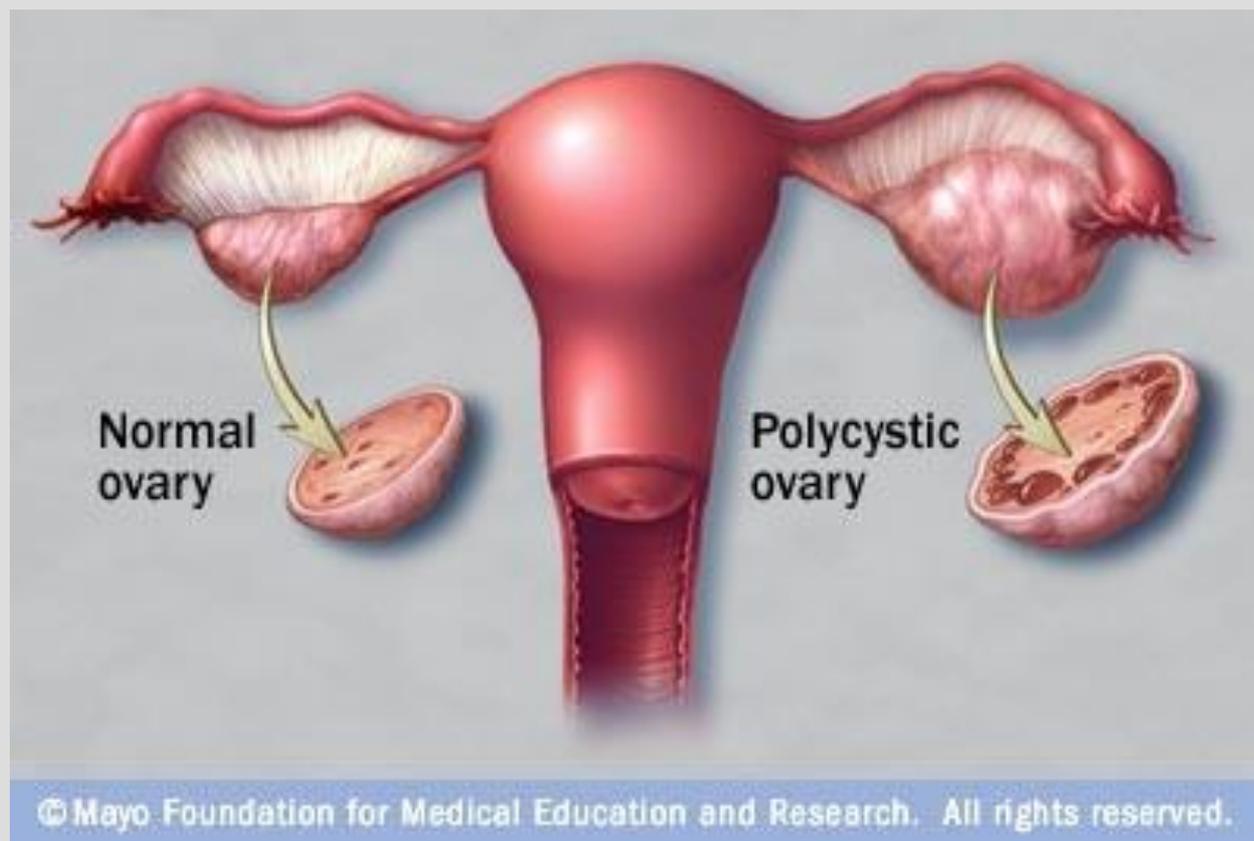


Синдром поликистозных яичников



Выполнила:
Зубаирова З.М.

Клиническая картина

К типичным жалобам женщин с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) относятся:

- проявления гиперандрогении,
- нерегулярность менструального цикла
- бесплодие.

Для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) характерна фенотипическая гетерогенность, в связи с чем не все признаки синдрома можно найти у каждой пациентки.

К клиническим проявлениям гиперандрогении относятся:

- гирсутизм,
- угри,
- облысение по мужскому типу.

Гирсутизм — рост грубых пигментированных волос на андрогензависимых участках кожи: лице, груди, спине и в нижней части живота. Около 80% случаев гирсутизма обусловлено СПКЯ.



