

О.Р. Баев, д.м.н., профессор, Т.Г. Старкова, П.В. Буданов, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Профилактика инфекционных осложнений у рожильниц

Послеродовой период является наиболее опасным с точки зрения развития инфекционных осложнений. Особенно велика вероятность этих осложнений у женщин группы риска (предшествующие инфекционные экстрагенитальные и генитальные заболевания, внутриутробное инфицирование, оперативное родоразрешение и др.) [4]. Кроме того, вследствие микротравм и разрывов слизистой оболочки влагалища и половых губ, а в 20-30% – травм или разрывов промежности, течение пуэрперия сопровождается болезненными ощущениями, выраженность которых прямо пропорциональна глубине повреждений. Вследствие этого большое значение имеет профилактика инфекционных послеродовых заболеваний [2, 3].

Вместе с тем в настоящее время в научных исследованиях основное внимание уделяется профилактике осложнений с помощью антибиотиков, применение которых сопровождается рядом существенных недостатков (риск аллергических реакций, селекция устойчивых штаммов, токсичность, подавление флоры естественных микроценозов, отсутствие эффекта при нечувствительности микробов). Поэтому антимикробную профилактику проводят только при оперативном родоразрешении, а после родов естественным путем – только в особых ситуациях. При этом не осуществляется прямое воздействие на входные ворота инфекции – травмы родового канала – и не уменьшаются болезненные проявления, которые значительно ухудшают качество жизни в первые дни пуэрперия [2].

В связи с изложенным актуально применение в послеродовом периоде препаратов, которые могут оказывать местное противовоспалительное действие, способствующее быстрому заживлению травм родового канала, профилактике развития инфекционных заболеваний и уменьшению болезненных проявлений. С указанных позиций представляет интерес раствор бензидамина гидрохлорида (Тантум Роза), который является высокоэффективным нестероидным противовоспалительным средством для влажностного орошения. Препарат выгодно отличает отсутствие токсичности для матери и новорожденного в период лактации, высокая эффективность, хорошая переносимость, а его применение не вызывает резистентности у возбудителей инфекции. Тантум Роза при влажностном применении не сопровождается заметной абсорбцией лекарственного средства, что сводит к минимуму потенциальную возможность побочных эффектов, а также способствует быстрой редукции болезненных проявлений и выздоровлению.

Тантум Роза обладает разносторонними свойствами:

- стабилизацией клеточной мембраны без снижения функциональной активности и восстановительной способности тканей;
- непосредственным воздействием на сосудистые факторы и свойства крови, а также на химические медиаторы воспалительных процессов;
- противовоспалительным действием – хорошо проникает через слизистую оболочку и аккумулируется в воспаленных тканях;
- гистопротекторной активностью, что способствует повышению сопротивляемости эпителия патогенному воздействию;
- нормализацией pH влагалища;
- контролем патогенной флоры влагалища, препятствуя ее размножению;
- бактерицидной активностью по отношению к *Gardnerella vaginalis* и другим микроорганизмам;

- болеутоляющим свойством – влияет на механизм возникновения болевых ощущений путем инактивации клеточных и плазменных болевых факторов [1].

Пациентки и методы

Нами были обследованы 75 рожильниц, из них 15 здоровых женщин, у которых в анамнезе отсутствовали инфекционные процессы, а беременность, роды и послеродовой период протекали без осложнений, составили контрольную группу. Другие 60 рожильниц имели высокий риск развития осложнений в послеродовом периоде вследствие наличия в анамнезе рецидивирующих инфекционных заболеваний гениталий, а также осложнений беременности (угроза преждевременного прерывания, многоводие, обострение хронического пиелонефрита во время беременности и др.). Среди рожильниц группы высокого риска по развитию инфекционных осложнений выделены две подгруппы: в основную включена 31 рожильница, которым с целью профилактики инфекционных осложнений в течение 5 сут после родов осуществляли орошение влагалища раствором Тантум Роза (2 раза/сут); в группе сравнения (29 рожильниц) местная терапия не проводилась.

