

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра госпитальной терапии и иммунологии с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Синдром поликистозных яичников»

Выполнила: ординатор
второго года
специальности
эндокринология

Игол Е. В.

Красноярск 2023

Содержание:

Определение заболевания

Этиология и патогенез

Эпидемиология заболевания

Клиника и диагностика СПКЯ

Дифференциальный диагноз СПКЯ

Лечение СПКЯ

Определение заболевания

Синдром поликистозных яичников- это эндокринное (гормональное) заболевание, характеризующееся патологическими изменениями структуры и функции яичников.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как генетическими, так и эпигенетическими факторами. В зависимости от периода жизни женщины клиническая картина, диагностика, лечебная тактика заболевания различна. СПКЯ имеет комплекс репродуктивных, метаболических и психологических особенностей

Этиология и патогенез

В основе СПКЯ лежит нарушение регуляторных механизмов функции яичника, которые ведут к прекращению созревания фолликулов, ановуляции, атрезии фолликулов, аменореи и бесплодию. Непосредственной причиной аменореи и бесплодия при СПКЯ является избыток лютеинизирующего гормона, который постоянно стимулирует текаклетки яичников и гиперпродукцию андрогенов-андростендиона и тестостерона. Избыток андрогенов секретируется в кровоток. В периферических тканях тестостерон и андростендион превращаются в эстрадиол. Избыток эстрадиола стимулирует секрецию ГнРГ и ЛГ и тормозит секрецию ФСГ. ЛГ стимулирует текаклетки к избыточному синтезу андрогенов, развивается порочный круг-избыточный синтез андрогенов текаклетками яичников – увеличение превращения андрогенов в эстрадиол в периферических тканях, увеличение концентрации эстрадиола в сыворотке -гиперстимуляция эстрадиолом секреции ГнРГ и ЛГ и постоянная стимуляция ЛГ текаклеток, ведущая к избыточному синтезу андрогенов- андростендиона и тестостерона. Избыток эстрогенов(образованный в периферических тканях, а не в яичниках) тормозит секрецию ФСГ. В результате уменьшается синтез эстрадиола в гранулезных клетках фолликула и образование ИФР-1. Фолликул не созревает и подвергается атрезии или преобразуется в кисту. Это и ведет к ановуляции, аменореи и бесплодию.

Причины, которые приводят к нарушению регуляторных механизмов функции яичников и к развитию СПКЯ, установлены не полностью. Выделяют несколько возможных причин развития СПКЯ:

*Первичная роль надпочечников. В период полового созревания увеличивается секреция надпочечниковых андрогенов. Из андростендиона в периферических тканях в избытке образуется эстрадиол, который стимулирует секрецию ГнРГ и ЛГ и тормозит секрецию ФСГ. Далее запускается весь механизм нарушений в регуляции функции яичников.

*Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия. Инсулинорезистентность является следствием дефицита рецепторов инсулина на гранулезных клетках фолликула. Недостаточность действия инсулина ведет к нарушению фосфорилизации стероид-генетического фактора 1 в гранулезных клетках. В результате снижается активность энзима ароматазы и уменьшается синтез эстрадиола из тестостерона. В противоположность к гранулезным клеткам текаклетки имеют нормальное количество рецепторов к инсулину. Гиперинсулинемия, возникающая из-за резистентности к инсулину, стимулирует образование в текаклетках в избыточном количестве ИФР-1 тестостерона. Избыток яичниковых андрогенов ведет к увеличенному образованию из них эстрадиола, гиперстимуляции ЛГ, подавлению ФСГ и дальнейших нарушений

*Первичные гипоталамические нарушения в развитии СПКЯ. Пульсаторная секреция ГнРГ учащается, происходит избыточная секреция ЛГ, увеличение синтеза тестостерона. Тестостерон превращается в эстрадиол, который тормозит секрецию ФСГ. Из-за недостатка ФСГ уменьшается синтез эстрадиола, фолликул не созревает, атрезируется.

Эпидемиология заболевания

Среди женщин репродуктивного возраста распространенность синдрома составляет от 6-9% до 19.9% У женщин, имеющих НМЦ, частота выявления СПКЯ от 17,4% до 46,4%. У пациенток с клиническими проявлениями гиперандрогении СПКЯ занимает ведущее место, достигая 72,1%-82%, а у женщин с ановуляторным бесплодием СПКЯ выявляется в 55%- 91% случаев

Клиника и диагностика СПКЯ

Для постановки диагноза СПКЯ используются согласованные критерии ASRM/ESHRE (2003) предполагающие наличие любых 2-х из 3-х признаков: олигоановуляция, гиперандрогенемия и/или гирсутизм, поликистозная морфология яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ)

Менархе у будущих больных с СПКЯ развиваются в соответствии с пубертатом, но во взрослом состоянии наблюдаются нарушения менструального цикла в виде олтго- или -аменореи, нерегулярного менструального цикла и дисфункциональных кровотечений. Периодические менструальные кровотечения могут протекать с болевым синдромом. Такие циклы как правило, ановуляторные и часто сочетаются с недостаточностью лютеиновой фазы и бесплодием.