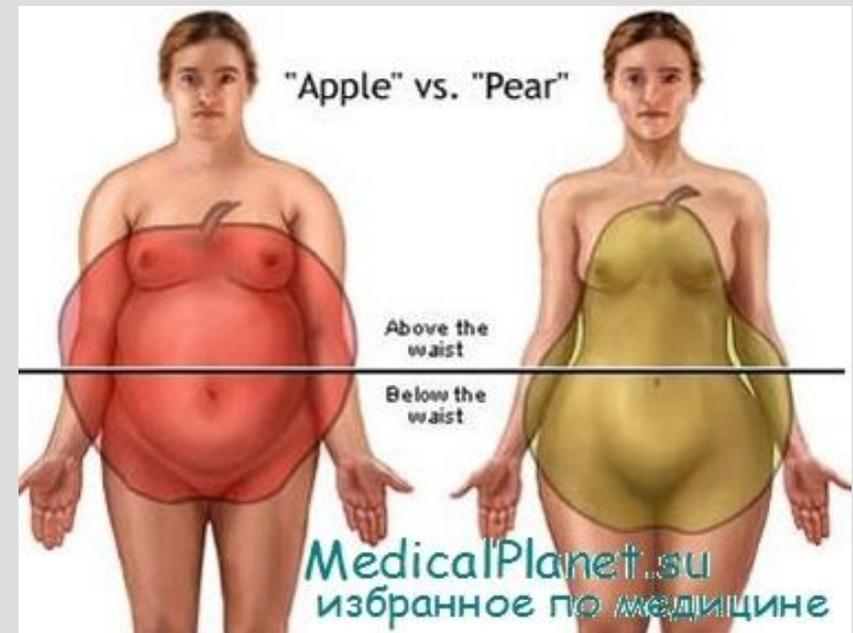


К другим проявлениям гиперандрогении, часто возникающей у пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), относятся угри и алопеция.

Угри — результат андрогенной стимуляции сально-волосяного комплекса, сопровождающейся повышением жирности кожи.

Ожирение при синдроме поликистозных яичников

- *Ожирение* часто встречаются при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), причем по мужскому типу — приблизительно у 44% женщин. Этот вид центрального ожирения более типичен для синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), так как характеризуется увеличением соотношения окружности талии к окружности бедер по сравнению с тучными женщинами, не страдающими СПКЯ.
- Гиперинсулинемия может провоцировать центральное ожирение, которое, в свою очередь, способствует нарастанию сопутствующей или латентной инсулинорезистентности.



Аcanthosis nigricans при синдроме ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Acanthosis nigricans — дерматологическое заболевание, характеризующееся гиперкератозом и повышенной пигментацией кожи с образованием возвышенных симметричных темных бархатистых бляшек, локализующихся обычно по задней поверхности шеи. Их можно обнаружить также в подмышечных впадинах, паховых складках и других соприкасающихся поверхностях.



Подобные кожные проявления типичны для *инсулинорезистентного состояния* у больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ).

Повышенное количество инсулина оказывает митогенный эффект на базальные клетки эпидермиса, что делает *acanthosis nigricans* относительно специфичным маркером инсулинорезистентности.



Нарушения в репродуктивной системе при синдроме поликистозных яичников

1. Нерегулярный менструальный цикл

К нарушениям менструального цикла, развивающимся при синдроме поликистозных яичников (СПКЯ), относятся:

- Вторичная аменорея
- Олигоменорея
- Дисфункциональные маточные кровотечения.

Менархе обычно наступает вовремя или несколько раньше, но наблюдаемые при СПКЯ нерегулярные циклы в подростковом возрасте могут сохраняться весь последующий репродуктивный период. Если пациентка с СПКЯ принимает пероральные контрацептивы, нерегулярность циклов зачастую маскируется.

2. Бесплодие

- Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — наиболее частая причина ановуляторного бесплодия, которое и заставляет женщину обратиться за медицинской помощью.
 - Чаще всего пациенток беспокоит неожиданное развитие нерегулярности менструальных циклов после многолетних фиксированных циклов на фоне приема пероральных контрацептивов.
- Беспокойство пациентки может усилить ложноположительный тест мочи на овуляцию, обусловленный постоянным повышенным содержанием ЛГ.

