



## ДАЄ НАДІЮ НА ЩАСЛИВЕ МАТЕРИНСТВО

- Сприяє:*
- нормалізації овуляції при СПКЯ
  - покращенню якості ооцитів в циклах ЕКЗ

Діюча речовина – D-chiro-inositol.

На правах реклами. Не є лікарським засобом. Висновок ДСЄЕ № 05.03.02-03/53222 від 01.12.2015.

Представництво «Дельта Медікел Промоушнз АГ». Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів у галузі охорони здоров'я.

# Новые возможности для реализации репродуктивной функции при синдроме поликистоза яичников

**Синдром поликистоза яичников (СПКЯ) – это патология, которая у многих женщин становится причиной возникновения ряда патологических состояний, связанных с гормональными нарушениями, метаболическими расстройствами и высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений. Наиболее серьезным осложнением СПКЯ у молодых женщин с нереализованными репродуктивными планами является бесплодие. В связи с этим возрастает потребность поиска новых методов, которые позволили бы восстановить репродуктивную функцию у таких пациенток и дать им шанс на материнство.**



В рамках научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы репродуктивной медицины в Украине» и междисциплинарного симпозиума «Почки и женское здоровье», которые состоялись 22-23 марта 2018 года в г. Днепр, доклад «Новые возможности для реализации репродуктивной функции при синдроме поликистоза яичников» представила заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии факультета последилового образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук Зинаида Михайловна Дубоссарская.

– Наиболее распространенной эндокринной патологией среди женщин репродуктивного возраста является СПКЯ. Вопросы целесообразности самого названия «синдром поликистоза яичников» и определения наиболее подходящих диагностических критериев заболевания, которые бы отражали сложные этиопатогенетические и клинические взаимосвязи, находятся в центре внимания уже несколько лет. В первую очередь, это связано с гетерогенностью и неопределенностью этиологии СПКЯ. Среди экспертов нет единого мнения относительно причин заболевания, в то же время сформулирован ряд гипотез о его генетическом и экологическом происхождении. Еще при первом упоминании Штейном и Левенталем в 1935 г. разных клинических вариантов СПКЯ у женщин с двусторонним увеличением яичников подразумевалась и разная природа заболевания. В 2003 г. на совместном заседании Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE) и Американского сообщества репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine – ASRM) в Роттердаме было предложено использовать для диагноза СПКЯ два из трех критериев: хроническую ановуляцию, гиперандрогению и поликистоз яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ).

СПКЯ является мультидисциплинарной проблемой, которой преимущественно занимается гинеколог и эндокринолог. Между ними часто возникают дискуссии касательно важности различных клинических критериев для постановки диагноза. Гинекологи считают более важным критерием наличие поликистоза яичников по данным УЗИ, а эндокринологи больше обращают внимание на аменорею и гирсутизм. В 2006 г. Общество по изучению избытка андрогенов и СПКЯ (Androgen Excess and PCOS Society – AEPCOS) предложило компромисс между двумя наборами диагностических критериев, утверждая, что СПКЯ является преимущественно гиперандрогенным расстройством, а наличие гирсутизма, акне и/или гиперандрогении представляет собой непереносимое условие диагностики этого синдрома.

В 2011 г. в Амстердаме на III Консенсусе рабочей группы по СПКЯ, организованном ESHRE и ASRM, были определены различные фенотипы СПКЯ: 1-й тип – клиническая или биохимическая гиперандрогения и хроническая ановуляция; 2-й тип – гиперандрогения и наличие поликистоза яичников по данным УЗИ при овуляторном цикле; 3-й тип – хроническая ановуляция и поликистоз яичников без гиперандрогении; 4-й – наличие гиперандрогении, хронической ановуляции и поликистоза яичников. Среди предложенных вариантов СПКЯ был выделен наиболее классический фенотип, характеризующийся наличием гиперандрогении и хронической ановуляции. На этом же консенсусе было предложено при определении фенотипа СПКЯ исследовать основные нарушения метаболизма у каждой конкретной пациентки.