В группе сравнения первородящих было 79,3%, повторнородящих – 20,7%. В анамнезе у 17,2% рожильниц группы сравнения отмечены искусственные аборты, привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность. До беременности у всех женщин данной группы наблюдались инфекционные вульвовагинальные заболевания: неспецифические кольпиты, кандидоз, бактериальный вагиноз, уреоплазмоз, трихомониаз, а у 65,5% – эктопия и цервициты. Во время беременности диагностированы гиперандрогения, многоводие, угроза преждевременных родов. У 27,6% женщин проводили родовозбуждение, почти в 1/3 наблюдений – лечение по поводу аномалий родовой деятельности, а у 31% – эпизиомию в родах.

В основной группе первородящих было 83,8%, повторнородящих – 16,2%. До настоящей беременности у 22,6% женщин основной группы имелись

искусственные и самопроизвольные аборты, хронические воспалительные заболевания матки и ее придатков, бесплодие. Инфекционные заболевания влагалища, в том числе и бактериальный вагиноз, отмечались в 90,3% случаев, у 51,6% – эктопия и цервициты. Беременность и роды у 71% женщин осложнились угрозой прерывания, фетоплацентарной недостаточностью, преждевременным излитием околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности. Производили родовозбуждение, а также стимуляцию родовой деятельности при ее слабости в 35,5% случаях. Разрыв промежности 1-2 степени отмечен у двух женщин, еще у девяти произведен ее разрез (всего 35,5%).

Всем женщинам проводили оценку субъективных симптомов (жалобы на боли в области промежности, дискомфорт, жжение, зуд тканей влагалища и вульвы), объективный осмотр акушером, цитологическое и бактериоскопическое исследование мазков содержимого влагалища, определение pH вагинального секрета, аминный тест.

Чтобы определить степень выраженности болей и чувства жжения, использовали шкалу субъективной оценки. Для этого рожильнице предлагали произвести самостоятельную оценку по 10-балльной шкале:

- 1-3 балла – выявляется при целенаправленном опросе, не ограничивает активность;
- 4-6 баллов – определяется при общем опросе, незначительно ограничивает активность (самообслуживание сохранено в полном объеме);
- 7-10 баллов – предъявляются жалобы, ограничена активность (затруднено самообслуживание или необходима срочная помощь).

Оценку выраженности гиперемии и отека тканей промежности и влагалища у рожильниц осуществлял врач по трехбалльной шкале: легкая степень – 1 балл, умеренная – 2 балла, выраженная – 3 балла.

Для сопоставимости групп, имеющих различное число женщин, использовали результирующий коэффициент (РК), который рассчитывали как отношение суммы баллов к числу обследованных.

При бактериоскопическом исследовании мазков для определения степени микробной обсемененности влагалища при световой микроскопии (16х90, иммерсия) проводили подсчет количества микробных тел в 1 мм² поля зрения.

Результаты и обсуждение

Как показали результаты исследования, в первый день послеродового периода рожильницы жаловались на

болезненные ощущения в области влагалища, выраженность которых варьировала от легкой до умеренной степени (1-5 баллов). Ощущение жжения испытывали 20% женщин контрольной группы, 24,1% – группы сравнения и 25,8% – основной группы. При осмотре наружных половых органов и влагалища явления отека и эритемы обнаружены в большинстве наблюдений. Отек тканей и болезненность закономерно коррелировали со степенью травмы родовых путей (были наиболее выражены у женщин с перинео-/эпизиотомией/раффией, а также после ушивания разрывов половых губ).

К третьим суткам послеродового периода женщины контрольной группы активно не предъявляли жалоб на ощущение болей или жжения в области половых органов и промежности, а при целенаправленном выяснении легкой дискомфорт отмечали в три раза реже. На пятые сутки только у одной женщины этой группы сохранилась легкая болезненность в области вульвы при движении. При объективном исследовании частота выявления гиперемии на третьи сутки пуэрперия уменьшилась в три раза, отечности не отмечено (табл.).

В группе сравнения и основной группе уменьшение болезненных ощущений на третьи сутки после родов отмечено, соответственно, в 1,3 и 1,8 раза. Частота выявления воспалительных изменений тканей в области наружных половых органов уменьшилась в 2,5 и 3,8 раза. На пятые сутки пуэрперия жалобы встречались в 2,3 и 5,9 раза реже, ни у одной из женщин основной группы не было выявлено гиперемии и отечности тканей наружных половых органов, тогда как у семи женщин группы сравнения они сохранялись. Следует отметить, что ни в одном наблюдении применения препарата Тантум Роза не было получено побочных эффектов. Напротив, женщины отмечали улучшение субъективных ощущений, которое наступало уже в первые 10 мин после применения лекарственного средства.