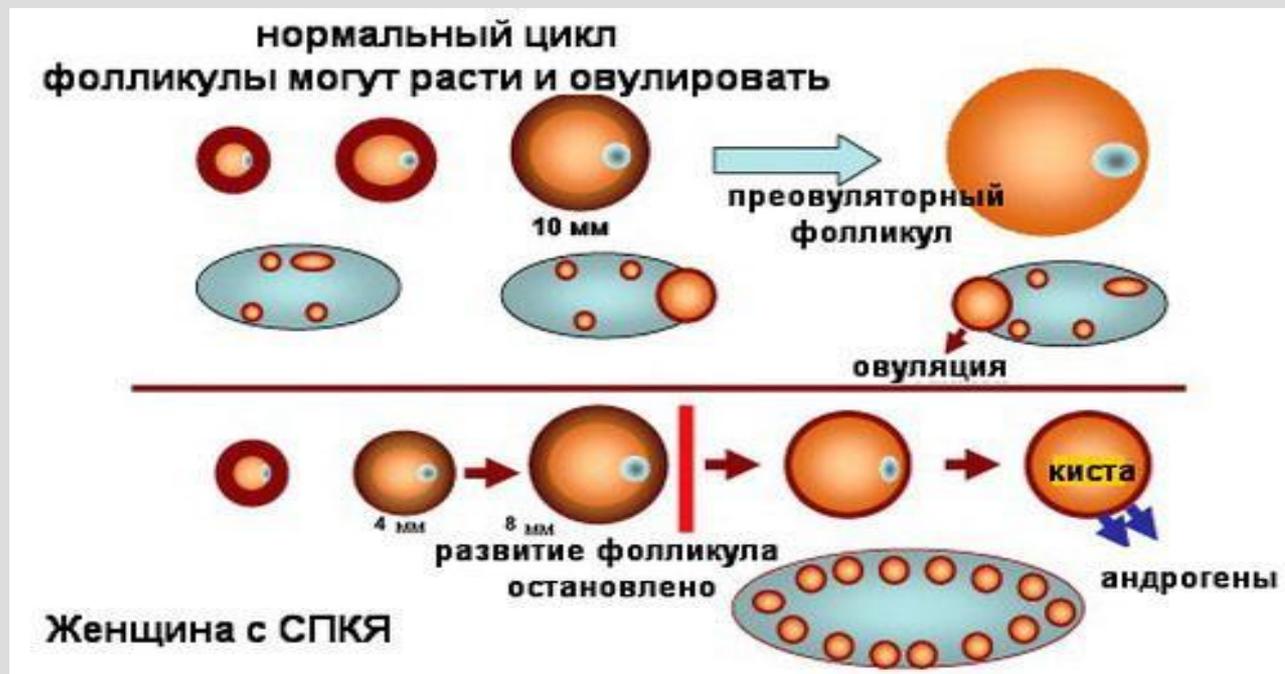
3. Невынашивание

- Риск самопроизвольного выкидыша в I триместре беременности (то есть невынашивания) у больных с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) значительно выше, чем у здоровых женщин. Частота спонтанных аборт при СПКЯ достигает 30%. Для сравнения, по данным ретроспективных исследований частота спонтанных аборт у здоровых женщин составляет 5-14%. Среди женщин с невынашиванием беременности 36-82% страдают СПКЯ.
- Этому факту было дано несколько объяснений. К примеру, в работе Nomburg и соавт. показано, что высокая концентрация ЛГ в фолликулярной фазе у женщин, страдающих синдромом поликистозных яичников (СПКЯ), снижает вероятность зачатия и обуславливает невынашивание беременности. В другом исследовании продемонстрирован более высокий процент невынашиваний (65%) в группе с повышенным содержанием ЛГ по сравнению с группой с нормальной его концентрацией (12%). Повышение количества сывороточных андрогенов, ожирение и гиперинсулинемия также рассматривают как факторы риска раннего самопроизвольного прерывания беременности.