Ввиду масштабов распространенности СПКЯ (от 6 до 20%, в зависимости от используемых критериев) необходимо сформулировать единые диагностические критерии, которые наиболее объективно смогут отражать реальное состояние пациентки. Сегодня для постановки диагноза СПКЯ мировые медицинские эксперты предлагают использовать Роттердамские диагностические критерии, но, как оказалось, они не учитывают естественный анамнез синдрома. Так, не существует единого

мнения о том, как определить данное состояние в начале и в конце подросткового периода, а также во время и после менопаузы. Неизвестно, возможен ли переход одного фенотипа СПКЯ в другой, в частности овуляторного в ановуляторный, и как это влияет на состояние здоровья женщин в долгосрочной перспективе. Если такой сценарий возможен, то у пациенток с изначально мягким фенотипом с возрастом может развиться более тяжелый с неблагоприятными последствиями. Кроме того, было определено, что фенотип СПКЯ у пациентки можно выявить с периода младенчества и до половой зрелости, исходя из предрасполагающего воздействия окружающей среды и генетических факторов.

Благодаря Национальному консенсусу по гиперандрогении, который был принят в 2016 г., удалось найти ответ на многие вопросы, связанные с патогенезом, диагностикой и клиникой СПКЯ, однако в целом эта нозологическая единица эндокринопатии осталась загадкой для клиницистов.

Возможные причины и патогенетические механизмы СПКЯ продолжают изучаться. На сегодняшний день установлена взаимосвязь между ожирением и СПКЯ. При абдоминальном типе ожирения значительно ухудшаются метаболизм и репродуктивное здоровье женщины. Кроме того, избыточное количество андрогенов способствует абдоминальному ожирению со всеми возможными рисками и последствиями, включая инсулинорезистентность.

Тактика ведения пациенток с СПКЯ должна основываться на индивидуальном и комплексном подходе с учетом неоднородности фенотипа синдрома. Важным направлением терапии у женщин с СПКЯ при избыточном весе и ожирении остается коррекция питания и образа жизни, в том числе увеличение ежедневной физической активности, с целью предупреждения репродуктивных, метаболических и сердечно-сосудистых осложнений. Снижение массы тела у таких женщин само по себе может привести к спонтанной овуляции. Если этого не произошло, с целью реализации будущих репродуктивных планов следует воспользоваться различными методами терапевтического влияния. В качестве вспомогательной терапии у пациенток с нарушением толерантности к глюкозе или сахарным диабетом 2-го типа следует использовать сенситизаторы инсулина (метформин).

Одной из наиболее частых проблем, встречающихся в популяции женщин с СПКЯ и ожирением, является дефицит витамина D. Существует мнение, что статус витамина D влияет на развитие метаболических нарушений, связанных с СПКЯ, в частности инсулинорезистентности и непереносимости глюкозы (R.L. Thomson et al., 2013). В недавнем систематическом обзоре приведены убедительные аргументы относительно наличия обратной связи между уровнем витамина D, массой тела и метаболическими нарушениями (H.W. Li et al., 2011; Y.H. Ktul-Poel et al., 2013). У женщин с СПКЯ витамин D может влиять на фертильность. Как оказалось, рецепторы к витамину расположены в яичниках (в основном в зернистых клетках), гипофизе и эндометрии (R. Perez-Fernandez et al., 1997; A.H. Zarnani et al., 2010). Интенсивное изучение этого вопроса дает основания в ближайшие несколько лет ожидать окончательного подтверждения теории о роли витамина D в синтезе антимюллерова гормона.

Еще одним интересным аспектом является связь инозитолов и основных патогенетических звеньев заболевания и возможность их применения в составе основных терапевтических тактик. Благодаря современным исследованиям удалось установить механизм влияния D-кироинозитола на течение СПКЯ у женщин с избыточной массой тела и ожирением. Так, низкое содержание данного соединения в клетках может обусловить дефицит вторичного медиатора инсулина, который активирует его внутриклеточную функцию, что, в свою очередь, может привести к накоплению глюкозы в крови. Следовательно, повышение уровня D-кироинозитола будет способствовать образованию большего количества вторичного медиатора инсулина и стимуляции выделения инсулина, что, в свою очередь, сопровождается нормализацией уровня глюкозы и липидов в крови.

