

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский
Университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии
Заведующий кафедрой профессор, д.м.н. Беженарь В. Ф.



Синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

Выполнила: Раджабова Инара Махмудовна.

Научный руководитель: Аганезов Сергей Станиславович.

Санкт-Петербург

2017

Определение.



- **Синдром поликистозных яичников (СПКЯ)** (*синдром Штейна – Левентала, синдром овариальной гиперандрогении неопухолевого генеза или гиперандрогенная дисфункция яичников*) – это гетерогенное заболевание, характеризующееся нерегулярным менструальным циклом, ановуляцией, гирсутизмом и двусторонним увеличением яичников за счёт множественных мелкокистозных изменений. [1]

[1] Гинекология. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э. К., Рябцева И.Т., Яковлев В.Г. 2013 г. Издательство: «СпецЛит» (стр. 84).

Частота.



- Среди женщин репродуктивного возраста составляет 5-10%, при этом частота встречаемости в структуре бесплодия – 8,5-12%, а среди женщин с эндокринным бесплодием частота возрастает до 30-40%. [1]

[1] Диссертация на тему: «Дифференциальная диагностика и патогенетическая терапия врожденной гиперплазии коры надпочечников и синдрома поликистозных яичников». Автор: д.м.н. Соболева Е.Л., 2011г.

Формы СПКЯ.



СПКЯ

Яичниковая

- гиперандрогения имеет яичниковое происхождение.

Смешанная (яичниковая и надпочечниковая)

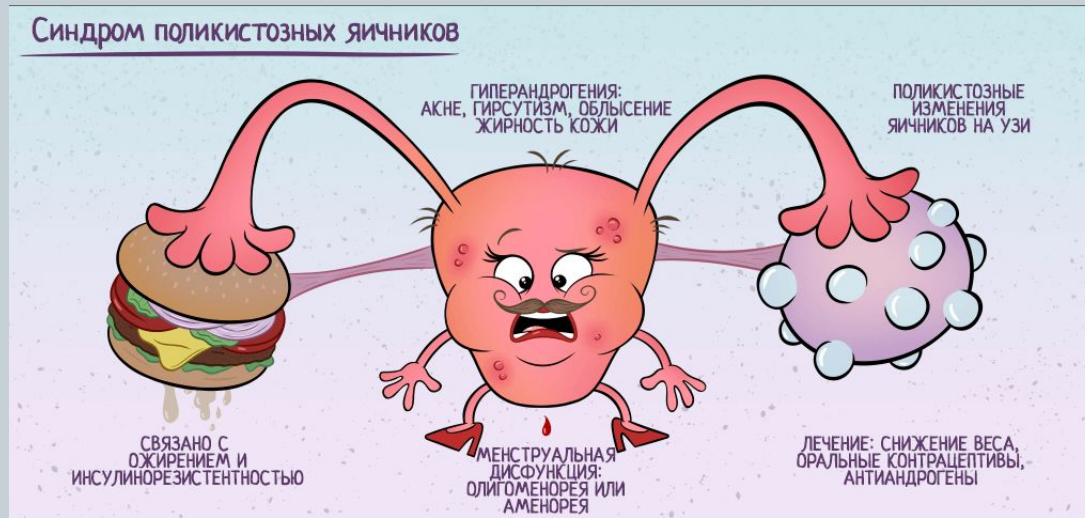
- включает в себя не только яичниковую, но и в большей степени надпочечниковую гиперандрогению.

Центральная

- выражается андрогенией, сопровождающейся выраженной дисфункцией центральных отделов репродуктивной системы.

Предрасполагающие факторы СПКЯ:

- Генетическая предрасположенность.
- Ожирение или избыточная масса тела.
- Нарушение толерантности к углеводам.



Диссертация на тему: «Дифференциальная диагностика и патогенетическая терапия врожденной гиперплазии коры надпочечников и синдрома поликистозных яичников». Автор: д.м.н. Соболева Е.Л., 2011г.

Патофизиологический механизм развития СПКЯ.



Факторы роста и их роль в регуляции репродуктивной функции у больных с синдромом поликистозных яичников. В.А. Бурлев, А.С. Гаспаров, Н.С. Аванесян, Н.И. Волков, Д.А. Стыгар РНИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва.

Клиника СПКЯ.



Клиника СПКЯ.



СПКЯ

Яичниковая

- Возраст менархе (12-13 лет) совпадает с популяционным.
- Олигоменорея возникает рано.
- Вторичная аменорей возникает редко.

Смешанная (яичниковая и надпочечниковая)

- Более позднее менархе (15-18 лет).
- Чаще сопровождается аменорейей.

