

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Черватюк Мария Игоревна

студентка V курса

Мищенко Алина Николаевна

студентка V курса

Белгородский государственный научно-исследовательский университет

Медицинский институт, г. Белгород

Аннотация. В обзорной статье приведены современные данные об этиопатогенезе синдрома поликистозных яичников. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ), или синдром Штейна-Левентала, – патология структуры и функции яичников, которая характеризуется овариальной гиперандрогенией с нарушением менструальной функций.

Очевидно, что синдром поликистозных яичников — многофакторная, генетически обусловленная патология. Лабораторное обследование женщин с этим заболеванием основано на определении уровня ряда гормонов.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гиперандрогенемия, ановуляция, киста

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее актуальных проблем в гинекологии. Представляет собой гетерогенное, наследственно обусловленное заболевание, которое характеризуется нарушением менструального цикла, ановуляцией и бесплодием, гиперандрогенией (ГА), увеличением и кистозным изменением яичников. Значительно реже (5–8%) при СПКЯ встречаются симптомы вирилизации: снижение тембра голоса, гипертрофия клитора, алопеция.

Среди женщин репродуктивного возраста частота заболевания составляет 4–12%. Патогенез СПКЯ чрезвычайно сложен и, несмотря на большое число существующих теорий развития заболевания, ни одна из них не смогла до конца раскрыть причины возникновения и механизмы развития.

Метаболические нарушения при СПКЯ могут быть выявлены при помощи следующих лабораторных методов: – определение уровня инсулина (натошак) иммунореактивным методом; – исследование концентрации гликозилированного гемоглобина; – стандартный глюкозотолерантный тест; – исследование липидного профиля (холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП) [2].

На сегодняшний день более значимыми расцениваются две версии патогенеза СПКЯ: теория нарушения секреции гонадотропин-рилизинг гормона в гипоталамусе (центральная теория) и теория инсулинорезистентности. Первые симптомы заболевания возникают в конце

препубертатного и в пубертатном периоде, который является критическим, данные изменения чаще всего протекают на фоне вегетативной дисфункции и напряжения адаптационно-компенсаторных возможностей организма девочки-подростка.

При исследовании гормонального профиля крови женщин с СПКЯ наиболее постоянными и показательными параметрами служат повышение уровня ЛГ и индекса ЛГ/фолликулостимулирующий гормон $>2,5$ (у 80% женщин), повышение содержания тестостерона (у 60% женщин) и стабильное снижение уровня прогестерона (у 100% женщин) [3].

Признаки на эхограмме: увеличение объёма яичника более 10 мл, число анэхогенных фолликулов диаметром от 2 до 9 мм не менее 25 в одном яичнике, структура яичников оценивается при помощи УЗИ с трансвагинальным датчиком. УЗИ-диагностики, то это исследование можно заменить определением антимюллера гормона (АМН) [1]. Диагноз подтверждает АМН $> 4,5$ нг/мл.

Еще одним важным методом инструментальной диагностики служит лапароскопия, при которой у пациенток с СПКЯ можно увидеть увеличение яичников, наличие в них множества подкапсулярных кист, капсула утолщённая, гладкая, с выраженным сосудистым рисунком.

Выбор метода лечения СПКЯ необходимо проводить на основании клинко-лабораторных данных и с учётом патогенетических вариантов заболевания [4].

Выделяют два вида терапии СПКЯ: консервативное и хирургическое. Основными задачами медикаментозной терапии принято считать устранение клинических и метаболических проявлений заболевания, уменьшение симптомов андрогенизации, восстановление менструального цикла и индукция овуляции [5].

Классической схемой консервативного лечения СПКЯ на сегодняшний день является: – применение эстроген-гестагенной терапии для устранения олигоменореи и дисфункциональных маточных кровотечений; – эстроген-гестагенная и антиандрогенная терапия для борьбы с гирсутизмом; – изменение образа жизни, физические упражнения для борьбы с лишним весом; – уменьшение массы тела; – кломифена цитрат для восстановления овуляции. Пациенткам с СПКЯ для снижения массы тела могут быть назначены препараты, препятствующие всасыванию жиров. Например, орлистат является ингибитором желудочно-кишечных липаз, не оказывая системного действия. Является барьером к расщеплению и всасыванию до 30% жиров, поступающих с пищей. Принимается в дозе по 120 мг 3 раза в день во время еды или в течение часа после еды.

Наиболее важным показанием к оперативному вмешательству является необходимость восстановления фертильности при неэффективности консервативных методов лечения [3].

Список литературы:

1. Зеленина Н.В., Молчанов О.Л., Бескровный С.В. Терапия бесплодия при синдроме поликистозных яичников // Педиатр. — 2011. — Т. 2, №4. — С. 76–81.
2. Парамонова О.В., Коренская Е.Г., Трофименко А.С., Зборовская И.А. Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте: современные воззрения на патогенез и клинические проявления // Пробл. жен. здоровья. — 2013. — Т. 8, №2. — С. 74–80.
3. Татарчук Т.Ф., Педаченко Н.Ю., Капшук И.М. Состояние жировой ткани при синдроме поликистозных яичников // Здоровье женщины. — 2013. — №10. — С. 35–38.
4. Ehrmann D.A. Polycystic ovary syndrome // New Engl. J. Med. — 2005. — Vol. 352, N 12. — P. 1223–1236
5. Rotterdam ESHRE /ASRM-Sponsored Consensus Workshop Group 2004. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome // Hum. Reprod. — 2004. — Vol. 19, N 1. — P. 41–47.