

# ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ



## Л.В. КАЛУГИНА

д.мед.н., ведущий научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины



## О.А. ЕФИМЕНКО

к.мед.н., старший научный сотрудник отделения эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

Изучение проблемы синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) как самого распространенного эндокринного нарушения у женщин репродуктивного возраста (частота СПКЯ в популяции 5-14%) с каждым годом не утрачивает своей актуальности. Это в первую очередь связано с разработкой новых подходов к лечению данного заболевания, особенно у молодых женщин, с целью раннего восстановления репродуктивного потенциала. Почти каждая пятая женщина репродуктивного возраста имеет совокупность признаков, характерных для СПКЯ, как заболевания с множеством клинических фенотипов и даже с вариациями генотипических и фенотипических особенностей в различных популяциях [1, 3, 6].

Клинические проявления гиперандрогении зависят от степени ее выраженности и в значительной мере трансформируют внешность женщины – от явлений гирсутизма и акне до андрогенной алопеции (преимущественно при развитии стромального текоматоза). Синдромы выраженной гиперпродукции андрогенов и вирилизации для СПКЯ не характерны, однако даже легкие дефекты внешности болезненно воспринимаются женщинами с СПКЯ. Они являются поводом для неудовлетворенности собой, причиной невротических состояний и депрессивных расстройств, что в свою очередь еще более усугубляет имеющиеся гормональные нарушения [7, 10].

Известно, что патогенетически обоснованное лечение гиперандрогенных состояний (за исключением андрогенпродуцирующих опухолей) должно включать применение препаратов, содержащих антиандрогены. Поэтому привлекает внимание терапия гиперандрогенных состояний с применением чистых антиандрогенов, которые блокируют рецепторы в тканях-мишенях. При этом эффект не зависит от причины гиперандрогении, будь то повышенная секреция андрогенов или нарушение их тканевой рецепции и метаболизма. Нестероидные антиандрогены имеют высокую селективность антиандрогенного действия без сопутствующей гормональной активности, вследствие чего их называют «чистыми» антиандрогенами. Одним из представителей нестероидных антиандрогенов является препарат флутафарм (действующее вещество флутамид) [4, 6, 11]. Флутафарм активно конкурирует с андрогенами в клетках-мишенях, в частности ингибирует превращение тестостерона в 5L- дигидротестерон (ДГТ); 5L-ДГТ – в ДГТ-рецепторный комплекс; ДГТ-рецепторный комплекс – в новый ядерный комплекс и предотвращает таким образом андрогензависимые реакции сальных желез, волосяных фолликулов, а также андрогензависимые преобразования в яичниках [8].

Особое внимание клиницистов привлекает проблема стресс-индуцированной гиперпролактинемии у молодых женщин с СПКЯ. Субпороговое повышение уровня пролактина у таких пациенток связано с транзиторным повышением продукции малой фракции пролактина, что часто сочетается с нарушением оварио-менструального цикла, недостаточностью лютеиновой фазы цикла и проявлениями гиперандрогении. В комплексном лечении таких пациенток внимание следует обратить и на коррекцию уровня пролактина дофаминомиметиками [2, 9].

В связи с вышеизложенным мы считаем обоснованным дополнить традиционное лечение препаратами мягкого дофаминергического действия растительного происхождения. Таковыми свойствами обладает препарат циклодинон, действующим веществом которого является специальный экстракт лекарственного растения *Agnus castus*. Дофаминергическая активность циклодинона способствует снижению продукции пролактина и нормализации соотношения гонадотропных гормонов, ликвидирует дисбаланс между эстрадиолом и прогестероном, стимулирует собственную продукцию прогестерона яичниками, тем самым «доставив» вторую фазу менструального цикла (МЦ). Даже незначительное снижение пролактина нормализует секрецию гонадотропинов и ритмичность выработки гонадотропных гормонов [5, 9].

