

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Рецензия КМН, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО Шапошниковой Екатерины Викторовны на реферат клинического ординатора второго года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Кыргыс Дан-Хаяа Салгын-ооловны по теме «Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте»

Актуальность заявленной темы, очевидна, так как синдром поликистозных яичников является одним из наиболее частых эндокринных расстройств у женщин репродуктивного возраста. В общей популяции женщин репродуктивного возраста распространенность синдрома составляет от 6-9% до 19,9%.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Дата 21.05.2019 год
Подпись рецензента Шапошниковой Е.В.
(подпись)

Подпись ординатора Кыргыс Д.С.
(подпись)

Без.
Шапошниковой Е.В.
(ФИО рецензента)
Кыргыс Д.С.
(ФИО ординатора)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., доц., Базина М.И.



Реферат

на тему: Синдром поликистозных яичников.

Выполнила: клинический ординатор
кафедры акушерства и гинекологии
ИПО Кыргыс Д.С.

Проверила: к.м.н., доц., Шапошникова Е.В.

Красноярск 2019г.

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Термины и определения.....	4
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Классификация.....	5
5. Диагностика.....	7
6. Дифференциальная диагностика.....	9
7. Лечение.....	14
8. Список литературы.....	14

Введение

Показатели распространенности СПКЯ зависят от используемых критериев диагностики и особенностей популяционной выборки. В общей популяции женщин репродуктивного возраста распространенность синдрома составляет от 6-9% до 19.9% . Среди женщин, имеющих НМЦ, частота выявления СПКЯ по данным различных исследований колеблется от 17,4% до 46,4%. У пациенток склиническими проявлениями гиперандрогении СПКЯ занимает ведущее место, достигая при использовании различных критериев 72,1%-82%, а у женщин с ановуляторным бесплодием СПКЯ выявляется в 55%-91% случаев .

Термины и определения

Ановуляция (отсутствие овуляции) – нарушение менструального цикла (НМЦ), в результате которого не происходит созревание и выход яйцеклетки из фолликула.

Гиперандрогения – состояние, связанное с избыточной секрецией андрогенов и/или усиленным их воздействием на организм, которое у женщин чаще всего проявляется вирилизацией (появление мужских черт).

Гирсутизм — это избыточный рост терминальных волос у женщин по мужскому типу. Терминальные — темные, жесткие и длинные волосы, в отличие от пушковых, которые слабоокрашены, мягкие и короткие.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как наследственными факторами, так и факторами внешней среды. Ведущими признаками СПКЯ являются: гиперандрогения, менструальная и/или овуляторная дисфункция и поликистозная морфология яичников.

Этиология и патогенез

СПКЯ является одним из наиболее частых эндокринных расстройств у женщин репродуктивного возраста. Хроническая ановуляция у женщин с СПКЯ является фактором риска развития гиперплазии и рака эндометрия, чему в значительной степени способствует наличие у 40-85% женщин с СПКЯ избыточного веса или ожирения. Наряду с репродуктивными нарушениями, СПКЯ, особенно его классический фенотип, ассоциирован с инсулинорезистентностью (ИР), нарушением толерантности к глюкозе (НТГ), сахарным диабетом (СД), сердечно-сосудистыми заболеваниями, что определяет отдаленные последствия этого заболевания .

Классификация

В зависимости от критериев диагноза в настоящее время существуют несколько классификаций СПКЯ: критерии Национального института здоровья США (National Institute of Health, NIH) (1990) [16], пересмотренные в 2012 году [19]; согласованные критерии Европейского общества репродукции (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) и эмбриологии человека и Американского общества репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine, ASRM), принятые в Роттердаме (2003) [17] и критерии Общества по гиперандрогениям и СПКЯ (Androgen Excess and PCOS Society, AE-PCOS) (2006) .

В соответствии с критериями NIH (1990) совокупность олигоановуляции, гиперандрогенемии и/или гирсутизма обозначают как «классический СПКЯ».

Согласованные критерии ASRM/ESHRE (2003) предполагают наличие любых 2-х из 3-х признаков: олигоановуляция, гиперандрогенемия и/или

гирсутизм, поликистозная морфология яичников по данным ультразвукового исследования (УЗИ) .

