

# СКЛЕРО-ПОЛИКИСТОЗ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)

Д.м.н., проф. Хадарцева К.А.

# Склерополикистоз яичников (СПКЯ)

**ВПЕРВЫЕ ОПИСАЛИ СИМПТОМОКОМПЛЕКС АМЕНОРЕИ И БЕСПЛОДИЯ У 7 ЖЕНЩИН С ГИРСУТИЗМОМ И ДВУСТОРОННИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ ЯИЧНИКОВ Штейн и Левенталь в 1935 г.**

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СПКЯ:

- **НМФ** – от олигоменореи до аменореи, ожирение, гирсутизм, увеличение яичников в 2 – 6 раз
- **Морфологическими признаками** являются утолщение белочной оболочки, склерозирование ткани яичника, отсутствие желтых и белых тел.
- **Гистологически** определяется множество кист в субкортикальном слое, утолщение белочной оболочки с фиброзом подлежащих тканей, большое число атретичных фолликулов с увеличением количества внутренних тека-клеток

# Макро- и микроскопическая картина СПКЯ по Железнову Б.И. (1982 г.)

- Склероз белочной оболочки и утолщение капсулы яичника
- Гиперплазия стромы яичников
- Кистозная атрезия фолликулов
- Гиперплазия тека-ткани (часто с лютеинизацией) кистозно-атрезизирующихся фолликулов

# Этиопатогенез СПКЯ

- Типичный **СПКЯ** сопровождается десинхронизацией ритма **ЛГ** и повышенной секрецией **ЛГ**
- Повышается секреция яичниковых **андрогенов и эстрогенов**
- Проявляется **резистентность к инсулину** – это генетический дефект, наблюдается преходящее состояние гиперинсулинемии (чаще при ожирении, реже при норме массы тела) и повышение уровня **ИПФР-1**
- Нарушения синтеза инсулиноподобных факторов роста (**ИПФР-1**) стимулируют продукцию **ЛГ** и **A** в яичниках, активность **5 α-редуктазы и тестостерона**

# СПКЯ

- **СПКЯ** не самостоятельная нозологическая единица, а неопухолеваая яичниковая гиперандрогения, являющаяся симптомом многих заболеваний
- **СПКЯ** разделяют на: первичные СПКЯ - болезнь или синдром Штейна-Левентала и вторичные – синдром **СПКЯ** при надпочечниковой гиперандрогении или других эндокринных заболеваниях
- Под термином **«поликистоз яичников»** надо понимать клинический симптомокомплекс, характеризующийся олиго- или аменореей, с повышением **ЛГ**, **А** (андростендиона) и **Т** (тестостерона) на фоне нормального или сниженного уровня **ФСГ** и повышенного количества эстрадиола.

# Лечение СПКЯ

- Большое значение имеет этапность в лечении:
- 1 этап - снижение массы тела до нормы
- 2 – восстановление овуляторных менструальных циклов без стимуляции овуляции
- 3 – стимуляция овуляции до восстановления овуляторных циклов
- Восстановление репродуктивной функции - беременность

# Лечение СПКЯ

1. **Снижение массы тела** – диета для похудения.
2. **Медикаментозное:**
  - **№1** - стимуляция овуляции **кломифен цитратом** или **кlostильбегитом** с 5-го по 9-й дни менструального цикла в суточной дозе 100 – 150 мг (1 раз в день)  
**№2** – **ХГ** овуляторная доза 10 000 ед. вводится при достижении лидирующим фолликулом диаметра 18 – 20 мм по УЗИ и имитирует эндогенный пик ЛГ (примерно 14 -16 й день м/ц)
  - Стимуляцию овуляции **кломифен цитратом** можно сочетать с **метродином** (содержит 75 ед. **ФСГ**)
  - При «слабом» ответе яичников на **КЦ** или **КЛБ** можно использовать **агонисты люлиберина** (**декапептил**, **бусерелин** и т.д.)

# Лечение СПКЯ

- **Лечение гиперандрогении:** верошпирон – блокатор  $\alpha$ -редуктазы, антиандроген – по 25мг 3р/день с 5 по 26 день м/ц 3 -4 месяца; тиреоидин  $\frac{1}{4}$  часть таб. 1 раз в день (увеличивает связывание белками крови тестостерона и стимулирует выработку печенью глобулинов, связывающих половые стероиды)
- **Немедикаментозное лечение:**  
Общеукрепляющая и лечебная физкультура, витаминотерапия – вит А по 30мг или цитраль 1% по 15кап. 3раза в день, вит. Е по 150мг в сутки или аевит, комплекс витаминов группы В.



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**