



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ

III Республиканская научно-практическая интернет-конференция
«Актуальные вопросы педиатрии»

Бабенко-Сорокопуд Ирина Вячеславовна, к.мед.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии, детской и подростковой гинекологии ФИПО ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», зам генерального директора Донецкого Республиканского Центра охраны материнства и детства МЗ ДНР

Коньшева Наталия Вадимовна к.мед.н., доцент кафедры фармакологии и клинической фармакологии им. проф. Комиссарова И.В. ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

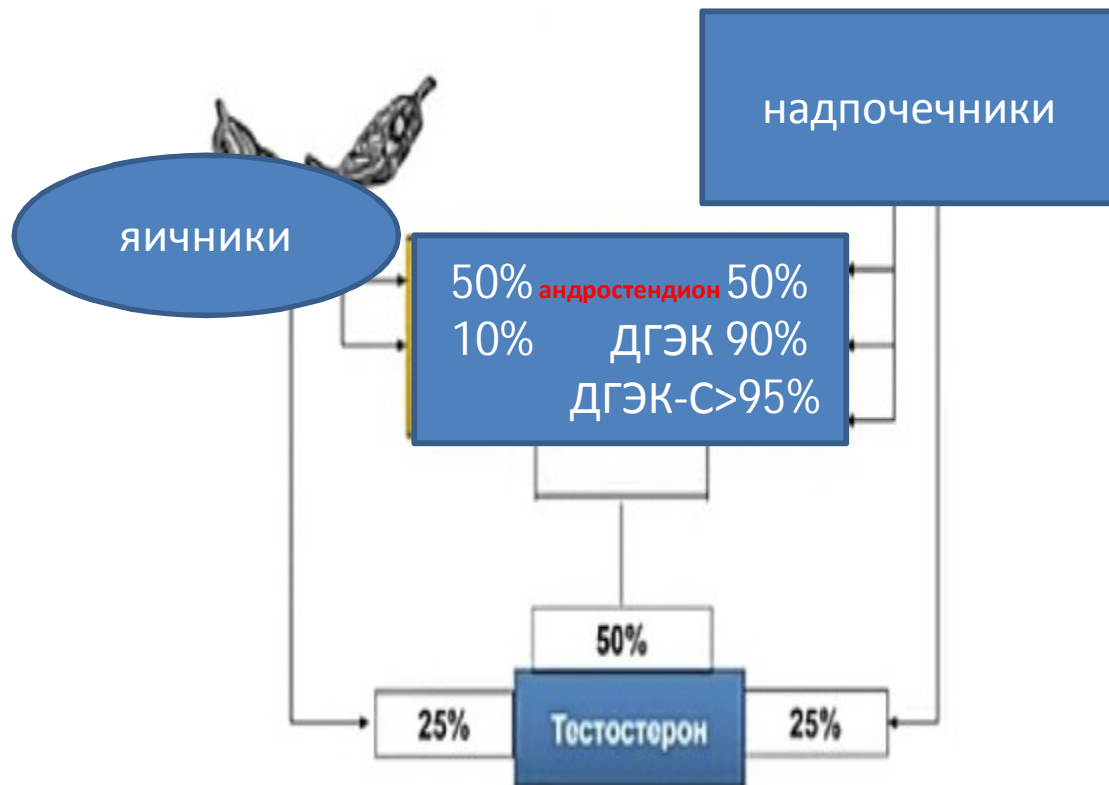
Актуальность

- Синдром гиперандрогении (СГА) в целом можно определить, как состояние, проявляющееся клинической картиной гиперандрогении (ГА) и/или повышением уровня андрогенов в отсутствие гормонально-активных опухолей и известных заболеваний, приводящих к избытку стероидов.
- СГА – собирательное понятие, включающее в себя разнородные по патогенезу состояния, проявляющиеся сходной клинической картиной, характеризующейся избыточными эффектами андрогенов в женском организме: изменением костно-мышечной системы, кожных покровов и оволосения, молочных желез, наружных половых органов, голоса, олиго- или аменореей.