Критерии АЕ-PCOS (2006) предусматривают обязательное наличие 2-х из 2-х признаков: гирсутизм и/или гиперандрогенемия; олигоановуляция и/или поликистозная морфология . Для применения критериев АЕ-PCOS (2006) требуется использование точных методов определения уровня андрогенов, что не всегда представляется возможным.

После пересмотра критериев NIH (1990) в 2012 году было принято решение о предпочтительном использовании для постановки диагноза СПКЯ согласованных критериев ASRM/ESHRE (2003) с обязательным указанием клинических вариантов. Данный подход к диагностике СПКЯ поддерживается и Endocrine Society (США).

Диагностика

Диагностика СПКЯ основана на регистрации клинических и лабораторных проявлений гиперандрогении, оценке менструальной, овуляторной функции, а также морфологии яичников с помощью ультрасонографии.

2.1 Физикальное обследование

Рекомендуется проведение оценки гирсутизма по Шкале Ферримана-Галлвея (шкала Ф-Г)

Распространенность гирсутизма при классическом СПКЯ достигает 75%. У представительниц европеоидной и негроидной рас патогномичным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале ≥ 8 баллов, хотя по некоторым данным о гирсутизме свидетельствует его повышение. У представительниц Юго-Восточной Азии диагностически значимо повышение суммы баллов по шкале Ф-Г.

Не рекомендуется проводить рутинную оценку акне и алопеции .

В качестве критериев диагностики СПКЯ акне и алопеция рассматриваются, как правило, при сочетании с овуляторной дисфункцией или поликистозной морфологией яичников.

Рекомендуется проводить физикальное обследование с оценкой наличия нигроидного акантоза при.

К клиническим маркерам ИР у пациенток с СПКЯ относится нигроидный акантоз (папиллярно-пигментная дистрофия кожи в виде локализованных участков бурой гиперпигментации в области кожных складок, чаще шеи, подмышечных впадин, паховой области, которые гистологически характеризуются гиперкератозом и папилломатозом).

Рекомендуется проводить измерения роста и веса с вычислением ИМТ у пациенток с СПКЯ; для определения типа ожирения рекомендуется измерение окружности талии (ОТ).

ИМТ вычисляется по формуле: $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (м}^2\text{)}.$

2.2 Лабораторная диагностика

Рекомендуется проводить определение в сыворотке крови уровней общего тестостерона и свободного тестостерона. Дегидроэпиандростерона сульфат (ДЭАС) и андростендион являются вспомогательными маркерами биохимической гиперандрогении при СПКЯ.

Диагностическое значение при СПКЯ имеет повышение в сыворотке крови уровней общего тестостерона и свободного тестостерона, при этом наиболее информативным является повышение свободного тестостерона.

Рекомендуется проводить исследования концентраций общего тестостерона с помощью жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (Liquid chromatography-tandem mass spectrometry, LC-MS), газовой хроматографии с масс-спектрометрией (gas chromatography-tandem mass spectrometry, GC-MS), а также – радиоиммунологическое исследование (РИА) с экстракцией органическими растворителями с последующей хроматографией.

Исследование общего тестостерона с помощью прямого РИА более экономично, чем метод жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией и приемлемо при адекватном контроле качества и четко определенными референсными интервалами. Основанные на локальных популяционных исследованиях референсные интервалы концентраций тестостерона должны быть разработаны в каждой лаборатории.

Не рекомендуется использовать методы определения общего тестостерона, основанные на иммуноферментном анализе; прямые методы определения уровня свободного тестостерона.

Наиболее полезным для диагностики гиперандрогенемии и последующего наблюдения пациентов является вычисление свободной фракции тестостерона на основании тестостерона, определенного с помощью высококачественных методов, и секс-стероид-связывающего глобулина (СССГ).

Рекомендуется проводить у пациенток с СПКЯ 2-часовой пероральный глюкозо-толерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы в качестве скрининга на НТГ и СД 2 типа.