Центральная

- Ещё более позднее менархе (16-20 лет).
- Нарушение менструальной функции имеют характер гипоолигоменореи с переходом в аменорею.
- Реже наблюдаются циклические кровотечения.

Верификация диагноза СПКЯ (1).



1. Анамнез и осмотр.

1. Менструальный цикл.
2. Осмотр: гиперандрогенизм и/или избыточная масса тела, негроидный акантоз.

2. Исключить другие возможные причины олигоменореи/аменореи/гиперандрогенизма/ожирения.

3. Трансвагинальное УЗИ.

Оценить степень выраженности метаболических нарушений.


1. Повышенный ИМТ.
2. ОТ более 80 см – абдоминальное ожирение.
3. АД.

Биопсия эндометрия при аномальных маточных кровотечениях.

1. ИМТ в норме.
2. ОТ менее 80 см.


Верификация диагноза СПКЯ (2).



- 
1. Глюкозотолерантный тест с 75 г. глюкозы.
 2. Индекс НОМА.
 3. Липидный спектр.
 4. Печеночные пробы.



Диагноз: СПКЯ.
Метаболический синдром.

- 
1. Индекс НОМА-IR.
 2. Липидный спектр.



Диагноз: СПКЯ.

СПКЯ: «Новый взгляд на проблему» Информационный бюллетень под редакцией В.Е. Радзинского, 2015.

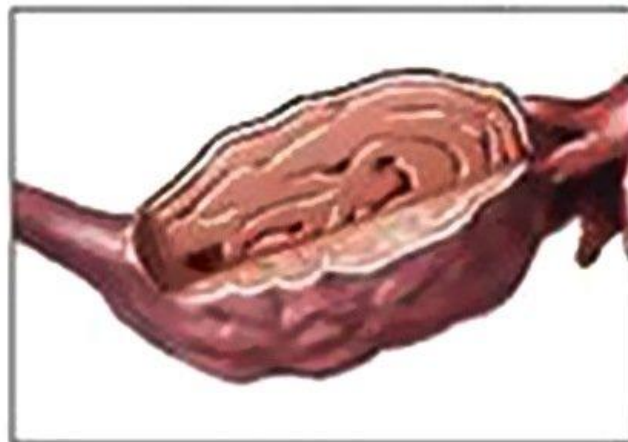
Дифференциальная диагностика СПКЯ.



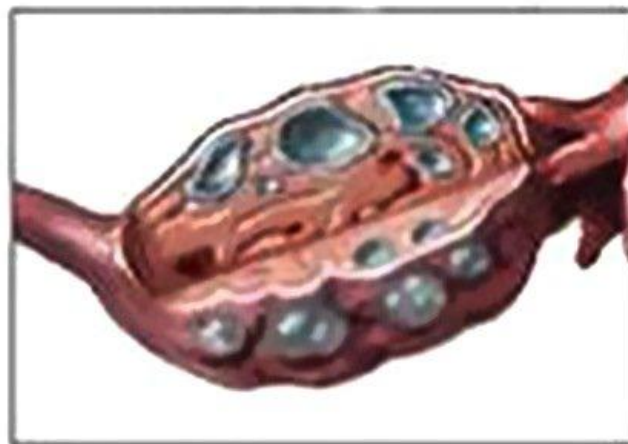
- Дифференциальную диагностику проводят с послеродовым нейрообменно-эндокринным синдромом и постпубертатной формой аденогенитального синдрома.



Яичники в норме



Поликистоз



Алгоритм терапии СПКЯ (1).

Диагноз: СПКЯ.

Метаболический синдром.



Беременность планирует.



Коррекция
метаболических
нарушений.

нет

Достижение ИМТ менее
29,9 кг/м²/нормализация АД.

да

Прогестагены циклично во
2 –ую фазу цикла 6-12 мес.

Диагноз: СПКЯ.



Беременность планирует.

