

Добавляет
ценность диагнозу



ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ

О.В. Рыкова, руководитель клинического направления лабораторной диагностики медицинской лаборатории «Синэво»

Синдром поликистозных яичников — диагноз исключения и междисциплинарная проблема

Обзор руководства по диагностике и лечению синдрома поликистозных яичников «Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline» (2013)

Актуальность освещения тем, относящихся к междисциплинарным проблемам, сегодня связана с необходимостью широкого информирования врачей различных специальностей о многообразии клинических проявлений той или иной патологии. Специалист, занимаясь вопросами диагностики и лечения в своей области, должен учитывать, что у части пациентов клиническая картина может быть одним из симптомов другого заболевания, которое требует специфического этиопатогенетического лечения, без проведения которого достичь улучшения состояния зачастую невозможно. В практике гинеколога вопросы диагностики причин расстройств со стороны репродуктивной системы (нарушения менструального цикла, невынашивание беременности, бесплодие, такие проявления гиперандрогении, как акне, гирсутизм) являются одними из наиболее актуальных. Высокая распространенность синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) среди женского населения планеты, клиническими проявлениями которого могут быть перечисленные выше нарушения, определяет необходимость своевременного установления диагноза и проведения соответствующего лечения.

Учитывая, что у пациенток с СПКЯ существуют высокие риски развития сердечно-сосудистых событий, обусловленные наличием нарушений углеводного обмена (инсулинорезистентностью), липидного обмена, приемом комбинированных оральных контрацептивов (КОК), рекомендованных для лечения данного заболевания и ассоциирующихся с увеличением вероятности тромбоэмболических осложнений; такие пациентки наблюдаются не только у гинекологов, но и у терапевтов, семейных врачей, кардиологов. В декабре 2013 г. Американское общество эндокринологов опубликовало в Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism руководство по диагностике и лечению СПКЯ («Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline»). В соответствии с представленными рекомендациями, лабораторная диагностика является одним из основных методов не только установления диагноза, но и проведения дифференциальной диагностики, оценки рисков наличия осложнений, связанных с СПКЯ, прогноза эффективности лечения и оценки рисков развития осложнений, связанных с лечением. В этой статье мы предлагаем обзор основных рекомендаций данного руководства для врачей различных специальностей.

Диагностика СПКЯ

Авторы руководства высказались в поддержку критериев установления диагноза СПКЯ, указанных в Роттердамском консенсусе (2003), описав значимость каждого из них в разные периоды жизни женщины. Следует отметить, что авторы делают акцент на том, что установление диагноза СПКЯ ассоциируется с наибольшими сложностями у девочек-подростков и женщин в постменопаузальном периоде. При установлении диагноза СПКЯ необходимо провести ряд исследований (табл.).

Диагноз у женщин репродуктивного возраста

Установление диагноза СПКЯ проводится при наличии двух из трех следующих критериев: клинической и/или биохимической гиперандрогении, нарушении овуляции и поликистозных яичников при условии, что исключены заболевания, которые могут приводить к клинической картине, подобной СПКЯ.

Диагноз СПКЯ в подростковом периоде

Диагноз СПКЯ у девочки-подростка может быть установлен на основании наличия клинических и/или биохимических признаков гиперандрогении (после исключения других патологий) в присутствии постоянной олигоменореи. Ановуляторный цикл и морфологические признаки поликистозных яичников в подростковом периоде не считаются достаточными для установления диагноза и могут отражать физиологические особенности полового созревания.

Диагноз СПКЯ в пери- и менопаузальном периоде

Хотя в настоящее время нет разработанных диагностических критериев СПКЯ в пери- и менопаузальном периоде у женщин, авторы указывают, что предполагаемый диагноз СПКЯ может быть основан на документированных данных, подтверждающих наличие олигоменореи и гиперандрогении в течение репродуктивного периода. Выявление поликистоза яичников при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) с большой вероятностью свидетельствует о наличии СПКЯ, хотя этот признак маловероятен у женщин в менопаузальном периоде.

Согласно рекомендациям данного руководства, у всех пациенток с подозрением на СПКЯ необходимо исключить:

- патологию щитовидной железы;
- гиперпролактинемию;

- врожденную дисфункцию коры надпочечников (ВДКН), неклассический вариант, обусловленный в первую очередь дефицитом 21-гидроксилазы.