Актуальность

- Проблема СГА проявляется сразу несколькими проявлениями:
- Себорея,
- Акне,
- Гирсутизм,
- Алопеция,
- Нарушение менструального цикла,
- Бесплодие

Путь биосинтеза стероидов и классификация основных андрогенов



общий пул андрогенов состоит из:

- предшественников андрогенов - дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и андростендион;
- активных андрогенов - тестостерон и дигидротестостерон (ДГТ)
- метаболитов андрогенов – глюкурониды, сульфаты андростендиона или андростерона.

Основная андрогенная активность у мужчин и женщин определяется активными андрогенами путем прямого действия на уровне ядра клетки.

Классификация гиперандрогенных состояний

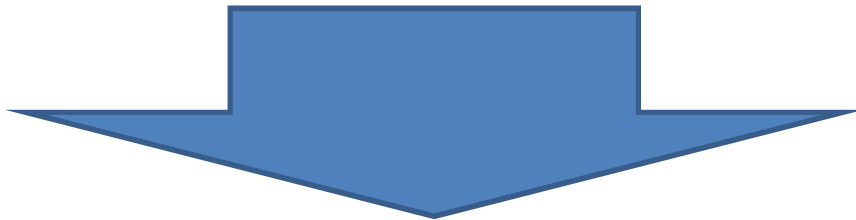
1. Неопухолевые (функциональные) формы «истинной» гиперандрогении
 - Синдром поликистозных яичников
 - стромальный текоматоз яичников, гипертекоз
 - Врожденная дисфункция коры надпочечников (классическая и неклассическая формы)
 - Гиперпролактинемия
 - Гиперкортицизм (болезнь и синдром Иценко-Кушинга)
 - Акромегалия
2. Опухолевые формы «истинной» гиперандрогении (группе исключения)
 - Андрогенпродуцирующие опухоли яичников (андробластомы, текомы и др.).
 - Андрогенпродуцирующие опухоли надпочечников (андростеромы, кортикоандростеромы).
3. Транспортные формы гиперандрогении – снижение продукции в печени СССГ(секс стероидный связывающий глобулин)
 - Гепатиты, цирроз
 - Гипотиреоз
 - Гипоэстрогения
 - Прием экзогенных андрогенов, анаболических стероидов, глюкокортикоидов.
4. Рецепторная форма гиперандрогении - повышение активности 5 α -редуктазы в клетках-мишенях

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ в работе гинекологов для несовершеннолетних

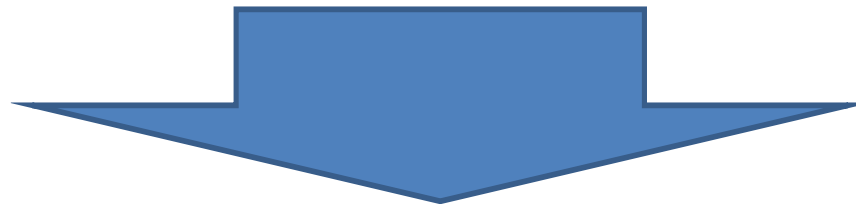
- 1. Избыток андрогенов может иметь долгосрочное воздействие на состояние здоровья девушки-подростка в будущем?**
- 2. Почему ранняя диагностика и терапия ГА очень важна у несовершеннолетних?**
- 3. Возможно ли своевременно предупредить такие состояния?**
- 4. Какие виды терапии наиболее эффективны?**

Диагностический поиск при гиперандрогенных состояниях у несовершеннолетних

- Определение степени тяжести ГА
- Определение патогенеза (источника гиперандрогении)
- Оценка воздействия на репродуктивную функцию
- Оценка метаболических рисков
- Оценка кардиоваскулярных рисков (гиперлипидемия и атеросклероз)



- Анамнез, оценка объективного статуса, лабораторное и инструментальное обследование