Гирсутизм проявляется в различной степени выраженности. Для оценки степени выраженности гирсутизма используется Шкала Ферримана-Галлвея У представительниц европеоидной и негроидной рас патогномичным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале ≥ 8 баллов, хотя по некоторым данным о гирсутизме свидетельствует его повышение ≥ 6 . У представительниц Юго-Восточной Азии диагностически значимо повышение суммы баллов по шкале Ф-Г ≥ 3 . Проявлениями андрогенной дерматопатии также являются вульгарные акне, жирная себорея. Часто также обнаруживается acanthosis nigricans(бородавчато-сосочковые разрастания буровато черного цвета на шее и подмышках), который является признаком инсулинорезистентности. У некоторых больных наблюдаются выраженные проявления маскулинизации гипертрофия и вирилизация клитора, изменения голоса

У многих больных с СПКЯ имеется повышенная масса тела, ожирение. При этом излишки жира откладываются, как правило, на животе (“центральный” тип ожирения). Поскольку уровень инсулина при СПКЯ повышен, довольно часто заболевание сочетается с сахарным диабетом 2 типа. СПКЯ способствует раннему развитию сосудистых заболеваний, таких как гипертоническая болезнь и атеросклероз. Нарушение обмена липидов в печени и на периферии приводит к дислипидемии и увеличению частоты сердечно-сосудистых заболеваний.

Женщины с СПКЯ входят в группу риска развития аденокарциномы эндометрия, фиброзно-кистозной мастопатии и рака молочных желез

Лабораторная диагностика СПКЯ. Содержание ЛГ в плазме крови или сыворотке почти в 2 раза превышает норму, тогда как ФСГ нормальный или снижен. Повышен уровень эстрадиола, который в избытке образуется из андрогенов в периферических тканях. Более чем у 50% больных с СПКЯ повышено содержание тестостерона в сыворотке крови, почти у такого же количества больных повышен уровень дегидроэпиандростерон-сульфата. Почти у 1/3 больных умеренно повышено содержание пролактина в сыворотке крови.

Ультразвуковые критерии диагностики СПКЯ. Для диагностики поликистозных яичников (ПКЯ), необходимо наличие в яичнике 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм и/или увеличение овариального объема более 10 мл. Увеличение овариального объема считается более надежным критерием диагностики СПКЯ, чем количество фолликулов. Структурные изменения яичников при СПКЯ характеризуются: гиперплазией стромы; гиперплазией клеток теки с участками лютеинизации; наличием множества кистозно-атрезирующихся фолликулов, расположенных под капсулой в виде «ожерелья»; утолщением капсулы яичников

Дифференциальный диагноз СПКЯ

Дифференциальный диагноз следует проводить со всеми заболеваниями, которые могут иметь симптомы гиперандрогении

*Надпочечниковые формы гиперандрогении

А) врожденная дисфункция надпочечников и ее постпубертатная форма.

Б) Вирилизующие опухоли надпочечников, синдром Иценко-Кушинга

В) Гиперплазия надпочечников

*Вирилизующие опухоли яичников

*Акромегалия (Повышенный уровень СТГ вызывает гиперандрогению, имеются увеличенные размеры яичников)

*Гипотиреоз

*Идиопатические и конституциональные формы гирсутизма

*Заболевания печени, сопровождающиеся снижением синтеза тестостерон-эстрогенсвязывающего глобулина

*Гипоталамо-гипофизарные синдромы, включающие опухоли различных ее отделов

*Преждевременная овариальная недостаточность

Лечение СПКЯ

При выборе тактики лечения необходимо руководствоваться в первую очередь репродуктивными установками женщины. Основные цели лечения СПКЯ – устранение клинических проявлений гиперандрогенизма (андрогензависимой дермопатии, алопеции и др.), регуляция менструального цикла для профилактики гиперплазии эндометрия, восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности, при необходимости нормализация массы тела, коррекция метаболических нарушений, предупреждение поздних осложнений СПКЯ. В первую очередь восстановлению овуляторных менструальных циклов должны предшествовать модификация образа жизни, предупреждение ожирения.

Доказано, что снижение массы тела на 5–10% в течение 6 месяцев приводит к значительному клиническому эффекту: нормализации менструальной функции и улучшению ряда метаболических показателей. Необходимо отметить, что физическая активность средней интенсивности должна составлять минимум 150 минут в неделю или 75 минут в неделю физической активности высокой интенсивности, включая упражнения с нагрузкой на укрепление мышц 2–3 раза в неделю. Особенно важно в комплексной

