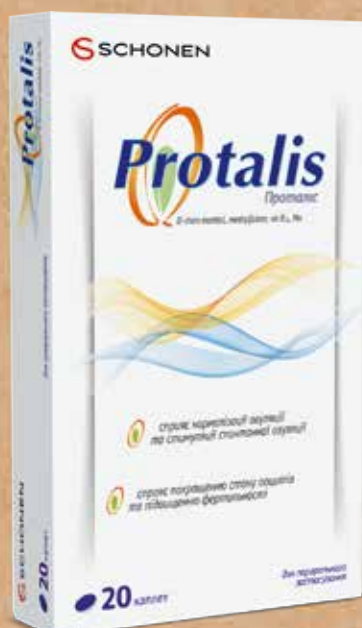


А Я ТАКА ФЕРТИЛЬНА...



Сприяє:

- нормалізації овуляції при СПКЯ
- покращенню якості ооцитів в циклах ЕКЗ

Діюча речовина — D-chiro-inositol.

На правах реклами. Не є лікарським засобом. Звіт НЦ превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. ак. Л.І.Медведя МОЗ України №3/28-592-68562Е від 27.04.2020.

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.

З.М. Дубоссарская, д. мед. н., профессор, ГУ «Днепропетровская государственная медицинская академия МЗ Украины»

Современные подходы к реабилитации репродуктивной функции у пациенток с гиперандрогенией

По материалам конференции



З.М. Дубоссарская

На недавней научно-практической онлайн-конференции «Акушерство, гинекология, репродуктология: от науки до клинической практики» заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» Зинаида Михайловна Дубоссарская представила доклад, посвященный вопросам диагностики и лечения бесплодия у пациенток с гиперандрогенией.

Ключевые слова: бесплодие, гиперандрогения, синдром поликистозных яичников, овуляторная дисфункция.

Автор доклада констатировала, что бесплодие — это заболевание, которое распространено во всем мире. Его основной причиной являются инфекции маточных труб, заболевания, передающиеся половым путем: гонорея, хламидиоз и многие другие. Приблизительно одна из шести пар в экономически развитых странах обращается за медицинской помощью в связи с бесплодием.

В патофизиологии бесплодия выделяют такие женские факторы: трубный фактор (15,3%), овуляторная дисфункция (13,9%), снижение овариального резерва (26,1%), эндометриоз (10,3%), патология матки, в особенности нарушение рецептивного аппарата (5,1%); сочетание различных факторов встречается в 10,8% случаев. В 36,4% случаев причиной бесплодия выступает мужской фактор, в 18,1% — бесплодие имеет смешанную этиологию и, к сожалению, в 13,6% случаев — неизвестную.

Овуляторная дисфункция, как правило, вызывает менструальные нарушения, такие как аменорея или аномальные маточные кровотечения. Именно на эту патологию приходится до 40% диагностированных случаев бесплодия.

Существует несколько видов овуляторной дисфункции:

- гипогонадотропная дисфункция, которая развивается в результате патологии гипоталамо-гипофизарной системы;
- гипергонадотропная ановуляция, развивающаяся в результате недостаточной функции яичников;
- синдром поликистозных яичников (СПКЯ) как наиболее часто встречающийся вариант гиперандрогении.

В рекомендациях Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) первостепенными лабораторными исследованиями при диагностике нарушения фертильности указаны следующие:

- анализ спермы для исключения мужского фактора бесплодия;
- определение уровня прогестерона в лютеиновую фазу (21–24-й день менструального цикла);
- уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) в моче;
- трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ);
- гистерограмма;
- контрастная гистеросальпингосонография.

Также при необходимости можно определить базальный уровень фолликулостимулирующего гормона, ЛГ в сыворотке, если есть нарушение цикла, уровни в сыворотке крови эстрадиола, свободного тестостерона, пролактина, назначить сонографию с инфузией физиологического раствора, трехмерную ультрасонографию, магнитно-резонансную томографию органов малого таза, лапароскопию, гистероскопию и кариотипирование.

Синдром поликистозных яичников — это самое частое эндокринное нарушение репродуктивного возраста, и общеизвестно, что с ним сталкивается от 5

до 14% популяции. На сегодняшний день ведется много споров касательно первичного звена в патогенезе СПКЯ. В частности, является ли причиной заболевания:

- дефект ферментных звеньев овариального и надпочечникового стероидогенеза;
- нарушение секреции и рецепции гонадотропин-рилизинг-гормона и ЛГ;
- дефект вторичных посредников действия инсулина, ведущий к инсулинорезистентности и гиперэстрогении.