- Лечение и лабораторный контроль

ДИАГНОСТИКА

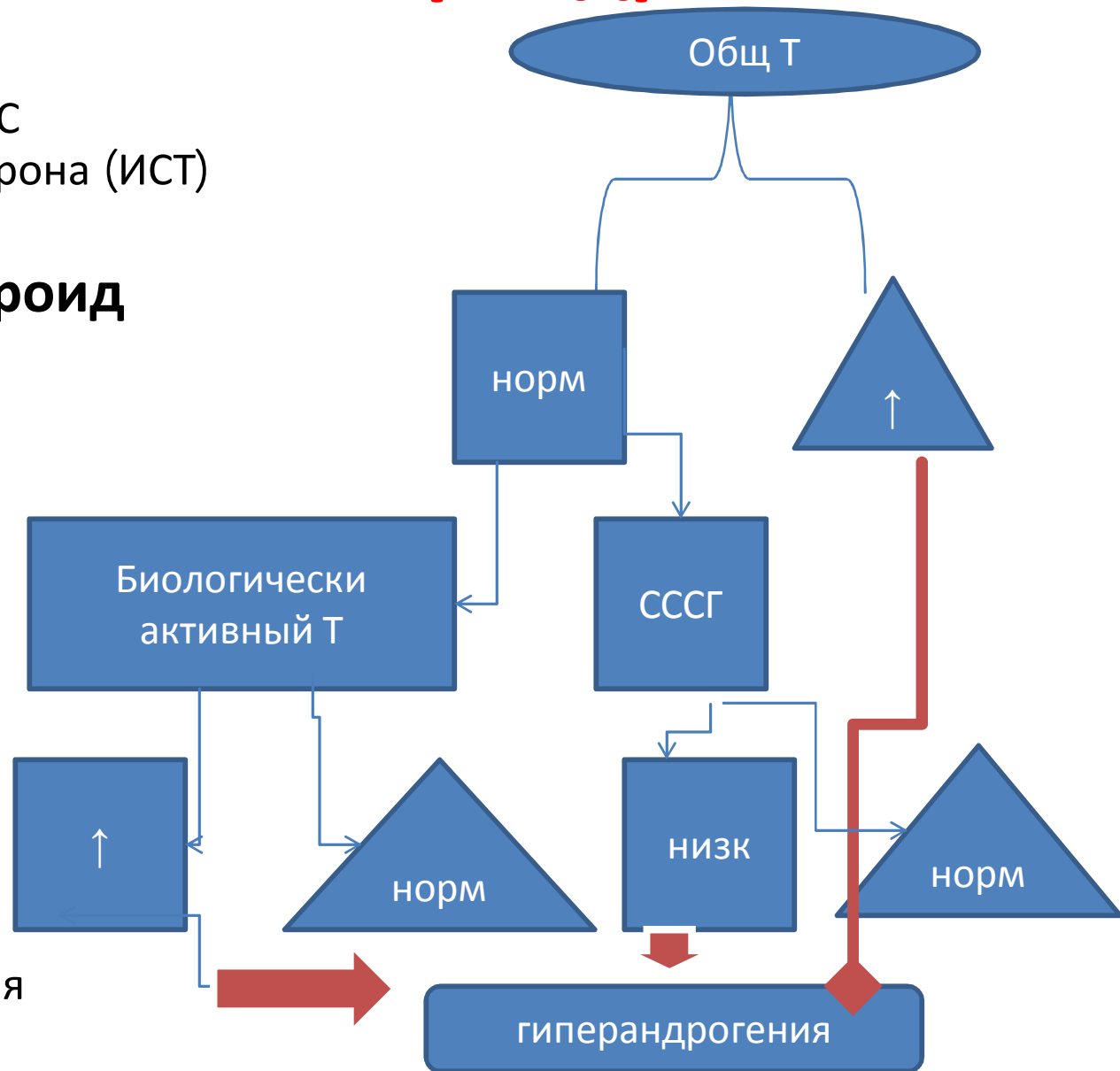
биохимической гиперандрогении

- **МАРКЕР** ИНДЕКС
свободного тестостерона (ИСТ)

↓ **СССГ (секс стероид
связывающий
глобулин)**

- Андрогены
- Инсулин
- Пролактин
- Гормон роста
- Прогестерон
- Т4 / Т3
- Заболевания
печени и почек