При оценке результатов бактериоскопического исследования мазков обнаружено, что наименьшее количество лейкоцитов у женщин всех групп наблюдалось в первые сутки после родов. Количество лейкоцитов в поле зрения в мазках у женщин контрольной группы колебалось от 1 до 11, а в среднем – 2,56±0,63. При этом у 70% рожильниц этой группы их количество не превышало двух. У женщин группы сравнения и основной количество лейкоцитов достоверно не различалось (6,96±1,3 и 8,63±1,56), а их минимальное и максимальное значения составляли от 1 до

Таблица. Динамика субъективных и объективных симптомов в различных группах рожильниц

Симптомы (средний балл)	Сутки послеродового периода								
	первые			третьи			пятые		
	Группы рожильниц			Группы рожильниц			Группы рожильниц		
	контрольная	сравнения	основная	контрольная	сравнения	основная	контрольная	сравнения	основная
Боль	19	75	85	8	51	48	1	29	16
Жжение	4	14	16	3	11	7	0	9	0
Гиперемия	23	51	51	8	16	11	0	7	0
Отек	12	47	53	0	23	16	0	1	0
РК	3,8	6,5	6,6	1,3	3,5	2,6	0,1	1,6	0,5

РК – результирующий коэффициент.

19-20 в поле зрения, наиболее часто – от 3 до 10.

Ко вторым-третьим суткам послеродового периода отмечено возрастание количества лейкоцитов у женщин контрольной и основной групп с последующим снижением (рис. 1). На пятые сутки после родов среднее количество лейкоцитов у женщин этих групп составляло $8,4 \pm 1,91$ и $11,13 \pm 2,55$ ($p > 0,05$), при колебаниях от 2 до 23-26. В контрольной группе наиболее часто встречалось небольшое количество лейкоцитов (от 2 до 8), тогда как у большинства женщин основной группы их число колебалось в более широких пределах (от 3 до 18).

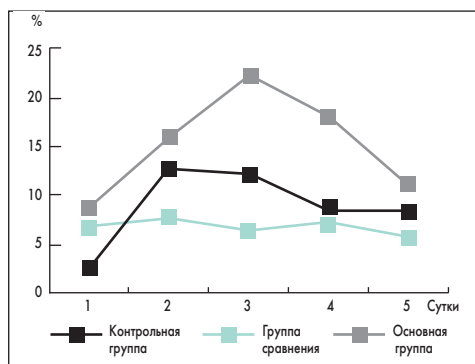


Рис. 1. Динамика количества лейкоцитов в послеродовом периоде у рожениц контрольной группы, группы сравнения и основной группы

В то же время изменения лейкоцитоза у женщин группы сравнения были незначительными (рис. 1). На протяжении всего периода исследования среднее количество лейкоцитов колебалось от $5,92 \pm 1,9$ до $7,8 \pm 1,4$, при минимальных и максимальных значениях от 1-2 до 19-28.

Как показали результаты исследования, для всех женщин в послеродовом периоде была характерна бактериальная или смешанная флора влагалища, кокковая флора отмечена в единичных наблюдениях. Бактериальная флора наиболее часто была представлена мелкими, средними или удлиненными палочками, также встречались шаровидные и двоянные. Среди кокков чаще встречались грамположительные.

В первые сутки пуэрперия у женщин контрольной группы в большинстве наблюдений (72%) выявлялась бактериальная флора (рис. 2). В группе сравнения и основной преобладала смешанная флора – 57 и 63% соответственно.