Данное обследование рекомендовано проводить всем женщинам. В ситуациях, когда клиническая картина СПКЯ (проявления гиперандрогении, нарушение овуляции, поликистоз яичников по данным УЗИ) сочетается с клиническими особенностями других заболеваний, необходимо исключить/подтвердить их наличие для проведения коррекции объемов и методов лечения. Рекомендовано исключить следующие состояния и заболевания:

- беременность;
- гипоталамическую аменорею, включая функциональную аменорею;
- первичную недостаточность яичников;
- андрогенпродуцирующие опухоли;
- синдром Кушинга;
- акромегалию;
- редкие заболевания (другие формы врожденной дисфункции коры надпочечников – ВДКН: дефицит 11 β -гидроксилазы, дефицит 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы; синдром тяжелой инсулинорезистентности, прием препаратов, нарушения полового развития и др.).

Лечение СПКЯ

Основные рекомендации по лечению пациенток с СПКЯ (согласно руководству):

- препараты гормональной контрацепции рекомендованы как препараты первой линии для лечения нарушений менструального цикла и гирсутизма;
- коррекция образа жизни (достаточные физические нагрузки, низкокалорийная диета) рекомендована как первоочередное мероприятие, направленное на нормализацию массы тела при наличии избыточного веса;
- метформин не рекомендован в качестве терапии первой линии у всех женщин с СПКЯ, но этот препарат следует назначать пациенткам с СД 2 типа или нарушением толерантности к глюкозе, у которых не удается достичь снижения массы тела с помощью диеты и физических нагрузок. Метформин также рекомендуется тем пациенткам, которым противопоказаны гормональные контрацептивные средства, или они их (по каким-то причинам) не переносят. У пациенток с СПКЯ, которые подвергаются экстракорпоральному оплодотворению, рекомендуется добавление метформина в качестве адъювантной терапии с целью профилактики синдрома гиперстимуляции яичников. Данный препарат не рекомендован для лечения кожных проявлений гиперандрогении, профилактики осложнений беременности (гестационного диабета), ожирения;
- препаратом первой линии для лечения ановуляторного бесплодия рекомендован кломифен ацетат или летрозол;
- при наличии метаболического синдрома необходимо назначение статинов, однако при отсутствии нарушений липидного профиля использование данной группы препаратов не рекомендовано;
- не рекомендовано применение инсулиновых сенситайзеров, тиазолидинионов для лечения СПКЯ в случае, если нет данных о нарушениях углеводного обмена (СД 2 типа).

В заключение хочется отметить, что проблема диагностики и лечения СПКЯ еще далека от своего решения, многие вопросы остаются открытыми и являются предметом проводимых в настоящее время исследований. Эффективность лечения пациенток с СПКЯ напрямую зависит от учета всех составляющих диагноза, исключения патологий, клиническая картина которых подобна СПКЯ. Современные возможности лабораторной диагностики помогают практическому врачу в выборе тактики ведения пациенток на всех этапах диагностического процесса.

В рамках следующей публикации будут рассмотрены аспекты диагностики акромегалии и синдрома Кушинга.

Продолжение следует.

Таблица. Объем обследования женщины при установлении диагноза СПКЯ

| Предполагаемая патология | Рекомендации | Лабораторная диагностика |
|--|--|---|
| Биохимическая гиперандрогения | Является одним из критериев установления диагноза | Тестостерон общий Тестостерон свободный Индекс свободного тестостерона (тестостерон общий и глобулин, связывающий половые стероиды) |
| Тиреоидная патология | Исключение у всех женщин | Тиреотропный гормон |
| Гиперпролактинемия | Исключение у всех женщин | Пролактин; при повышенных значениях – макропролактин |
| ВДКН (дефицит 21-гидроксилазы) | Исключение у всех женщин | 17-оксипрогестерон Ранняя фолликулярная фаза в 8.00 |
| Андрогенпродуцирующие опухоли | Исключение в случае внезапного начала, быстрого прогрессирования, данных инструментальных методов по поводу объемного образования в области надпочечников или яичников | Дегидроэпиандростерон-сульфат Тестостерон общий |
| Гипоталамическая аменорея / первичная недостаточность яичников | Исключение при аменорее в сочетании с клинической картиной, характерной для данной патологии | Фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол |
| Беременность | При аменорее в сочетании с признаками беременности | Хорионический гонадотропин человека |
| Синдром Кушинга | Если присутствуют аменорея, клиническая картина гиперандрогении, ожирение, сахарный диабет (СД) 2 типа в сочетании с миопатией, фиолетовые стрии, легко образуются кровоизлияния | Кортизол в слюне в 23.00 Кортизол в суточной моче Тест подавления с 1 мг дексаметазона |
| Акромегалия | Если присутствуют олигоменорея, клиническая картина гиперандрогении, СД 2 типа, поликистозные яичники в сочетании с головной болью, гипергидрозом, висцеромегалией, изменениями внешности, конечностей | Инсулиноподобный фактор роста-1 (ИФР-1, или соматомедин С) |