-  предандрогения



ДИАГНОСТИКА

биохимической гиперандрогении

↑ СССГ (секс стероид-связывающий глобулин)

- Эстрогены (заболевания с гиперэстрогенией, прием КОК, беременность)
- тиреоидные гормоны
- Стресс
- Противозащитные препараты
- Цирроз печени



Определение на
любой день МЦ

В диагностике начальных стадий синдрома гиперандрогении

- ведущее место занимает этап лабораторной верификации клинического диагноза: повышение уровня ДЭАС-С, дегидротестостерона, тестостерона и ЛГ для этого возраста и соотношение ЛГ/ФСГ, уровень СССГ.
- Рассчитывается индекс свободного тестостерона (ИСТ) по формуле: $ИСТ = (Т/СССГ) \times 1000$, где ИСТ – индекс свободного тестостерона, усл. ед.; Т – тестостерон, нмоль/л; СССГ, нмоль/л).
- Выявлена значительная высоко достоверная обратная связь между ИСТ, частотой менструального цикла и фертильным потенциалом: повышение ИСТ более 36 усл. ед. является фактором приблизительно 10-кратного снижения репродуктивного потенциала у девочек-подростков с точностью прогноза 92,8%, а при $ИСТ \geq 100$ риск снижения репродуктивного потенциала увеличивается в 18,9 раза (точность прогноза 97,7%).

ДИАГНОСТИКА биохимической гиперандрогении

андростендион

Предшественник тестостерона и эстрадиола

Синтез - надпочечники / яичники

Оптимальный в случаях нормальных уровней тестостерона

Один из маркеров ВДКН: диагностики и контроля лечения - эффективность заместительной глюкокортикоидной терапии

Норм ИСТ
(на фоне клиники андрогении)

↑ надпочечниковая ГА,
ВДКН, болезнь Кушинга,
(опухоль)/гиперплазия
! Овариальные опухоли

маркеры

дигидротестостерон
ОН

Метаболит тестостерона/ андростендиона

Синтез - надпочечники (основной) / яичники

С участием 5 α -редуктазы

Угнетает синтез ЛГ

ДГЭА-С

Дерматопатии
(на фоне норм ИСТ и
высокого Т общего)

В пределах нормы
Дефект сульфатазы,
аденокортикальный рак

Гиперандрогения - сложный каскад со многими неизвестными. Риски в диагностике

Этиологические и патогенетические факторы развития гиперандрогении у девочек-подростков

- Риск недостаточной диагностики
- Отсроченного и/или недостаточного опыта диагностики
- Чрезмерной диагностики
- Дополнительный риск использования противоречивых подходов, которые не базируются на фактических данных, в диагностике и лечении СПКЯ среди специалистов, врачей общей практики и смежных медицинских работников
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092491/>
- Aleslas Peta, SenaWstel, KatienM HgerShanE Oliefeld Maa Vega Marin Mie Ahonta Garad, Peti Datadgha, aien Teede

1. Нарушение функции яичников СПКЯ (+++), гипертекоз, опухоли, недостаточность 17 кетостероидредуктазы)
2. Нарушение функции надпочечников: врожденная гиперплазия коры надпочечников (неклассическая форма -21-гидроксилазы, 3β-гидроксистероиддегидрогеназы, 11β-гидроксилазы) ++, болезнь Кушинга, опухоли.
3. Периферические нарушения: ожирение ++, идиопатический гирсутизм ++
4. Другие нарушения: гиперпролактинемия, стресс, нервная анорексия, интенсивные занятия спортом, прием определенных лекарственных средств.
5. ХУ девочка-подросток с вирилизацией

Гиперандрогения у девочек-подростков

Гиперандрогении следует заподозрить у подростков при наличии:

- Чрезмерное развитие акне
- Гирсутизм
- Нарушения менструального цикла: олиго- или аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения
- Абдоминальное ожирение
- Маскулинизация тела и / или вирилизация (= клиторомегалия, гирсутизм тяжелой степени)