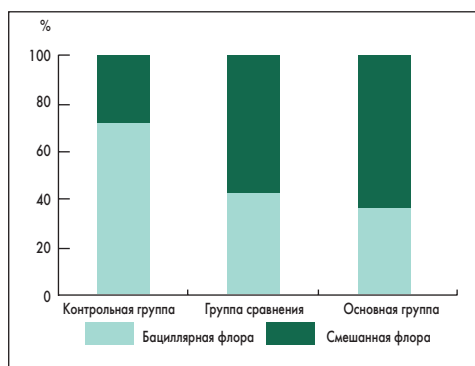


Рис. 2. Характер влагалищной микрофлоры рожениц в первые сутки послеродового периода

К пятым суткам послеродового периода в контрольной группе по-прежнему преобладала бактериальная флора влагалища. В основной группе на фоне лечения произошло изменение соотношения флоры в пользу увеличения процента бактериальной до 57%, тогда как в группе сравнения отмечено увеличение частоты выявления смешанной флоры влагалища до 73% (рис. 3).

Наименьшее количество микроорганизмов в мазках из влагалища у женщин всех групп наблюдалось в первый день послеродового периода и составляло в среднем $3,02 \times 10^2$; $3,47 \times 10^2$ и $3,94 \times 10^2$ микробных тел/мм² в поле зрения.

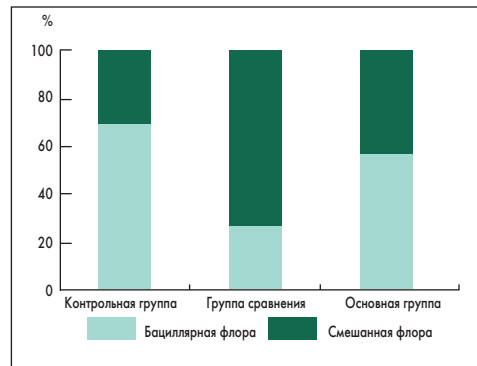


Рис. 3. Характер влагалищной микрофлоры рожениц к пятым суткам пуэрперии

К пятым суткам после родов количество микроорганизмов увеличилось во всех группах. Наибольшее увеличение среднего количества микроорганизмов

произошло у рожениц в группе сравнения – до $2,39 \times 10^4$. В контрольной и основной группах на пятые сутки послеродового периода среднее количество микроорганизмов составило $4,01 \times 10^3$ и $4,17 \times 10^3$ соответственно.

У каждой пятой женщины контрольной группы и почти у каждой второй из группы сравнения и основной (51,7 и 45,1%) в мазках определялись ключевые клетки. Однако в большинстве наблюдений количество ключевых клеток не превышало 11%. Только у одной роженицы контрольной группы их количество составило 24%. В группе сравнения у четырех рожениц количество ключевых клеток колебалось от 22 до 76%, в основной – у двух достигло 24 и 84%.

Споры и мицелий грибов в небольшом количестве были выявлены у 6,7% женщин контрольной группы, 31% – группы сравнения и 45,1% – основной группы.

По сумме бактериоскопических признаков диагноз бактериального вагиноза был установлен у одной женщины контрольной группы (6,7%), у четырех (13,8%) – группы сравнения и двух (6,5%) – основной группы; кандидозный кольпит диагностирован, соответственно, в 0, 6,9 и 3,2% наблюдений.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в первые дни послеродового периода большинство женщин испытывают дискомфорт

Продолжение на стр. 28.



ТАНТУМ

бензидамин

РОЗА

Уникальный препарат местного лечения вагинального воспаления³



Первая помощь при вульвовагинитах
(быстрое устранение воспаления, зуда, жжения, дискомфорта)¹



Антимикробное и противогрибковое действие²



Восстановление физиологической флоры влагалища³

УЖЕ В УКРАИНЕ!

РУ.МЗ Украины для: Тантум Роза®, раствор вагинальный 0,1%, №. UA/4012/02/01; Тантум® Роза, гранулы для вагинального раствора по 500 мг №. UA/4012/01/01



Гранулы для вагинального раствора по 500мг



Раствор вагинальный 0,1%

Краткая характеристика лекарственного средства Тантум Роза® вагинальный раствор 0,1% и гранулы Тантум® Роза по 500 мг для вагинального раствора. Тантум Роза – нестероидное противовоспалительное средство с анальгезирующим и противоотечным свойством для вагинального введения. При местном применении имеет также антисептическую и местноанестезирующую активность. Применяется при вульвовагинитах различного происхождения, которые характеризуются незначительными выделениями из влагалища, зудом, раздражением, жжением, болью. А также для осуществления женской гигиены в послеродовом периоде. Как правило, Тантум Роза хорошо переносится. Побочное действие иногда может проявляться в виде местного раздражения, зуда, кожных высыпаний.