В практической деятельности на первом этапе обследования рекомендуется исследовать уровень глюкозы натощак, а затем проводить ПГТТ [33]. Если нет возможности проведения ПГТТ, для скрининга нарушений углеводного обмена у женщин с СПКЯ рекомендуется определение гликозилированного гемоглобина.

Рекомендуется повторное проведение ПГТТ каждые 3-5 лет или чаще, если имеется центральное ожирение, существенная прибавка веса и/или симптомы развития диабета.

2.3 Инструментальная диагностика

Рекомендуется проведение ультразвукографии пациенткам с СПКЯ.

Для диагностики поликистозных яичников (ПКЯ), необходимо наличие в яичнике 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм и/или увеличение овариального объема более 10 мл. Увеличение овариального объема считается более надежным критерием диагностики СПКЯ, чем количество фолликулов.

Рекомендуется использование трансвагинального доступа при УЗИ, при регулярных менструациях – в ранней фолликулярной фазе, а при олиго/аменорее – либо в любое время, либо на 3-5 дни после менструации, индуцированной прогестероном.

Для диагностики ПКЯ достаточно, если данным критериям отвечает хотя бы один яичник. При обнаружении доминантного фолликула (более 10 мм в диаметре) или желтого тела, ультразвуковое исследование нужно повторить в следующем цикле. Данные критерии не следует применять у женщин, получающих КОК (комбинированные оральные контрацептивы). При наличии кист или асимметрии яичников требуется дополнительное исследование. Субъективное впечатление о ПКЯ не должно заменять настоящие критерии – необходимые данные о количестве, размерах фолликулов и объеме яичников. В то же время характер распределения фолликулов, увеличение объема и повышение эхогенности стромы можно не описывать, так как для клинической практики вполне достаточно измерения объема яичников.

Рекомендуется применять при трансвагинальном исследовании с использованием высокочастотных датчиков критерии ультразвуковой диагностики ПКЯ, которые предусматривают наличие 25 и более фолликулов диаметром от 2 до 10 мм в яичнике и/или объем яичника более 10 см³.

2.4 Диагностика ановуляции

Рекомендуется использовать следующие критерии диагностики овуляторной дисфункции:

НМЦ: продолжительность цикла менее 21 дня или более 35 дней; при сохраненном менструальном цикле необходимо измерение прогестерона в сыворотке крови на 20-24 дни цикла и при снижении уровня прогестерона ниже 3-4 нг/мл цикл считается ановуляторным. О наличии хронической ановуляторной дисфункции свидетельствует отсутствие овуляции в 2-х циклах из 3-х.

Дифференциальная диагностика

Рекомендуется при проведении дифференциальной диагностики СПКЯ прежде всего исключить заболевания щитовидной железы, гиперпролактинемию и неклассическую форму врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН).

Критериями диагностики гипотиреоза является повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) выше его нормальных значений и снижение концентраций свободной фракции тироксина. Снижение уровня ТТГ менее нижней границы нормы (обычно менее 0,1 мЕД/л), свидетельствует о гипертиреозе. Диагностика гиперпролактинемии основывается на определении пролактина сыворотки крови. При правильной организации забора крови на пролактин достаточно однократного исследования.

Рекомендуется в качестве основного критерия диагностики неклассической формы ВДКН использовать повышение уровня 17-ОН-прогестерона. При «пограничных» значениях 17-ОН-прогестерона рекомендуется проведение стимуляционного теста с адренокортикотропным гормоном (АКТГ).

Значимым для диагностики ВДКН является повышение уровня 17-ОН-прогестерона (в первой фазе менструального цикла, до 8.00 утра) более 400 нг/дл или 13 нмоль/л. При наличии повышения базального уровня 17-ОН-прогестерона более 200 нг/дл (6 нмоль/л) проводят АКТГ-стимуляционный тест с внутривенным введением 0.25 мг АКТГ; диагностически значимым является повышение уровня стимулированного 17-ОН-прогестерона более 1000 нг/дл или 33 нмоль/л. В ряде случаев для подтверждения диагноза могут быть применены генетические методы исследования.

Рекомендуется исключить ряд других заболеваний, имеющих сходные симптомы, поскольку клинические проявления СПКЯ достаточно неспецифичны.