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексной терапии с включением препарата циклодинон у женщин с СПКЯ и латентной гиперпролактинемией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование была включена 61 небеременная женщина с СПКЯ с нарушением МЦ по типу опсо-, олиго-, аменореи, гирсутизмом и относительной гиперпролактинемией в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст  $27,2 \pm 1,4$  года).

Диагноз СПКЯ установлен на основании данных клинического, гормонального и эхографического обследования. Одним из важнейших эхографических маркеров СПКЯ является увеличение объема яичников, который рассчитывали по формуле:  $V = 0,5236 \times A \times B \times C$ , где

А – продольный, В – переднезадний, С – поперечный размеры яичника.

Степень выраженности гирсутизма рассчитывали по шкале Ферримана – Галлвея, согласно которой рост андрогензависимых волос оценивали по 9 областям тела от 0 до 4 баллов. Проявления, соответствующие 8 баллам и более, расценивают как гирсутизм.

Всем женщинам проводили общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи), гормональное обследование (уровень лютеинизирующего гормона, свободного тестостерона, прогестерона, пролактина) через 3 мес лечения.

Согласно назначенной терапии, пациентки были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 29 женщин, принимавших препарат флутафарм по 250 мг (1/2 таблетки 2 раза в день после еды). В основную группу – 32 больные, которые получали флутафарм в аналогичной дозировке и циклодинон по 40 капель 1 раз в сутки в течение 3 мес. Обязательным являлось использование негормональных (барьерных) средств контрацепции.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех обследуемых с пубертатного периода наблюдалось нарушение МЦ: по типу опсоменореи – у 11 (18,03%) пациенток, олигоменореи – у 24 (39,34%), олиго-опсоменореи – у 17 (27,87%), аменореи – у 9 (14,75%).

Оценка выраженности гирсутного синдрома по шкале Ферримана – Геллвея была в таких пределах: у 19 (31,15%) женщин – 20-22 балла, у 32 (52,46%) – 23-25 баллов, у 10 (16,39%) – 26-28 баллов, т.е. гирсутное число в среднем составляло  $23,5 \pm 2,3$  балла и статистически значимой межгрупповой разницы не имело.

После проведенной терапии у 20 (32,79%) пациенток наблюдалось снижение значения гирсутного числа < 20 баллов. При этом значительно уменьшилось количество женщин с гирсутным числом 20-22 балла – до 12 (19,67%) пациенток против 20 (32,79%) до начала лечения ( $p < 0,05$ ); с гирсутным числом 23-25 баллов – соответственно до 22 (36,07%) против 32 (52,45%) ( $p < 0,05$ ) и с гирсутным числом 26-28 баллов – соответственно до 7 (11,48%) против 10 (16,39%) ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует о существенном снижении степени выраженности клинических проявлений гиперандрогении. Кроме того, у 55 (90,16%) обследуемых отмечено уменьшение гирсутного числа более чем на 10%, и лишь у 6 (9,84%) – менее чем на 10%. Среднее значение гирсутного числа при этом до лечения составляло  $23,5 \pm 1,3$  балла, после лечения –  $20,6 \pm 1,9$  балла.

Снижение темпов или прекращение роста волос в первую очередь наблюдалось в андрогензависимых зонах (особенно в околососковой

области, по белой линии живота, в области подбородка). Также выявлено изменение структуры волос – они становились более тонкими и менее жесткими. Через месяц наблюдения после окончания лечения усиления или возобновления роста волос не обнаружено.

При проведении трансвагинальной эхографии у 51 (83,61%) пациентки выявлено увеличение размеров обоих яичников за счет гиперэхогенной стромы с множеством анэхогенных фолликулов диаметром от 4 до 8 мм, у 23 (37,7%) – наличие уплотненной овариальной капсулы в виде тонкого периферического ободка повышенной эхогенности.

В результате проведенного лечения восстановление регулярного МЦ отмечено у 48 (78,69%) женщин, из них двухфазного МЦ – у 9 (31,03%) лиц группы сравнения и у 13 (40,63%) – основной (на основании данных УЗИ и результатов гормонального исследования).