Диагностика

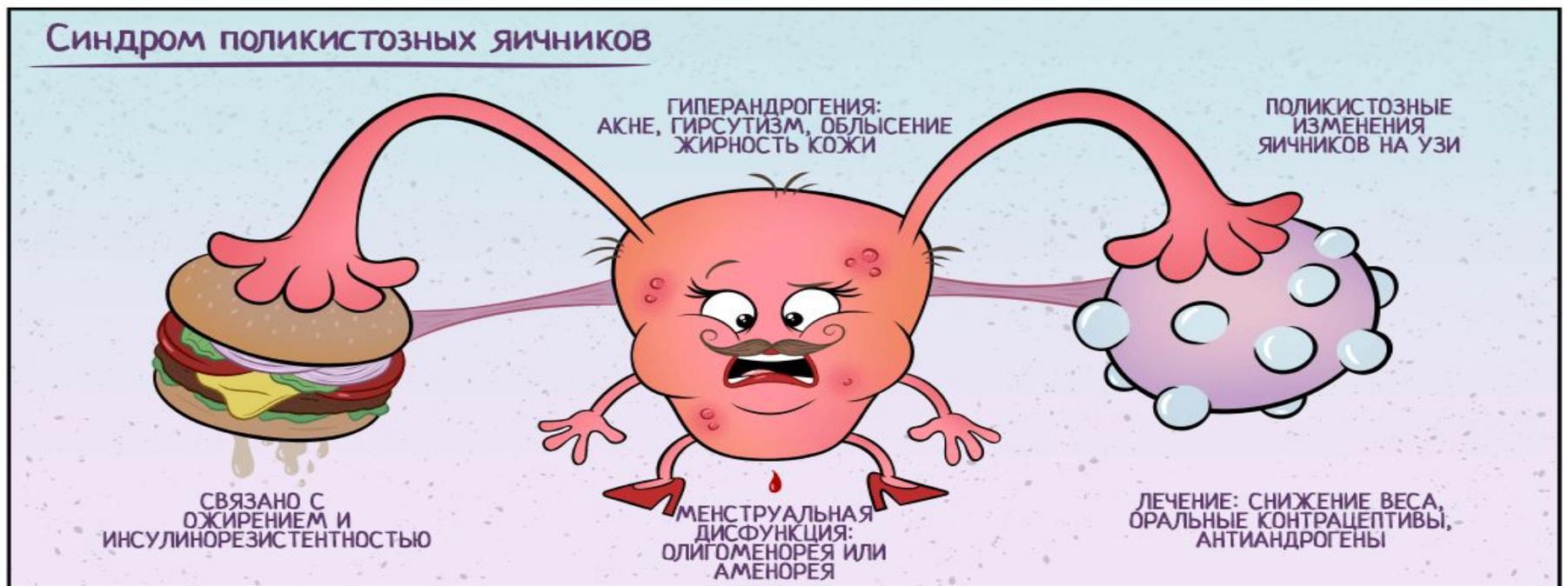
В настоящее время большинство исследователей приняли критерии диагностики, предложенные на Роттердамском консенсусе в 2004 г.:

- олигоменорея и/или ановуляция,
 - гиперандрогения (клинические и/или биохимические проявления),
 - эхографические признаки поликистозных яичников.
- Наличие двух из трёх этих признаков диагностирует СПКЯ при исключении других причин формирования ПКЯ



ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- При физикальном исследовании морфотип женский, при избыточной массе тела у большинства пациенток висцеральный тип распределения жировой ткани; степень выраженности гирсутизма от скудного до выраженного. Определяют индекс массы тела: избыточная масса тела считается при индексе массы тела более 26 кг/м², а ожирение при индексе массы тела свыше 30 кг/м²



- Клиническим проявлением инсулинорезистентности считается наличие «нигроидного акантоза»: участки гиперпигментации кожи в местах трения (паховая, подмышечная области и др.).
- Висцеральный тип ожирения чаще сопровождается инсулинорезистентностью и наблюдается у 80% пациенток с СПКЯ и избыточной массой тела. Рекомендуют определять не только индекс массы тела, но и отношение объёма талии к объёму бёдер. Этот индекс характеризует тип ожирения и риск возникновения метаболических нарушений. Отношение объёма талии к объёму бёдер более 0,85 соответствует висцеральному типу, а менее 0,85 — женскому типу ожирения.
- При пальпации молочных желёз у большинства пациенток определяют признаки фибронокистозной мастопатии.
- При гинекологическом исследовании у пациенток с нормальной массой тела определяют увеличенные яичники.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