Несмотря на то что об СПКЯ чаще говорят у женщин с патологической прибавкой веса, заболевание также встречается и у худых пациенток. У них, в отличие от женщин с избыточной массой тела, наблюдается недостаточное постпрандиальное повышение уровня грелина и нейропептида Y. Это указывает на наличие у этих женщин феномена адаптации островкового аппарата поджелудочной железы к инсулинорезистентности.

Критерии диагностики СПКЯ общеизвестны, и для подтверждения диагноза достаточно наличия всего двух из трех следующих критериев:

- ановуляция: олиго-/ановуляция с олигоменореей — 50%, аменореей — 20% и нормальным ритмом менструаций — 30%;
- гиперандрогения: клиническая — гирсутизм, акне, алопеция, себорея, акантоз; лабораторная — повышение уровня тестостерона, дегидроэпиандростерона, андростендиона;
- поликистозные яичники (УЗИ придатков): количество фолликулов >10, диаметр фолликулов 6–10 мм, увеличение объема яичника (>10 см³).

Профессор З.М. Дубоссарская отметила, что на сегодняшний день применяется множество дополнительных исследований, которые позволяют уточнять критерии диагностики с целью правильного назначения последующего лечения.

СПКЯ может проявиться в любой период времени, от пубертата до менопаузы, но если причины заболевания и его начало подобны в разные возрастные периоды, то клинические проявления могут существенно различаться. Так, например, в период пубертата пациенток беспокоят акне, гирсутизм, нарушение менструального цикла, повышение массы тела, а с началом регулярной половой жизни — бесплодие. У женщин же после 40 лет на первое место выходят серьезные кардиометаболические риски, что очень важно учитывать, поскольку в Украине заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место в структуре общей смертности. Также при СПКЯ могут возникать дислипидемия, атеросклероз, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет 2-го типа и гестационный диабет у беременных, нарушение толерантности к глюкозе, обструктивное апноэ во сне, рак эндометрия и метаболический синдром.

Международная доказательная база для оценки и управления СПКЯ (International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome, 2018) — это рекомендации, которые были созданы при участии 37 организаций в 71 стране мира.

В этом руководстве акцент сделан на долгосрочных стратегиях управления СПКЯ и профилактике метаболических и других последствий. Правильный, здоровый образ жизни и применение инновационного, хорошо известного врачам комплекса Проталис — рекомендованы при СПКЯ.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) обеспечивают снижение уровня андрогенов, улучшение состояния кожи и волос, лечение акне и гирсутизма. Прием Проталиса как дополнение к вышеуказанной терапии способствует нормализации менструального цикла и метаболизма, а также уменьшению индекса массы тела. Поэтому здоровый образ жизни и Проталис — это разумная альтернатива при СПКЯ, особенно актуальная при наличии рисков для приема КОК или в случае отказа пациентки от терапии гормональными контрацептивами.

D-хиро-инозитол в составе Проталиса — это современная молекула, направленная на устранение инсулинорезистентности при СПКЯ. В организме D-хиро-инозитол позволяет уменьшить оксидативный стресс, который является одной из основных причин снижения качества гамет. Количество свободных форм кислорода увеличивается при стрессе, курении, ожирении, метаболической дисфункции, гипергликемии, негативном воздействии окружающей среды, инфекциях, что в конечном итоге ведет к ухудшению качества не только яйцеклеток, но и сперматозоидов.

Начало лечения женщин с СПКЯ без репродуктивных планов должно начинаться с коррекции нарушения менструального цикла, налаживания здорового образа жизни и питания, регулярной физической активности. Также очень важно обеспечить женщине психологический комфорт.

Благодаря компоненту D-хиро-инозитолу комплекс Проталис в комбинации с назначением патогенетической терапии рекомендован международными протоколами больным с СПКЯ. Особую ценность Проталис имеет в тех случаях, когда пациентке противопоказаны КОК, если наблюдаются побочные эффекты от их применения или женщина имеет высокие риски для приема КОК, например гиперлипидемию, гипертонию или высокий индекс массы тела. Проталис также выпускается для мужчин и для подготовки женщин к применению вспомогательных репродуктивных технологий.

Согласно новому исследованию, проведенному Медицинской школой Перельмана Пенсильванского университета (США), женщины с бесплодием в анамнезе имеют на 10% более высокий риск смерти и на 20% — именно от рака эндометрия. Эти новые факты еще раз подтверждают необходимость совершенствования и поиска новых подходов к лечению бесплодия, особенно при гиперандрогенных состояниях.

Таким образом, своевременная диагностика, щадящее и в то же время эффективное патогенетическое лечение СПКЯ позволяют уменьшить проявления этого заболевания и повысить фертильность у женщин с овуляторной дисфункцией.