При УЗИ у 11 (18,03%) женщин с восстановленным МЦ после лечения на 12-14-й день цикла в структуре яичника определялся более крупный зреющий фолликул диаметром до 10-15 мм, у 48 (78,69%) – фолликул достигал размеров 16-24 мм. При УЗИ этих пациенток на 20-24-й день МЦ у 43 (70,49%) из них доминантный фолликул не определялся, у 17 (27,87%) – визуализировалось желтое тело, у 12 (19,67%) – незначительное количество свободной жидкости в заднем своде.

Следует также отметить достоверное увеличение толщины эндометрия после лечения (табл.). При этом показатель средней толщины эндометрия повышался у женщин основной группы при обследовании как на 12-14-й день ( $3,9 \pm 0,4$  до  $8,8 \pm 1,5$  мм;  $p < 0,05$ ), так и на 20-24-й день МЦ ( $7,9 \pm 0,8$  до  $12,7 \pm 0,9$  мм,  $p < 0,05$ ) по сравнению с таковыми до лечения.



Результаты исследования эффективности андрогенной терапии женщин с СПКЯ и транзиторной гиперпролактинемией свидетельствуют, что весьма действенным у таких пациенток является применение комбинации нестероидных антиандрогенов и дофаминергических препаратов растительного происхождения

Показатели УЗИ	До лечения		После лечения	
	12-14-й день	20-24-й день	12-14-й день	20-24-й день
Группа сравнения				
Средний объем яичников, см <sup>3</sup>	19,3 ± 2,1	18,7 ± 1,7	17,6 ± 2,1	15,9 ± 1,5
Средняя толщина эндометрия, мм	4,1 ± 0,4	8,6 ± 1,3	9,9 ± 1,1*	11,2 ± 0,5
Основная группа				
Средний объем яичников, см <sup>3</sup>	30,1 ± 0,4	29,6 ± 1,4	28,3 ± 1,4	25,6 ± 1,5
Средняя толщина эндометрия, мм	3,9 ± 0,4	7,9 ± 0,8	8,8 ± 1,5*	12,7 ± 0,9*

В результате исследования гормонального гомеостаза у всех женщин выявлено достоверное снижение показателя средней концентрации свободного тестостерона в сыворотке крови – с  $9,65 \pm 2,1$  до  $4,37 \pm 1,1$  пг/мл через 3 мес лечения ( $p < 0,05$ ) в основной группе; с  $8,97 \pm 1,9$  до  $4,41 \pm 0,9$  пг/мл после окончания лечения в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

ТАБЛИЦА.  
ДИНАМИКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ОБСЛЕДУЕМЫХ ПАЦИЕНТОК

\*  $p < 0,05$ , разница достоверна относительно показателя до лечения





## При порушеннях менструального циклу



## Мастодинон®

- Відновлює гормональний баланс
- Усуває біль і напруження у молочних залозах
- Не містить гормонів