1. Gine L., Ventin M., Petti J., Balaguero L., Study of benzydamine therapy of non-specific vaginitis. In: Benzydamine topical therapy in gynecology. 1988. 47-54. 2. Simko M., Poncova M., Danko J., et al., The treatment of vulvovaginitis with Tantum® Rose, 1998, submitted. 3. Ventolini G., Villa I., Guerra A., A controlled clinical study on efficacy of benzydamine in the topical treatment of non-specific cervicitis and vaginitis. Benzydamine. A different NSAID. Eds. Silvestra D., Faro S., Int. J. Tiss. Neovasc. 9 1987. 157-67. Производитель лекарственного средства Тантум Роза: Азеваре Кимико Риуните Анжелини Франческо – А.С.Р.А.О. – С.П.А., Виа Бевико Дел Гинocchio, 22 – 60100 Анкона (АН), Италия.



04119, г. Кавез, 34, Мемориале, 02-21-09-004, тел.: (044) 598-0150, факс: (044) 598-0152

О.Р. Баев, д.м.н., профессор, Т.Г. Старкова, П.В. Буданов,
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Профилактика инфекционных осложнений у родильниц

Продолжение. Начало на стр. 26.

в области половых органов, обусловленный той или иной степенью травматизации тканей с развитием воспалительной реакции. Выраженность болезненных проявлений коррелирует с наличием факторов риска инфекционных осложнений (особенно предшествующих генитальных инфекций) и возрастает при наличии раневых поверхностей (разрывов слизистой влагалища или тканей промежности).

Практически у всех здоровых женщин с неосложненным течением родов и послеродового периода к пятому дню пuerперия не было жалоб на дискомфорт в области половых органов. Начиная с третьих суток применения препарата Тантум Роза такую же динамику редукции болезненных проявлений отмечали женщины основной группы. В этой группе легкую болезненность (1-2 балла по шкале субъективной оценки) при целенаправленном опросе отмечали только пациентки после ушивания ран промежности, а при объективном исследовании на пятые сутки у них не выявлялись признаки воспалительной реакции. Наши данные совпадают с результатами исследования В. Czajka et al., в котором отмечалось уменьшение числа женщин с отеком промежности после родов на 30% уже на третьи сутки послеродового периода [5].

В то же время скорость уменьшения болезненных проявлений у женщин группы сравнения, которым не проводили профилактическое лечение препаратом Тантум Роза, отставала от таковой у остальных женщин. В результате даже на пятые сутки послеродового периода дискомфорт в области половых органов испытывали почти 2/3 женщины группы, хотя степень их выраженности была меньше, чем в первые три дня.

Наименьшее количество лейкоцитов отмечено в первые сутки послеродового периода, затем при его физиологическом течении их число несколько возрастало и стабилизировалось на среднем уровне 5-10 в поле зрения к четвертым-пятым суткам. Исходное число лейкоцитов у женщин группы сравнения и основной группы было выше, чем в контрольной. Однако если при применении Тантум Роза динамика их изменения соответствовала таковой в норме, то в группе сравнения нами не обнаружено характерного увеличения их числа. Оценку выявленных особенностей следует проводить в комплексе с другими бактериоскопическими данными.

Так, нами обнаружено, что для физиологического послеродового периода у здоровых женщин характерным является преобладание бациллярной флоры. В группе женщин высокого инфекционного риска чаще встречалась смешанная флора. В первые сутки после нормальных родов у здоровых женщин во влагалище отмечается небольшое количество микроорганизмов. К пятым суткам их число возрастает. Несмотря на исходно более высокое количество микроорганизмов во влагалище у женщин основной группы, на фоне применения препарата Тантум Роза их число

к пятым суткам послеродового периода достоверно не отличалось от соответствующего показателя в контрольной группе. В группе сравнения отмечено достоверное увеличение микробной обсемененности.

При этом на фоне применения препарата Тантум Роза у женщин основной группы произошло изменение соотношения состава влагалищной флоры в пользу преобладания бациллярной. В группе сравнения увеличилась частота выявления смешанной флоры, которая достигла 73%.