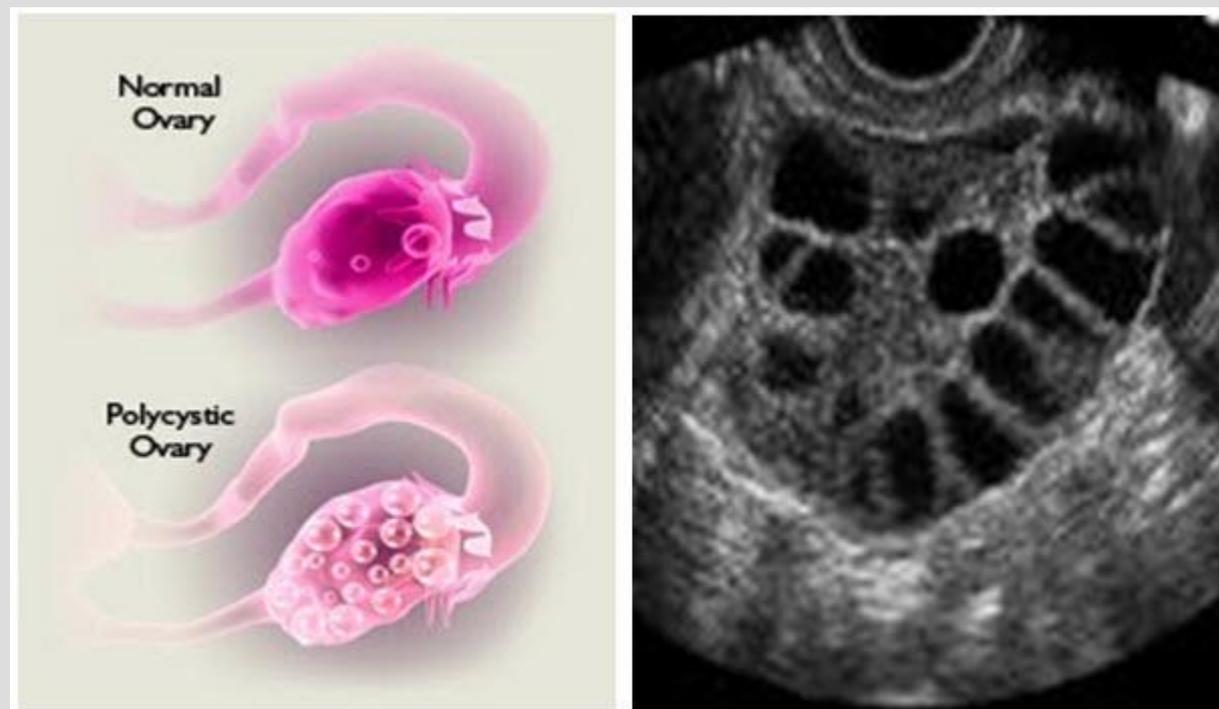
- При исследовании уровня гормонов в крови у большинства пациенток определяют
- повышенную концентрацию ЛГ,
 - тестостерона, 17-ОП,
 - увеличение соотношения ЛГ/ФСГ более 2,5;
 - в 50–55% наблюдений — снижение концентрации ГСПГ,
 - повышение концентрации ДГЭАС,
 - у 25% пациенток — повышение концентрации пролактина.

Чувствительный метод

диагностики гиперандрогении — определение индекса свободных андрогенов, который рассчитывается по следующей формуле:

Индекс свободных андрогенов = $\text{Общ.Т} \times 100 / \text{ГСПГ}$

Значительное повышение уровней 17-ОП и ДГЭАС требует исключения в первую очередь ВГКН. Для этого в современной клинической практике используют пробу с АКТГ. Повышение уровня 17ОП и ДГЭАС (более чем в 8–10 раз) в ответ на введение АКТГ свидетельствует о ВГКН, причиной которой является генетически детерминированный дефицит фермента 21гидроксилазы.



Важнейший метод в диагностике СПКЯ
эхоскопическая картина поликистозных яичников.
Эхоскопические критерии поликистозных яичников:

- объём яичников более 8 см³
- увеличение площади гиперэхогенной стромы;
- число анэхогенных фолликулов диаметром до 10 мм не менее десяти;
- усиленный кровоток и обильная сосудистая сеть в строме (при доплерометрии).

MEDISON

ULTRASOUND PRO
Придатки

к/с26D
EC4-9IS

5.0cm
Общ.

MI 1.3
ТИм 0.4

09-03-2012
11:46:37

[2D] У48/80дб/УК9/Дав.90/ГАРМ/ИПС 1

[2D] У48/80дб/УК9/Дав.90/ГАРМ/ИПС 1



По данным эхографического и эндоскопического обследований, выделено два типа поликистозных яичников в зависимости от расположения фолликулов по отношению к строме:

- I тип поликистозных яичников — диффузное — и II тип — периферическое расположение фолликулов по отношению к гиперэхогенной строме. I тип чаще наблюдают у пациенток с нормальной массой тела, скудным гирсутизмом, резистентных к кломифену, большой частотой вторичной аменореи и СГЯ.
- II тип поликистозных яичников (классический), всем хорошо известный, чаще выявляют у больных с ожирением. Именно у пациенток с I типом поликистозных яичников в анамнезе имелись беременности, закончившиеся самопроизвольным прерыванием в ранних сроках.

Биопсия эндометрия показана женщинам с ациклическими кровотечениями в связи с большой распространённостью гиперпластических процессов эндометрия. В настоящее время не вызывает сомнений, что у женщин с СПКЯ высокий риск развития рака эндометрия. К отягощающим факторам относятся метаболические нарушения и длительность ановуляции