**Мастодинон®. Склад і форма випуску.** Комбінований гомеопатичний препарат рослинного походження. Краплі для прийому всередину по 50 і 100 мл у флаконі. Таблетки по 60 шт. в упаковці. 100 грамів крапель містять: Agnus Castus D1 (Вітекс священний або прутняк) 20 г, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василисничкоподібний) 10 г, Cyclamen D4 (Фіалка альпійська) 10 г, Ignatia D6 (грудошник гіркий) 10 г, Iris D2 (Півник різнобарвний) 20 г, Lilium tigrinum D3 (Лілея тигрова) 10 г. Вміст етанолу: 47,0 – 53,0 % (в об'ємному співвідношенні). 1 таблетка містить: Agnus Castus D1 (Вітекс священний або прутняк) 162,0 мг, Caulophyllum thalictroides D4 (Стеблелист василисничкоподібний) 81,0 мг, Cyclamen purpurascens D4 (Фіалка пурпурна) 81,0 мг, Ignatia D6 (грудошник гіркий) 81,0 мг, Iris D2 (Півник різнобарвний) 162,0 мг, Lilium tigrinum D3 (Лілея тигрова) 81,0 мг. **Фармакологічна дія.** Основним активним компонентом Мастодинаона є прутняк. Допамінергічні ефекти препарату викликають зниження продукції пролактину, тобто усувають основну причину передменструального синдрому – гіперпролактинемію. На відміну від естрогенів та інших гормонів, пролактин чинить пряму стимулюючу дію на проліферативні процеси у молочних залозах, посилюючи утворення сполучної тканини і викликаючи дилатацію молочних протоків. Зниження вмісту пролактину призводить до зворотного розвитку патологічних процесів у молочних залозах і перериває больовий синдром, нормалізується недостатність жовтого тіла. Ритмічне вироблення і нормалізація співвідношення гонадотропних гормонів призводить до нормалізації другої фази менструального циклу. **Показання.** Фіброзно-кістозна мастопатія; мастодинія; передменструальний синдром (мастодинія; психічна лабільність, закрепи, набряки, головний біль/мігрень); порушення менструального циклу та/або безпліддя, викликане недостатністю жовтого тіла. **Побічні дії.** В рідкісних випадках можливі біль у шлунку, нудота, незначне збільшення ваги, екзантеми, свербіж, вугрі та головний біль. В окремих випадках може виникнути тимчасове психомоторне збудження. В цих випадках необхідно відмінити прийом препарату і звернутися до лікаря. **Режим дозування.** Препарат приймають по 30 крапель або по 1-й таблетці 2 рази на день (вранці і ввечері). Таблетки слід приймати з невеликою кількістю рідини. Мастодинон® слід приймати не менше 3 місяців, також і під час менструації. Покращення зазвичай настає через 6 тижнів. Якщо після припинення прийому скарги відновлюються, то необхідно проконсультуватися з лікарем і продовжити лікування. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату.

Р.п. UA/6239/01/01 від 16.04.07; UA/6239/02/01 від 15.08.08



## При клімактеричних розладах

## Циклодинон®

- Відновлює гормональну рівновагу
- Нормалізує менструальний цикл
- Має зручний одноразовий прийом добової дози

**Циклодинон®. Склад і форма випуску.** 100 г розчину містять 0,192-0,288 г сухого екстракту плодів прутняка (*Fructis Agni casti*), який відповідає 2,4 г лікарської рослинної сировини. Вміст етанолу: 17,0-19,0 об.%, краплі 50 мл і 100 мл у флаконі. 1 таблетка містить 3,2-4,6 мг сухого екстракту плодів прутняка (*Fructis Agni casti*), який відповідає 4 мг сухої лікарської рослинної сировини. Таблетки, вкриті оболонкою по 30 штук в упаковці. **Фармакологічна дія.** Основним активним компонентом Циклодинона є прутняк. Дофамінергічні ефекти препарату викликають зниження продукції пролактину, тобто усувають гіперпролактинемію. Підвищена концентрація пролактину призводить до порушення секреції гонадотропнів, у результаті чого можуть виникнути порушення при дозріванні фолікулів, овуляції у стадії жовтого тіла, що веде до дисбалансу між естрадіолом і прогестероном. Дисбаланс між статевими гормонами викликає менструальні порушення, а також мастодінію. На відміну від естрогенів та інших гормонів, пролактин чинить пряму стимулюючу дію на проліферативні процеси у молочних залозах, посилюючи утворення сполучної тканини і викликаючи дилатацію молочних протоків. Зниження вмісту пролактину призводить до зворотного розвитку патологічних процесів у молочних залозах та перериває больовий синдром, усуває недостатність жовтого тіла. Ритмічне вироблення та нормалізація співвідношення гонадотропних гормонів призводить до нормалізації другої фази менструального циклу. Учувається естроген-прогестероновий дисбаланс шляхом впливу на гіпоталамо-гіпофізарну регуляцію. **Показання.** Порушення менструального циклу, пов'язані з недостатністю жовтого тіла; мастодінія (масталгія); передменструальний синдром. **Режим дозування.** Циклодинон® призначають по 40 крапель або по 1 таблетці 1 раз на день, вранці. Приймають тривалий час (не менше 3 місяців), без перерви у період менструації. Якщо після відміни препарату скарги з'являються знову, необхідно проконсультуватися з лікарем і продовжити лікування. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. **Особливі застереження.** Циклодинон® не слід приймати під час вагітності та годування груддю (може зменшитися лактація). Не слід приймати краплі після антиалкогольного лікування через вміст етанолу у препараті, необхідна консультація лікаря. У рекомендованих дозах Циклодинон® не впливає на здатність керувати транспортом.