По данным бактериоскопического исследования, у 13,8% женщин группы риска в послеродовом периоде развился бактериальный вагиноз, у 6,7% — генитальный кандидоз. На фоне применения препарата Тантум Роза частота этих инфекционных заболеваний была в два раза ниже и практически не отличалась от показателей в контрольной группе. Таким образом, отсутствие характерной лейкоцитарной реакции у женщин группы сравнения, вероятно, обусловлено высокой частотой дисбиотических нарушений влагалищного микроценоза, протекавших по типу бактериального вагиноза. В связи с полученными данными следует учитывать, что, несмотря на высокую профилактическую эффективность в отношении дисбиотических нарушений и кольпита, у женщин группы высокого риска данных нарушений следует осуществлять бактериоскопический контроль, по результатам которого возможно назначение дополнительного лечения (антигрибковые препараты и др.).

Полученные результаты показали, что применение бензидамина гидрохлорида (Тантум Роза) в первые дни послеродового периода позволяет:

- быстро редуцировать интенсивность болезненных проявлений и симптомов воспалительной реакции, что способствует скорейшему заживлению микротравм и улучшению качества жизни;
- быстрее нормализовать количественный и качественный состав влагалищной микрофлоры, снизить частоту развития дисбиотических заболеваний и кольпита в группе риска инфекционно-воспалительных осложнений;
- женщине самостоятельно пользоваться лекарственным средством благодаря отсутствию побочных эффектов и удобной форме применения в виде влагалищных орошений.

Литература

1. Аюбян Т.Э. Бактериальный вагиноз и вагинальный кандидоз у беременных (диагностика и лечение). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1996; 141.
2. Баев О.Р. К вопросу об антибиотикопрофилактике осложненной кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2002; 1(1): 81-3.
3. Буданов П.В., Баев О.Р. Диагностика и варианты комплексного лечения нарушений микроценоза влагалища. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2002; 1(2): 73-7.
4. Манухин И.Б., Совдагарова Ю.Э. Оптимизация тактики лечения беременных с рецидивирующей герпетической инфекцией и клинико-иммунологическая характеристика новорожденных. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2002; 2(1): 36-9.
5. Czajka R. Delivery by natural birth or caesarean section in preterm labour. Med Wieku Rozwoj, 2003; 7(3 Suppl 1): 97-103.

А.Н. Roe, А. Dokras, кафедра акушерства і гінекології, Університет Пенсильванії, м. Філадельфія, США

Діагностика синдрому полікістозних яєчників у підлітків

Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) вважають найбільш поширеною ендокринопатією у жінок репродуктивного віку. Симптоми СПКЯ можуть значно змінюватися залежно від віку, раси, маси тіла, прийому тих чи інших лікарських засобів, суттєво ускладнюючи верифікацію діагнозу. Особливі труднощі із встановленням діагнозу виникають у пацієнтів підліткового віку. Це пов'язано з тим, що діагностичні ознаки та симптоми СПКЯ часто збігаються із проявами нормального статевого дозрівання.

1935 року Штейн і Левенталь опублікували серію клінічних випадків. Було обстежено сім жінок з аменореєю, гірсутизмом та двостороннім полікістозом яєчників. Цей стан пізніше почали називати СПКЯ, який у наш час визнають найпоширенішою ендокринопатією у жінок репродуктивного віку (5-7% жінок фертильного віку). Ключовими симптомами СПКЯ є порушення менструального циклу, підвищення рівня андрогенів, полікістоз яєчників. З моменту свого першого опису 1935 року визначення СПКЯ зазнало деяких змін.

На консенсусі Національного інституту здоров'я (НИН), який відбувся 1990 року, СПКЯ було визначено як хронічну ановуляцію з клінічною і/або біохімічною гіперандрогенією, яка не пов'язана з іншими причинами, наприклад при хворобах щитовидної залози або дисфункції надниркових залоз.

2003 року Роттердамським консенсусом Європейського товариства репродукції й ембріології людини (ESHRE), а також Американського товариства репродуктивної медицини (ASRM) — спонсорів семінару — було запропоновано встановлювати діагноз СПКЯ за наявності двох із трьох критеріїв: олігоовуляція або ановуляція, клінічна та/або біохімічна гіперандрогенія, полікістоз яєчників на УЗД; інші критерії необхідно виключити.