Диагностика ИР. «Золотым стандартом» диагностики ИР является эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест с внутривенным введением инсулина и одновременной инфузией глюкозы для поддержания стабильного уровня гликемии. Упрощенной моделью клэмп-теста является внутривенный глюкозотолерантный тест (ВГТТ), основанный на многократном определении гликемии и инсулина крови [8]. Однако эти методы являются инвазивными, трудоемкими и дорогостоящими, что не позволяет широко использовать их в клинических исследованиях.

Диагностика метаболического синдрома. Рекомендуется использовать для диагностики метаболического синдрома (МС) у женщин следующие критерии:

увеличение ОТ (отличается в различных популяциях);
триглицериды (ТГ) 1,7 ммоль/л (? 150 мг/дл) или прием препаратов для лечения данного нарушения;
липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) <1,3 ммоль/л (<50 мг/дл);
Артериальное давление (АД): систолическое АД (САД) ? 130 мм рт.ст. или диастолическое АД (ДАД) 85 мм рт.ст. или лечение ранее диагностированной АГ;

глюкоза плазмы натощак 5,6 ммоль/л (?100 мг/дл).

Для подтверждения МС необходимо наличие 3 из 5 критериев.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Рекомендуется выявлять у пациенток с СПКЯ и избыточным весом или ожирением симптомы, характерные для СОАС, и при их наличии производить полисомнографическое исследование.

Больные с диагностированным СОАС направляются в специализированное лечебное учреждение.

Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин с СПКЯ

Рекомендуется проводить измерение АД, ОТ и регистрацию ИМТ при каждом визите. У всех женщин с СПКЯ рекомендуется исследовать липидный профиль и при нормальных показателях повторять исследование каждые 2 года или чаще в случае прибавки веса.

Жировой гепатоз и неалкогольный стеатогепатит

- Не рекомендуется проводить рутинную диагностику жирового гепатоза и неалкогольного стеатогепатита у пациенток с СПКЯ [21].

Депрессия. Рекомендуется проводить скрининг на наличие тревожно-депрессивных расстройств у всех пациенток с СПКЯ.

Лечение

Цели лечения: устранение проявлений андрогензависимой дерматопатии, нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений, восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности, предупреждение поздних осложнений СПКЯ. Индивидуальный план ведения пациентки составляется с учетом основных жалоб, репродуктивных установок, наличия риска сердечно-сосудистых заболеваний и прочих факторов.

1 Консервативное лечение

- Рекомендуется проводить монотерапию комбинированными гормональными контрацептивами (КГК): КОК, пластырь, ринг – в качестве терапии первой линией при НМЦ, гирсутизме и акне.

Женщинам с СПКЯ, не заинтересованным в беременности, рекомендуются любые методы контрацепции с учетом критериев приемлемости. При применении КГК у большинства пациенток с СПКЯ польза превышает риски. КГК не оказывают негативного влияния на фертильность пациентки в будущем. Эффективность КГК обусловлена подавлением секреции ЛГ, что приводит к снижению продукции овариальных андрогенов; эстрогенный компонент КГК способствует повышению уровней СССГ, что, в свою очередь, способствует снижению уровней свободно циркулирующего тестостерона; прогестин в составе КГК может осуществлять конкурентное взаимодействие с 5 α -редуктазой на

уровне рецепторов к андрогенам. Кроме того, КГК снижают продукцию надпочечниковых андрогенов, по-видимому, за счет подавления продукции АКТГ.

- Рекомендуется использовать метформин** в качестве терапии 2-й линии у пациенток с СПКЯ и нерегулярными менструациями в случае наличия противопоказаний к использованию КГК или их непереносимости [21]. Необходимо учитывать, что в данном случае применение метморфина** не предусмотрено инструкцией.
- Рекомендуется использовать для лечения гирсутизма низкодозированные КГК, содержащие либо нейтральный гестаген, либо гестаген с антиандрогенным действием. В случае умеренного гирсутизма рекомендуется монотерапия КГК; при неэффективности монотерапии или в случае умеренного и выраженного гирсутизма рекомендуется применять КГК в комбинации с антиандрогенами [20].

