии избыточного роста волос проводят подсчет гирсутного числа для оценки степени выраженности гирсутизма по модифицированной Шкале Ферримана – Галлвея.

Согласно последним рекомендациям, о гирсутизме, как правило, свидетельствует сумма баллов по модифицированной Шкале Ферримана – Галлвея ≥4–6. У некоторых представительниц европеоидной и негроидной рас патогномоничным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале ≥8.

Однако степень гирсутизма при СПЯ не всегда коррелирует со степенью избытка андрогенов. Это несоответствие между уровнем гормонов и степенью выраженности гирсутизма отражает разную индивидуальную чувствительность ткани-мишени к этим гормонам.

Ультразвуковая диагностика ПКЯ

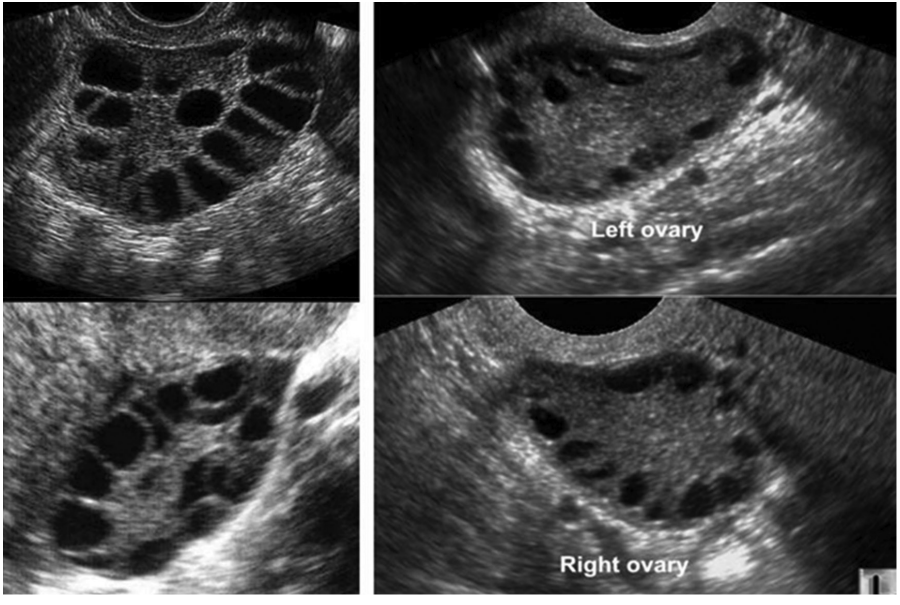


Рисунок 3. Ультразвуковая картина поликистозных яичников
(фото носит иллюстрационный характер, взято из открытых источников)

Основана на оценке объема и структуры яичников на 5–7-й день менструального цикла либо в любой день на фоне аменореи.

Наличие в яичниках 12–25 кистозно-атрезирующихся антральных фолликулов в диаметре 2–9 мм, расположенных по периферии или диффузно, и/или объем яичников 10 см³ и более подтверждает ПКЯ (рисунок 3).

Клинические проявления СПЯ

Связаны с гормональными и биохимическими изменениями, которые приводят к отсутствию овуляции, резистентности к инсулину и могут включать различные клинические симптомы (рисунок 4).

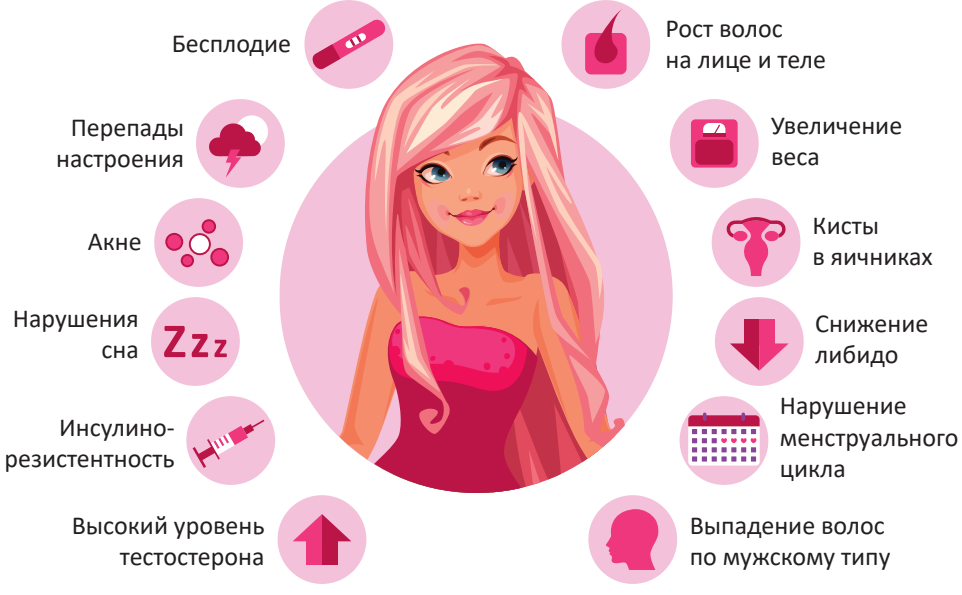


Рисунок 4. Клинические проявления СПЯ
(фото носит иллюстрационный характер, взято из открытых источников)

Симптомы СПЯ могут быть похожи на другие медицинские проблемы, поэтому всегда консультируйтесь со своим врачом, который проведет дифференциальную диагностику.