Таким чином, Роттердамський консенсус поширив діагноз СПКЯ на жінок з олігоовуляцією і полікістозом яєчників без гіперандрогенії, а також на пацієнок з гіперандрогенією і полікістозом яєчників при збереженні овуляції, і в цьому полягає відмінність від критеріїв НИН.

Деякі вчені стверджували, що розширення критеріїв, прийнятих у Роттердамі, може призвести до гіпердіагностики СПКЯ, і, що більш важливо, включені фенотипи можуть не мати ризиків виникнення довгострокових метаболічних розладів.

Зовсім недавно, 2009 року, Товариство гіперандрогенних станів та СПКЯ (АЕ-PCOS) опублікувало доповідь цільової групи, підкресливши, що СПКЯ є насамперед гіперандрогенним станом, і запропонувало розглядати СПКЯ як гіперандрогенний стан. Тобто наявність гіперандрогенії у такому разі є обов'язковим критерієм для встановлення діагнозу.

Однак жодна з перерахованих вище груп не запропонувала критеріїв для діагностики СПКЯ у підлітковому віці. Проблема полягає в тому, що у юних пацієнтів зазначені критерії зумовлюють особливі діагностичні проблеми у зв'язку з тим, що характеристики нормального статевого дозрівання часто збігаються з ознаками та симптомами СПКЯ, про що йшлося вище.

Отже, виникла необхідність у розробці діагностичних критеріїв СПКЯ у підлітків, які й було запропоновано деякими авторами.

Так, Sultan і Paris вважають, що підлітковому віку відповідають чотири з п'яти критеріїв: оліго- або аменорея протягом двох років після менархе, клінічна гіперандрогенія, біохімічна гіперандрогенія, резистентність до інсуліну або гіперінсулінемія та полікістоз яєчників за результатами УЗД.

Carmina і співавт. запропонували дотримуватися Роттердамських критеріїв, але для встановлення остаточного діагнозу у підлітків мають бути наявні усі три критерії. Ці дослідники також припускають, що підліткам, у яких виявили лише два з трьох критеріїв, щільком можна встановлювати діагноз СПКЯ, як і дорослим, з метою постійного нагляду за станом їхнього здоров'я. Ця пропозиція більш жорстка, проте вона не схвалена експертами.

Гормональні зміни під час нормального статевого дозрівання і патофізіологія СПКЯ

Статеве дозрівання починається з дозрівання гіпоталамо-гіпофізарно-оваріальної осі й секреції гонадотропін-рилізінг-гормона (GnRH). Діяльність цієї осі в дитинстві пригнічена.

Зміна частоти імпульсів GnRH призводить до звільнення гіпофізом лютеїнізуючого (LH) і фолікулоstimулюючого гормона (FSH), які стимулюють теку яєчників і клітини гранульози відповідно.

Тека-клітини продукують андростендіон, який прилегли клітини гранульози ароматизують в естрадіол. У результаті такої естрогенної трансформації в період статевого дозрівання відбувається розвиток грудей, ріст кісток і відкладення жиру. Протягом цього періоду надниркові залози також збільшують виділення андрогенів, таких як дегідроепіандростерон (DHEA) і DHEA-сульфат (DHEAS), які відповідають за ріст волосся на лобку і у пахвових ділянках, а також появу акне.

Хоча точна етіологія СПКЯ досі неясна, вважають, що перевищення рівня андрогенів є основним пусковим механізмом цього захворювання.

Продукція підвищеного рівня андрогенів у першу чергу відбувається в яєчниках і меншою мірою — у надниркових залозах і периферичній жировій тканині, впливаючи на чутливість гіпоталамуса до рівня периферійних гормонів і тим самим збільшуючи викиди GnRH.

Це призводить до збільшення секреції LH, який у свою чергу стимулює клітини теки яєчників виробляти більше андрогенів. Відносно зниження секреції FSH призводить до зменшення ароматизації андрогенів в естрадіол і порушує розвиток фолікулів. Як наслідок, виникають тривалі періоди олі-