терапии СПКЯ качественное питание, которое должно быть рациональным и сбалансированным, т. е. содержать определенное количество и соотношение макро- и микронутриентов, которые способствуют нормальному и устойчивому функционированию метаболических процессов в организме. При этом следует контролировать гликемический индекс в продуктах. Рекомендовано добавлять в рацион питания продукты с низким (менее 40) гликемическим индексом: хлеб зерновой, ржаной, фасоль, горох зеленый свежий, томат, морковь, яблоко, грейпфрут, ягоды, огурец, капусту (кочанную, цветную, брюссельскую, брокколи), сельдерей, спаржу, шпинат, кабачок. Рыба, яйца и мясо не содержат углеводов, обладают нулевым гликемическим индексом, поэтому их также необходимо включать в диетический рацион. Сочетая овощи и фрукты с низким гликемическим индексом с белковыми продуктами, можно получать необходимые питательные вещества, не повышая общую калорийность рациона и показатель ГИ. Не менее важным является употребление достаточного количества клетчатки, содержащейся в растительных продуктах, для оптимального функционирования кишечной микрофлоры, нормализующей работу кишечника. Известно, что ослабление инсулинорезистентности и снижение уровня инсулина в сыворотке с помощью метформина сопровождается некоторым снижением концентрации андрогенов и артериального давления, улучшением липидного профиля и регулярности менструальных циклов.

В качестве первой линии фармакологической терапии у пациенток с СПКЯ, сопровождающимся нарушениями менструального цикла и клиническими проявлениями гиперандрогении (гирсутизм и акне), рекомендуется принимать комбинированные гормональные контрацептивы (КГК), эффективность которых обусловлена подавлением повышенной секреции ЛГ, что приводит к снижению уровня овариальных андрогенов. При этом эстрогенный компонент КГК способствует повышению глобулина, связывающего половые гормоны, что в свою очередь снижает уровень свободного тестостерона; гестагенный же компонент в составе КГК осуществляет конкурентное взаимодействие с 5α -редуктазой на уровне рецепторов к андрогенам. Кроме того, КГК снижают продукцию надпочечниковых андрогенов за счет подавления продукции АКТГ. Применение современных КГК в большинстве случаев оказывается эффективным и не оказывает негативного влияния на качество жизни и фертильность пациентки в будущем. Результаты проведенных сравнительных исследований свидетельствуют о пользе комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих гестагены с антиандрогенным действием. Показано назначение КОК с минимально эффективной дозой этинилэстрадиола (не более 30 мкг), при этом гестагенный компонент должен быть метаболически нейтральным.

Для стимуляции овуляции применяют гормональный препарат-антиэстроген Кломифенцитрат, который стимулирует выход яйцеклетки из яичника. Препарат применяют на 5-10 день менструального цикла. В среднем, после применения Кломифена овуляция восстанавливается у 60 % пациенток, беременность наступает у 35 %. При отсутствии эффекта от Кломифена, для стимуляции овуляции применяют гонадотропные гормоны, такие как Пергонал, Хумегон.

Если женщина не планирует беременность, для лечения СПКЯ назначают комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с антиандрогенными свойствами для восстановления менструального цикла. Такими свойствами обладают КОКи Ярина, Диане-35, Жанин, Джес.

Лечение проводят с динамическим контролем показателей гормонов в крови. Курс лечения составляет в среднем от 6 месяцев до года.

Для купирования проявлений гиперандрогении используется ципротерона ацетат. Этот препарат применяется для лечения различных андрогензависимых заболеваний кожи и ее придатков, имеющих место и при СПКЯ. Андрокур применяется в комбинации с эстрогенами. Андрокур назначается в начале цикла с 5го по 14 й день, а прием эстрогена начинают с 5го по 25й день цикла. Терапия высокими дозами андрокура проводится в начальный период лечения, затем при необходимости переходят на поддерживающую дозировку.

В качестве антиандрогенного препарата также эффективен верошпирон, назначаемый на 6 месяцев.

Для лечения СПКЯ могут использоваться также «чистые» гестагены, например норколут. Его назначают с 16го по 25й день цикла продолжительностью 6 месяцев. «Чистые» гестагены особенно эффективны при раке эндометрия.

Оперативное лечение применяется при СПКЯ, чаще всего, для лечения бесплодия, а также при неэффективности консервативного лечения. Оперативная тактика диктуется также и риском развития гиперпластических состояний эндометрия, которые рассматриваются как осложнение длительного нелеченого СПКЯ. Существует два основных оперативных метода для лечения СПКЯ - клиновидная резекция яичников (удаляют ткани яичников, которые в избытке синтезируют андрогены) и электрокаутеризация яичников (точечное разрушение андрогенпродуцирующей ткани яичника, операция менее травматичная и менее длительная по сравнению с клиновидной резекцией). Восстановление овуляции достигает 96%, фертильности-72 % и более.

Список литературы:

Клиническая эндокринология, руководство под редакцией Т.Н. Старковой 2002г-576с

Секреты эндокринологии, 4-е издание, 2021г, МакДермот, Майкл Т.

Эндокринология, учебник для медицинских вузов Я.В. Благодосклонная, Шляхто Е.В.,
Бабенко А.Ю.-2004Г

Эндокринология. Национальное руководство-2013г. Под редакцией
акад. РАН и РАМН И.И. Дедова, чл.-кор. РАМН Г.А. Мельниченко

Синдром поликистозных яичников. Клинические рекомендации-2021год.

Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Лечение климактерических расстройств в менопаузе.
РМЖ. Мать и дитя. 2018