Диагностика СПЯ

Основана на комплексной оценке жалоб, клинических проявлений, данных лабораторного и ультразвукового исследования.

В дополнение к полной истории болезни и физическому обследованию, диагностические процедуры для СПЯ могут включать в себя:

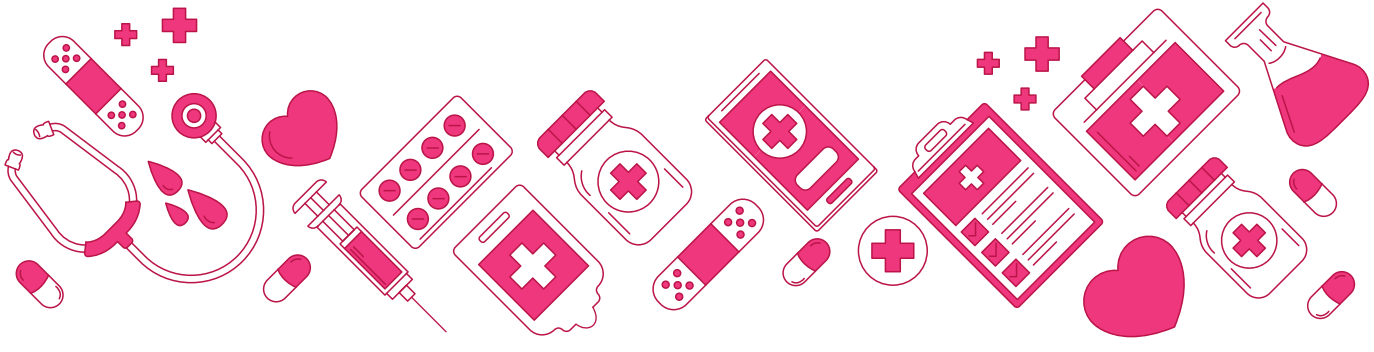
- гинекологическое обследование – внешнее и внутреннее обследование женских половых органов;
- осмотр и пальпацию молочных желез;
- измерение окружности талии;
- определение индекса массы тела;
- гормональное и биохимическое исследование крови;
- исследование уровня глюкозы в крови натощак или исследование уровня гликированного гемоглобина;
- ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез.

Лечение СПЯ

Тактика лечения определяется с учетом поставленных целей:

1. нормализация менструального цикла;
2. лечение акне и гирсутизма;
3. снижение массы тела;
4. планирование беременности.

Все лечебные мероприятия осуществляются с учетом переносимости лекарств, ваших мнений и предпочтений, а также ожиданий от терапии. Как правило, лечение СПЯ направлено на устранение основных проявлений заболевания и профилактику отдаленных осложнений.



На первоначальном этапе лечения пациентка мотивируется на **модификацию образа жизни** с соблюдением калоража питания и повышением физической нагрузки, предусматривающей физическую активность средней интенсивности не менее 150 минут в неделю либо не менее 75 минут в неделю высокой интенсивности. Контроль массы тела осуществляется ежемесячно. Снижение массы тела на 5–10% за 6 месяцев приводит к значительным клиническим улучшениям. Эти меры позволят организму более эффективно расходовать инсулин, снизят уровень глюкозы в крови и могут поспособствовать нормализации менструального цикла.

При выявлении инсулинорезистентности или нарушении толерантности к глюкозе назначаются препараты для снижения уровня сахара в крови из класса бигуанидов. Длительность приема и дозы препаратов подбираются врачом индивидуально.

Для лечения нарушений менструального цикла и клинических проявлений гиперандрогении (гирсутизм и акне) назначаются оральные контрацептивы с антиандрогенным эффектом. При наличии противопоказаний к назначению оральных контрацептивов используют назначение негормональных антиандрогенных препаратов. Иногда для усиления эффекта лечения прибегают к их комбинации. С целью быстрейшего клинического эффекта в лечении гирсутизма возможно использование различных методов эпиляции (электро-лазерной, химической, механической).

Для достижения беременности у пациенток с СПЯ используют как непрямые, так и прямые стимуляторы роста фолликулов, гормональные препараты для достижения овуляции и поддержания лютеиновой фазы менструального цикла. Гормональная стимуляция осуществляется только после исключения всех других факторов бесплодия в том числе мужского, а также при условии проходимости маточных труб.

При отсутствии эффекта от всех методов консервативной терапии прибегают к **хирургическому лечению с использованием лапароскопии.** Если в течение 12 месяцев после хирургического лечения не наступила беременность даже с использованием индукторов овуляции, пациентке предлагают ЭКО.

Список цитированных источников:

1. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции/И.Б. Манухин [и др.]. – 4 изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 304 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»).
2. Диагностика и лечение пациентов с эндокринными заболеваниями
3. гипофиза, надпочечников, гонад (взрослое население): клинический протокол: утв. постановлением МЗ РБ от 21.06.2021 №85.
4. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии: клинический протокол: утв. постановлением МЗ РБ от 19.02.2018 №17.
5. Синдром поликистозных яичников: клинический протокол: утв. МЗ РФ, 2021.
6. International Evidence based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome 2023
7. WILLIAMS TEXTBOOK OF ENDOCRINOLOGY, FOURTEENTH EDITION, 2020