Оценка эффективности лечения проводится не ранее, чем через 6 мес.

- Рекомендуется применение антиандрогенов при гирсутизме в качестве монотерапии только при наличии противопоказаний к применению КГК или при непереносимости КГК.

При назначении антиандрогенов необходима надежная контрацепция. Рекомендуется спиронолактон** (50-100 мг в день), ципротерона ацетат** (10-100 мг в день) в циклическом или непрерывном режиме. Финастерид не зарегистрирован в России для применения у женщин, как и флутамид, который не рекомендован для лечения гирсутизма в связи с гепатотоксичностью (уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2b) [37]. Также необходимо учитывать, что в данном случае применение спиронолактона** не предусмотрено инструкцией.

- Рекомендуется в качестве дополнения к лекарственной терапии при гирсутизме применение косметических методов удаления волос. Оптимальным методом удаления волос при гирсутизме признана фотоэпиляция.
- Не рекомендуется использовать метформин** для лечения гирсутизма.
- Рекомендуется использовать системные антибиотики группы тетрациклинов, макролидов и изотретиноин при акне, наряду с КГК.

Системная антибактериальная терапия и изотретиноин назначаются дерматологом. Изотретиноин обладает выраженным тератогенным действием, поэтому при его применении необходима надежная контрацепция.

- Рекомендуется использовать терапевтическую модификацию образа жизни (ТМОЖ), включающую физические упражнения и диету, для лечения ожирения и избыточной массы тела у пациенток с СПКЯ.

Снижение веса на фоне ТМОЖ у пациенток с СПКЯ способствует нормализации менструальной функции и улучшению ряда метаболических показателей (преимущественно – углеводного обмена), однако ответ имеет индивидуальный характер [21]. Снижение веса на фоне ТМОЖ при СПКЯ не оказывает существенного влияния на гирсутизм [21].

- Не рекомендуется применять метформин** с целью лечения ожирения.

При наличии СД 2 типа или отсутствии эффекта от ТМОЖ при НТГ у пациенток с СПКЯ применение метформина возможно .

- Рекомендуется использовать фармакотерапию ожирения у пациентов с ИМТ 30 кг/м^2 или ИМТ $\geq 27 \text{ кг/м}^2$ при наличии хотя бы одного из следующих осложнений: гипертензия, дислипидемия, СД 2 типа, СОАС. При ИМТ более 40 кг/м^2 или 35 кг/м^2 при наличии осложнений, связанных с ожирением, рекомендуется применение бариатрической хирургии .

Поведенческая терапия с целью уменьшения потребления пищи и увеличения физической активности является обязательным условием проводимого лечения. Эффективность гипокалорийной диеты при одновременном использовании сибутрамина повышается и более существенно снижается уровень андрогенов у больных СПКЯ. Умеренное снижение веса при СПКЯ и ожирении зарегистрировано и при применении орлистата. Однако с позиции оценки соотношения «польза/риск», целесообразность рутинного применения фармакотерапии ожирения и избыточного веса при СПКЯ не поддерживается.

- Рекомендуется оценивать менструальную и овуляторную функцию у женщин, заинтересованных в беременности поскольку при СПКЯ высок риск ановуляторного бесплодия .

Цель лечения пациенток с СПКЯ – восстановление овуляторных менструальных циклов. При этом должны быть исключены другие причины бесплодия в паре (трубно-перитонеальный, мужской факторы). ТМОЖ, в частности, лечение ожирения, должны предшествовать индукции овуляции .

- Рекомендуется использовать кломифена цитрат** (КЦ) в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия при СПКЯ .

При отборе пациенток для применения КЦ рекомендуется принимать во внимание ИМТ, возраст пациентки, наличие прочих факторов бесплодия. Кломифен цитрат назначается в среднем 50-100 мг в день, в течение 5 дней, начиная со 2-5 дня спонтанного или индуцированного менструального цикла. Стартовая доза составляет, как правило, 50 мг в день, максимальная суточная доза – 150 мг. Эффективность стимуляции овуляции достигает 70-80%, частота зачатия – 22% на цикл. Лечение КЦ проводится, как правило, в течение не более 6 овуляторных циклов. Кумулятивная частота рождения

живых детей в расчете на 6 циклов индукции овуляции составляет 50-60%. Повышенный индекс свободного тестостерона и ИМТ, наличие аменореи, увеличенный объем яичников являются предикторами неэффективного применения КЦ.