Р.п. UA/0267/02/01 від 22.01.2009, UA/0267/01/01 від 22.01.2009

## При мастопатії, мастодінії та ПМС



## Клімадинон®

- Усуває приливи, дратівливість, безсоння
- Відновлює внутрішню рівновагу
- Не містить гормонів
- Має позитивний вплив на кісткову тканину
- Покращує якість життя жінок після 40 років

**Клімадинон®. Склад і форма випуску.** Активна речовина: стандартизований екстракт кореневища цимицифуги BNO 1055. Клімадинон: 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить 20 мг сухого екстракту кореневища цимицифуги (клопогона), які відповідають 20 мг сухої речовини рослини. Драже 60 штук в упаковці. 100 г розчину містить 12 г рідкого екстракту кореневища цимицифуги, які відповідають 2,4 г сухої речовини рослини, 36% алкоголю. Інші інгредієнти: масло м'яти. Краплі для перорального застосування 50 мл у флаконі. Клімадинон® Уно: 1 таблетка, вкрита оболонкою, містить 32,5 мг сухого екстракту кореневища цимицифуги (клопогону), які відповідають 40 мг сухої речовини рослини. Таблеток 30 штук в упаковці. **Фармакологічна дія.** Препарати рослинного походження. Діюча речовина – екстракт кореневища цимицифуги має естрогеноподібну дію за рахунок здатності зв'язуватися з естрогеновими рецепторами. Дія активної речовини цимицифуги направлена на вісь гіпоталамус – гіпофіз – яєчники. Активні компоненти препарату Клімадинон®/Клімадинон® Уно діють на естроген-чутливі клітини гіпоталамуса. Це призводить до зменшення виділення рилізінг-фактора лютеїнізуючого гормону передньої долі гіпофіза. Таким чином усуваються вегето-судинні порушення, обумовлені гормональним дисбалансом, характерним для клімактеричного і передклімактеричного періодів. Клімадинон®/Клімадинон® Уно чинить позитивну дію на вегетативну нервову систему, психічний статус. **Показання.** Вегето-судинні та психічні порушення (приливи, пітливість, запаморочення, головний біль, підвищена збудливість, зміна настрою, порушення сну, нервозність, серцебиття) у клімактеричному і передклімактеричному періоді. **Режим дозування.** Клімадинон® призначають по 30 крапель або по 1 таблетці 2 рази на добу (вранці та ввечері). Краплі приймають у нерозведеному вигляді або на цукрі; таблетки ковтають не розжовуючи, запиваючи невеликою кількістю рідини. Клімадинон®/Клімадинон® Уно по 1 таблетці 1 раз на добу (вранці або ввечері). Препарати приймають не менше 3-х місяців (зазвичай терапевтичний ефект проявляється через два тижні після початку лікування), однак без спостереження лікаря курс лікування не повинен перевищувати 3 місяців. **Побічні дії.** В рідкісних випадках можливі розлади травлення. **Протипоказання.** Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Естрогенозалежні пухлини.