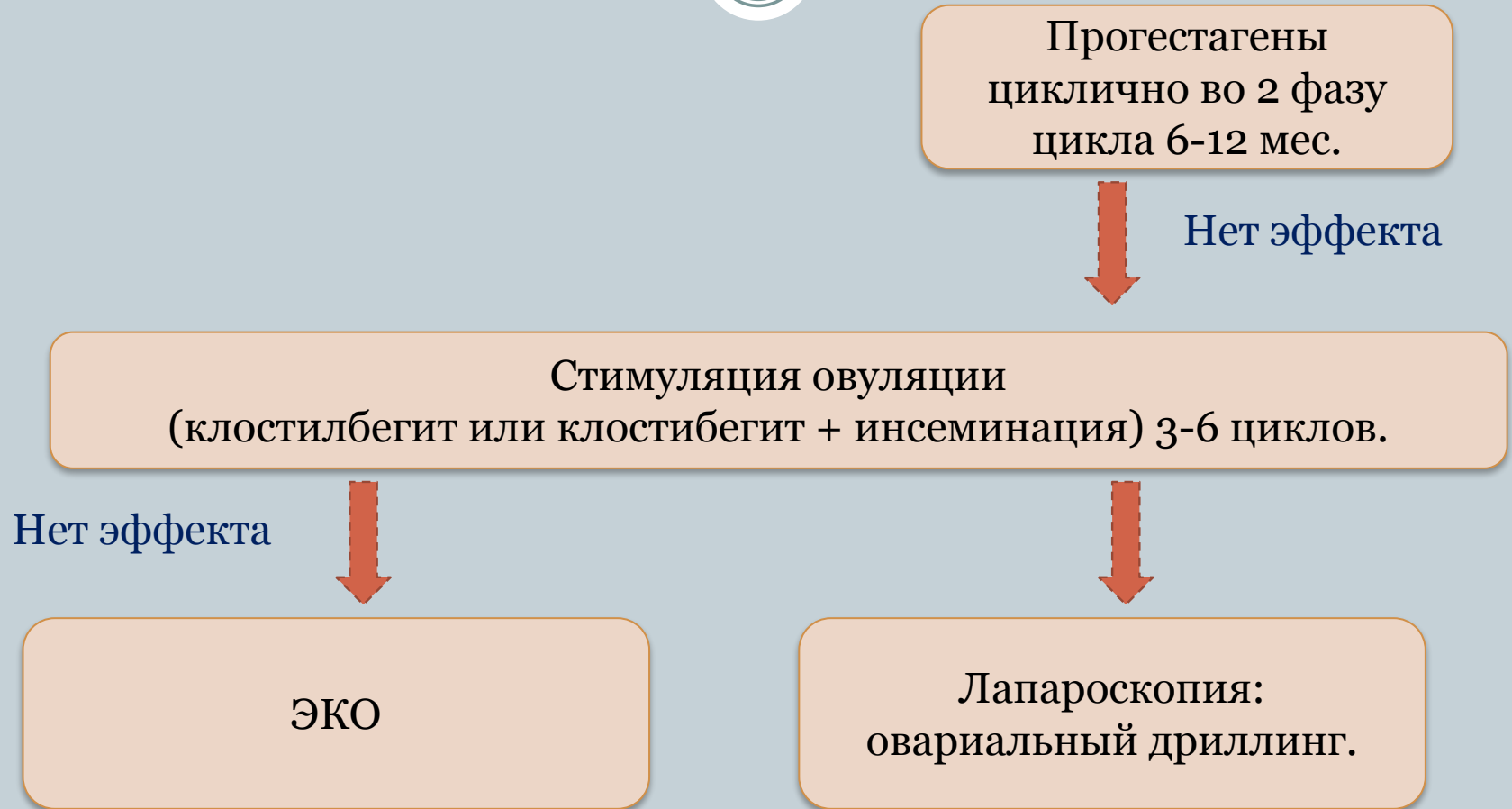


КОК с антиандрогенным
прогестагеном не менее 2
лет при гирсутизме.



Беременность планирует.

Алгоритм терапии СПКЯ (2).



СПКЯ: «Новый взгляд на проблему» Информационный бюллетень под редакцией В.Е. Радзинского, 2015.

Методы лечения СПКЯ (1):

- 1-ая линия терапии нарушений менструального цикла, гирсутизма и акне - монотерапия комбинированными гормональными контрацептивами.
- 2-ая линия терапии СПКЯ – метморфин.



Методы лечения СПКЯ (2):



- Спиронолактон (50-100) мг в день, ципротерона ацетат (10-100 мг в день) в циклическом или непрерывном режиме .
- В качестве дополнения к лекарственной терапии при гирсутизме рекомендуется применение косметических методов удаления волос (фотоэпиляция).

Методы лечения СПКЯ (3):

- При желании пациентки забеременеть назначают чаще всего кломифен цитрат (КЦ) (50-100-150 мг с 5 по 9 день менструального цикла).
- Удовлетворительный ответ на стимуляцию яичников бывает только у 70% пациенток (в дозе 50-100 мг/день).

КЦ в дозе 150мг/день  нет эффекта  кломинофен-резистентные яичники



стимуляция овуляции
гонадотропинами



лапароскопия

Методы лечения (4):

NB! Если медикаментозная терапия в течение одного года оказывается неэффективной, то рекомендуется прибегать к хирургическому лечению (лапароскопический дриллинг).

Восстановление овуляторного менструального цикла происходит у 90% больных.





Благодарю за внимание!