Уникальная молекула D-кироинозитола входит в состав поликомпонентного комплекса Проталис производства

фармацевтической компании Delta Medical. Он рекомендован к применению у женщин с целью создания оптимальных условий для нормального функционирования яичников, стимуляции спонтанной овуляции при СПКЯ и улучшения состояния ооцитов. Кроме основного компонента – D-кироинозитола – в состав Проталис входит цианокобаламин (витамин B<sub>12</sub>), фолиевая кислота, марганец. Каждый из ингредиентов воздействует на ключевые патогенетические звенья СПКЯ.

Инозитол – это шестиатомный циклогексановый спирт (C<sub>6</sub>H<sub>12</sub>O<sub>6</sub>), который имеет 9 изомеров, обладает витаминной активностью и раньше относился к витаминной группе В. Обнаружено, что он синтезируется в почках, половых железах и головном мозге. Раньше изучению дефицита инозитола не уделялось достаточное внимание в связи с отсутствием научного описания клинической картины. На протяжении последнего десятилетия значительно возрос интерес ученых к этому изомеру, поскольку недавние исследования демонстрируют роль инозитолов во многих метаболических процессах, а также в развитии патологических состояний, связанных с его дефицитом. Только к концу 2014 г. количество публикаций по вопросам биологических, метаболических, фармакологических эффектов инозитола и опыта его клинического использования в разных отраслях медицины в рецензированных журналах приблизилась к цифре 40 000. Неоспоримая роль инозитола в реализации эффектов лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов и процессе созревания яйцеклеток, способность изомера влиять на функциональное состояние ооцитов, процесс инвазии трофобласта при прикреплении бластоцисты стали причиной активизации исследований, целью которых является оценка возможностей и эффективности применения инозитола у женщин с СПКЯ.

Следовательно, метаболические и гормональные эффекты инозитола открывают для гинекологов еще один метод патогенетического влияния на течение СПКЯ. К основным эффектам некоторых изомеров относятся возобновление спонтанной активности половых желез, увеличение числа овуляций и улучшение созревания фолликулов, что сопровождается значительным повышением функции яичников. Положительный метаболический эффект проявляется улучшением состоянием жирового и холестеринного обмена, нарушение которых часто усугубляют течение СПКЯ за счет снижения синтеза ключевых гормонов, которые регулируют фолликуло- и овогенез.

Цианокобаламин (витамин B<sub>12</sub>), который является активным ингредиентом продукта Проталис, может применяться в качестве вспомогательного средства при профилактике невынашивания беременности, преждевременных родов, патологии плаценты, задержки внутриутробного развития плода, дефектов развития нервной трубки.

Роль фолиевой кислоты в нормальном функционировании яичников и внутриутробном развитии плода сложно переоценить. Все эффекты этого микроэлемента детально изложены в национальных консенсусах и международных гайдлайнах.

Мы провели исследование, целью которого была оценка эффективности современных схем лечения СПКЯ в зависимости от репродуктивных планов женщины. Все пациентки (n=40) были разделены на две группы. Для женщин 1-й группы применялась разработанная нами стратегия лечения, которая кроме основной терапии (гипокалорийной диеты, дозированных физических упражнений, при необходимости – применение метформина или проведение дрелинга яичников лапароскопическим методом) включала назначение комплекса Проталис (по 1 таблетке в день на протяжении 3 мес) для нормализации овуляции и повышения фертильности при СПКЯ. Пациентки 2-й группы получали только базисную терапию. В результате было выявлено, что прием поликомпонентного средства Проталис в дополнение к основной схеме терапии СПКЯ позволяет достичь более выраженного эффекта – нормализации гормональных показателей и восстановления репродуктивной функции.

Таким образом, учитывая необходимость нормализации овуляции и снижения уровня андрогенов, что повышает фертильность при СПКЯ, можно рекомендовать к включению в стандартную схему лечения биологическую добавку Проталис – поликомпонентное средство, которое в дополнение к основным схемам терапии способствует реализации репродуктивного потенциала молодой женщины.

Подготовила Илона Цюпа