Р.п. UA/5021/02/01 від 18.08.11; UA/5021/01/01 від 18.08.11; UA/2541/01/01 від 15.02.10



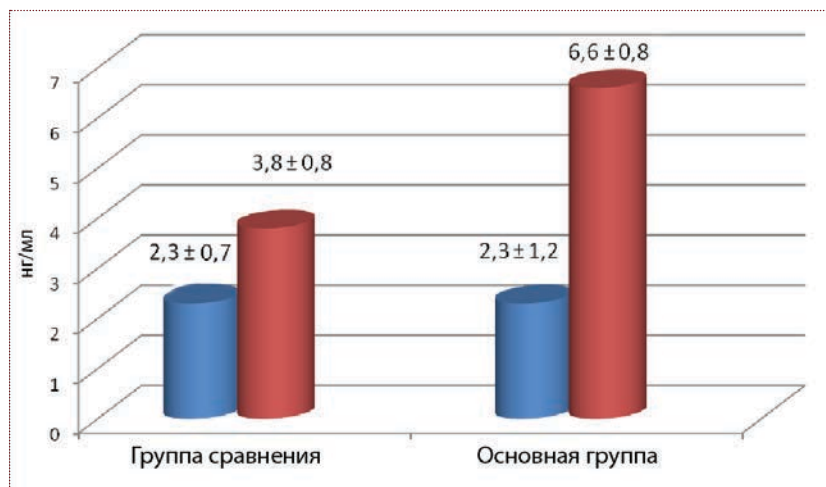


РИСУНОК.  
КОНЦЕНТРАЦИЯ ПРОГЕСТЕРОНА  
У ЖЕНЩИН ОБСЛЕДУЕМЫХ ГРУПП

У пациенток группы сравнения, получавших только антиандрогенную терапию, отмечалась тенденция к повышению средней концентрации прогестерона с  $2,3 \pm 0,7$  до  $3,8 \pm 0,8$  нг/мл после окончания терапии (рис.).

У пациенток основной группы, получавших дополнительное лечение препаратом циклодинон, повышение уровня прогестерона было более значимым (рис.), что можно объяснить восстановлением двухфазного МЦ у большинства молодых женщин.

При исследовании концентрации лютеинизирующего гормона в сыворотке крови у всех пациенток до и после лечения достоверной разницы не выявлено, показатели изменялись с  $12,3 \pm 4,5$  до  $16,4 \pm 3,7$  мМЕ/мл в группе сравнения и с  $13,4 \pm 2,3$  до  $15,5 \pm 3,3$  мМЕ/мл по окончании лечения в основной группе.

Уровень пролактина через 3 мес терапии у пациенток основной группы снизился с  $32,8 \pm 6,3$  до  $18,5 \pm 3,5$  нг/мл ( $p < 0,05$ ) в отличие от результатов группы сравнения ( $29,9 \pm 4,5$  нг/мл исходно,  $27,7 \pm 6,5$  нг/мл после терапии).

Достоверной разницы между результатами общих анализов крови, биохимических анализов крови, общих анализов мочи у женщин обеих групп до и после лечения не выявлено.

### ВЫВОДЫ

Проведенное исследование свидетельствует о высокой эффективности комбинированной терапии с включением стандартизированного растительного препарата циклодинон в лечении гиперандрогении, гирсутизма и функциональной гиперпролактинемии у больных СПКЯ, что подтверждается достоверным снижением уровня свободного тестостерона, гирсутного числа, уровня пролактина и, что чрезвычайно важно, восстановлением МЦ.

Полученные результаты, свидетельствующие о восстановлении двухфазного МЦ у женщин с поликистозом яичников, дают основание рассматривать перспективу использования комбинации нестероидных антиандрогенов и

дофаминергических препаратов растительного происхождения (в нашем случае циклодинон) в лечении ановуляторных форм бесплодия у данного контингента пациенток.

### ЛИТЕРАТУРА

#### 1. Веснина А.Ф.

Синдром поликистозных яичников: клинико-гормональные и молекулярно-генетические сопоставления // Дис. канд. мед. наук. – М., 2008.

#### 2. Венцовская И.Б.

Гиперпролактинемические состояния в практике гинеколога и способы их лечения / И.Б. Венцовская, О.А. Ефименко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 3. – С. 71-76.

#### 3. Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш.

Нейроэндокринная патология в гинекологии и акушерстве. – М., МЕДпресс-информ. 2006. – С. 102-116.