- Не рекомендуется при использовании КЦ дополнительное назначение ХГЧ в середине цикла .

Дополнительное назначение ХГЧ в середине цикла не повышает вероятность наступления беременности. Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) при применении КЦ развивается редко, частота многоплодной беременности не превышает 10%.

- Не рекомендуется рутинное использование метформина** для индукции овуляции .

Убедительных данных, свидетельствующих об эффективности метформина** и его комбинации с кломифенцитратом в отношении живорождения по сравнению с монотерапией кломифенцитратом нет. Рекомендуется использование метформина** у пациенток с СПКЯ и бесплодием только при нарушениях углеводного обмена (уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств 2b) или для профилактики синдрома гиперстимуляции яичников у женщин с СПКЯ при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)

Рекомендуется проводить стимуляцию овуляции гонадотропинами или лапароскопию в качестве 2-й линии терапии при неэффективности кломифенцитрата или отсутствии условий для его применения.

При СПКЯ предпочтителен режим использования препарата ФСГ с постепенным увеличением дозировки гонадотропина (так называемый Step-up режим). Стартовая доза препарата ФСГ составляет 37,5-50 МЕ в день, при отсутствии роста фолликулов через неделю стимуляции доза ФСГ увеличивается на 50%. При адекватном росте фолликулов дозировка ФСГ остается прежней. Step-down режим предполагает использование высоких начальных доз ФСГ – 100-150 МЕ в день с последующим снижением дозы, однако для использования данного протокола требуется большой клинический опыт и его применение ограничено. Продолжительность использования гонадотропинов не должна превышать 6 циклов. При проведении стимуляции гонадотропинами рекомендуется мониторировать овариальный ответ.

- Не рекомендуется комбинированное применение агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона и гонадотропинов для индукции овуляции у пациенток с СПКЯ .

2. Хирургическое лечение

- Рекомендуется проведение лапароскопии у женщин с СПКЯ и бесплодием при резистентности к кломифенцитрату, высоком уровне ЛГ, прочих показаниях к лапароскопической операции у пациенток с СПКЯ (эндометриоз, трубно-перитонеальный фактор бесплодия), невозможности мониторинга при использовании гонадотропинов.
- Не рекомендуется проводить лапароскопический дриллинг с целью решения проблем, напрямую не связанных с бесплодием, а именно: для коррекции нерегулярного менструального цикла или гиперандрогении.

Эффективность лапароскопического дриллинга и применения гонадотропинов сопоставимы. Монополярная электрокаутеризация и лазер применяются с одинаковой эффективностью. Для достижения эффекта при СПКЯ достаточно 4-х пункций яичника, с большим их числом ассоциировано возрастание преждевременной овариальной недостаточности. У 50% пациентов после лапароскопии требуется индукция овуляции.

- Рекомендуется использовать КЦ, если через 12 недель после лапароскопии овуляция отсутствует. После 6 месяцев применения кломифенцитрата возможно применение гонадотропинов.

Реабилитация

В период послеоперационной реабилитации необходимо ограничение тяжелых физических нагрузок, профилактика запоров. При эффективном хирургическом лечении СПКЯ наступление беременности возможно в течение 3 мес после операции.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Учитывая отдаленные сердечно-сосудистые риски, пациентки с СПЯ должны находиться под динамическим наблюдением в течение всей жизни. Необходимо соблюдение принципов рационального питания и получение дозированных физических нагрузок.

Список литературы:

1. Гинекология под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008
2. Клинический протокол МЗ РФ «Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте». 2018г
3. Гинекология. Национальное руководство, под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина-2009г
4. Синдром поликистозных яичников под ред. И.И.Дедова, Г.А. Мельниченко,- 2013
5. Синдром поликистозных яичников (современные подходы к диагностике и лечению бесплодия)-второе издание, Т.А.Назаренко, - Москва, МЕДпресс-информ, 2010г.