#### 4. Дедов И.И. и соавт.

Синдром гиперандрогении у женщин. Патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика и лечение. Методическое пособие для врачей // Эндокринологический научный центр РАМН. – М., 2006.

#### 5. Левенец С.А., Начетова Т.А.

Гиперпролактинемия у девушек-подростков с нарушениями менструальной функции и методы ее коррекции // Здоровье женщины. – № 4 (50). – 2010. – С. 127-128.

#### 6. Татарчук Т.Ф., Ганжий И.Ю., Березовская Е.И., Шевчук Т.В.

Лечение гиперандрогении как причины нарушения репродуктивного здоровья женщины // Здоровье женщины. – 2009. – № 6. – С. 147-151.

#### 7. Назаренко Т.А.

Синдром поликистозных яичников. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия // М.: МЕД пресс-информ, 2005.

#### 8. Резніков О.Г., Ганжій І.Ю., Носенко Н.Д. та ін.

Превентивна дія флутаміду щодо функціональних розладів репродуктивної системи у андрогенізованих в препубертатному віці самоць щурів / Ендокринологія. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 65-76.

#### 9. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А.

Роль гиперпролактинемии в становлении и реализации репродуктивной функции // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2010. – № 3. – С. 45-49.

#### 10. Azziz R., Sanchez L., Knochenhauer E., Moran C. et al.

Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2004; 89.

#### 11. Brathena R.

Therapeutic options in the polycystic ovary syndrome // Obstet. Gynecol. Journal 2007; 27(2): 123-129. 



Рубрику ведет  
**ТАТЬЯНА ТАТАРЧУК**

д.мед.н., профессор, член-кор. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

**СВЯЗЬ СООТНОШЕНИЯ ОБЩЕГО ТЕСТОСТЕРОНА И НАДПОЧЕЧНИКОВЫХ АНДРОГЕНОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ (СПКЯ)**

Было изучено влияние соотношения дегидроэпиандростерона сульфат/общий тестостерон (ДГЭА-С/Т) на клинические проявления и метаболические нарушения у 280 пациенток с СПКЯ. В среднем соотношение ДГЭА-С/Т составило 4,4. У пациенток с соотношением ДГЭА-С/Т > 4,4 индекс массы тела и окружность талии были меньше, а межменструальные промежутки были выше. Гиперандрогения с преобладанием ДГЭА-С сопровождалась близким к нормальным липидным профилем и уровнями провоспалительных маркеров наряду с дислипидемией и повышением уровня С-реактивного белка у женщин с ДГЭА-С/Т < 4,4.

Таким образом, у женщин с СПКЯ гиперандрогения с преобладанием надпочечниковых андрогенов сопровождается более благоприятным метаболическим профилем на фоне более выраженных нарушений функции яичников и гирсутизма.

**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ**

В случае воспроизводимости полученных авторами результатов в повторных исследованиях они смогут послужить основой для прогнозирования течения заболевания и разработки профилактических мер у пациенток с СПКЯ.

**N. Köşüş, A. Köşüş,  
Z. Kamalak et al**

Impact of adrenal versus ovarian androgen ratio on signs and symptoms of polycystic ovarian syndrome

Gynecol. Endocrinol.,  
Feb. 2012

**СЕЛЕКТИВНЫЕ МОДУЛЯТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ ПРОГЕСТЕРОНА (СМРП) В ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ**

Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого исследования в параллельных группах (III фаза), проводившегося 38 центрами в шести странах (в т.ч. в Украине), показали, что применение СМРП улипристала в дозах 5 и 10 мг в течении 13 нед на этапе предоперационной подготовки у пациенток с симптомной лейомиомой матки способствовало значительному уменьшению размеров фиброматозных узлов и прекращению маточных кровотечений, нормализации уровня гемоглобина и уменьшению боли и дискомфорта. Специфические изменения в эндометрии, вызванные этим препаратом, были обратимы.

**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ**

Улипристала ацетат оказывает селективное воздействие на рецепторы прогестерона в миометрии и эндометрии, подавляет овуляцию без значительного изменения уровня эстрадиола и не имеет антиглюкокортикоидной активности. Как показали результаты многоцентровых контролируемых исследований Pearl I и II, СМРП эффективны в лечении пациенток с симптомной лейомиомой матки. В отличие от агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов, они не вызывают симптомов дефицита эстрогенов (приливов).

**J. Donnez, T.F. Tatarchuk,  
L. Bouchard et al**

Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery

N. Engl. J. Med. 2012 (2); 366:  
409-420

**НОВЫЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОМЕТРИОЗА**

В основе нового перспективного метода неинвазивной диагностики эндометриоза лежит определение в сыворотке крови титров антител к специфическим антигенам эктопического эндометрия – тропомиозину 3 (TPM3), стоматиноподобному протеину 2 (SLP2) и тромбомодулину 3 (TMOD3). Наибольшую чувствительность и специфичность показали антитела anti-TMOD3c-autoAb (78 и 93%) и anti-TMOD3d-autoAb (78 и 96%) даже для ранних стадий эндометриоза.

**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ**

Результаты нового подхода являются многообещающими, демонстрируют существенно большую чувствительность и специфичность по сравнению с широко используемым сегодня маркером СА125 (21 и 89%). К преимуществам нового метода также относятся возможность диагностики патологии на ранних этапах и доступность методики (иммуноферментный анализ).

**R. Gajbhiye, A. Sonawani,  
S. Khan et al**

Identification and validation of novel serum markers for early diagnosis of endometriosis

Human Reproduction,  
2012; 27 (2)

**ЭСТЕРОЛ (Е4) – НОВАЯ ЖИЗНЬ ТАИНСТВЕННОГО ФЕТАЛЬНОГО ЭСТРОГЕНА**

Закончено клиническое исследование (II фаза), в котором оценивали комбинированный оральный контрацептив (КОК), содержащий эстерол (Е4) в комбинации с двумя различными видами прогестина. Предварительные результаты показали, что КОК, содержащий Е4, обеспечивает надежное подавление овуляции, супрессию фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, а также минимально влияет на концентрацию стероидсвязывающего глобулина (ССГ).

**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ**

Эстерол – слабый эстроген, синтезируемый исключительно печенью плода, был открыт еще в 1965 г. Однако лишь недавно такие его свойства, как отсутствие активных метаболитов, медленный метаболизм, отсутствие связывания с ССГ, преимущественная афинность к  $\alpha$ -рецепторам эстрадиола позволили рассматривать его как перспективный компонент гормональных контрацептивов и заместительной гормональной терапии.

**www.clinicaltrials.gov**

ClinicalTrials.gov Identifier:  
NCT01221831

Последнее обновление:  
27 февраля 2012

**НОВЫЙ МЕТОД РАННЕЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ И РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Компания Guided Therapeutics разработала прибор LuViva Advanced Cervical Scan, позволяющий на основе спектрального анализа диагностировать неопластические изменения клеток шейки матки значительно раньше, чем используемые сегодня методы (онкоцитология, кольпоскопия). Преимущества нового метода – быстрота, отсутствие необходимости в лабораторных исследованиях и заборе биоматериала. Исследования с участием большого контингента (1607 женщин) показали, что метод выявляет цервикальную интраэпителиальную неоплазию 2-й степени в 91% случаев по сравнению с 76% при цитологическом методе.

**КОММЕНТАРИЙ РЕДАКЦИИ**

Основными проблемными сторонами цитологического и гистологического методов диагностики рака шейки матки является их оператор-зависимость: на точность результата влияет адекватность забора материала, качество приготовления препаратов и квалификация цитолога/гистолога. LuViva Advanced Cervical Scan является полностью автоматизированным методом, однако он пока не одобрен Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (FDA).

**L. Twiggs et al**

American Congress of Obstetricians and Gynecologists 59th Annual Clinical Meeting

Medscape medical news,  
12.01.2012