Ведение девушек-подростков с гиперандрогенией все еще остается сложной задачей

Основные цели, которые необходимо достичь при ведении девочек-подростков с ГА

1. отличить так называемую «физиологическую» гиперандрогению полового созревания, которая пройдет в течение 1-2 лет после менархе, от гиперандрогении, обусловленной эндокринными нарушениями;
2. устранить серьезные причины гиперандрогении, такие, как опухоли яичников и надпочечников;
3. **лечение неклассической врожденной гиперплазии коры надпочечников;**
3. распознать СПКЯ на ранней стадии, чтобы начать профилактику метаболических (ожирения и инсулинорезистентности) и назначить адекватную терапию.

• Sarah L. Berga, Andrea R. Genazzani, Frederick Naftolin, Felice Petraglia. Menstrual Cycle Related Disorders, Volume 7: Frontiers in Gynecological Endocrinology Springer International Society of Gynecological Endocrinology 2019.

Sarah L. Berga, Andrea R. Genazzani, Frederick Naftolin, Felice Petraglia. Menstrual Cycle Related Disorders, Volume 7: Frontiers in Gynecological Endocrinology. Springer. International Society of Gynecological Endocrinology 2019.

Формирующийся синдром поликистоза яичников у девушек-подростков. Группа риска

Первичная аменорея

+

Клиника

гиперандрогении

Клиника гиперинсулинемии + Ожирение

Гоготадзе И.Н., СПб, 2020

Гипоменструальный синдром
формируется сразу после менархе
+ клиника гиперандрогении
+ негетеросексуальная ориентация

Бабенко-Сорокопуд И.В. 2021

- Гипоменструальный синдром (олиго до аменореи) В ТЕЧЕНИЕ 1,5-2 ЛЕТ после менархе

+ прогрессирующие андроген-зависимые дерматопатии: акне, жирная себорея, гипертрихоз

Некоторые ФАКТЫ патогенеза СПКЯ

- В патогенезе СПКЯ придают значение нарушениям регулирующих гипоталамо-гипофизарных влияний: избыточной секреции ЛГ, аномально повышенному соотношению ЛГ/ФСГ .
- Основным регулятором частоты импульсов **Гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ)** является Прогестерон, но при формировании СПКЯ генератор импульсов ГнРГ относительно устойчив к воздействию Прогестерона с (-) обратной связью.
- В результате высокие частоты импульсов ГнРГ стимулирует выработку ЛГ и ограничивают выработку ФСГ.
- Последний **способствуют** выработке андрогенов и препятствует нормальному фолликулярному развитию.
- ЛГ является ключевым фактором гиперинсулинемии при СПКЯ, так как стероидогенез яичников требует стимуляции гонадотропинами

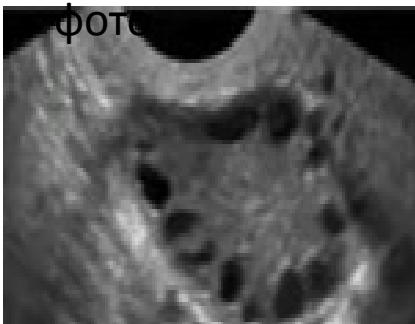
Высокоспецифичными маркерами СПКЯ у девушек-подростков в возрасте 16—18 лет с негетеросексуальной ориентацией являются: НМЦ по типу олиго-/аменорея с менархе и гирсутизм, соотношение ЛГ/ФСГ, ИСА, уровень АМГ и др. (специфичность — 83,0—93,0%).

Бабенко-Сорокопуд И.В.2021

УЗИ – вспомогательный метод исследования при диагностике ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ

!!!! Национальный Институт США (NH) предупреждает о гипердиагностике СПКЯ при положительных результатах поликистоза по УЗИ

Морфология яичников при СПКЯ (УЗИ малого таза)



!!! Визуализация не менее 12 фолликулов диаметром 2-9 мм как минимум в одном яичнике

!!! Объем хотя бы одного яичника более 10 мм³ при отсутствии доминантного фолликула диаметром более 10 мм

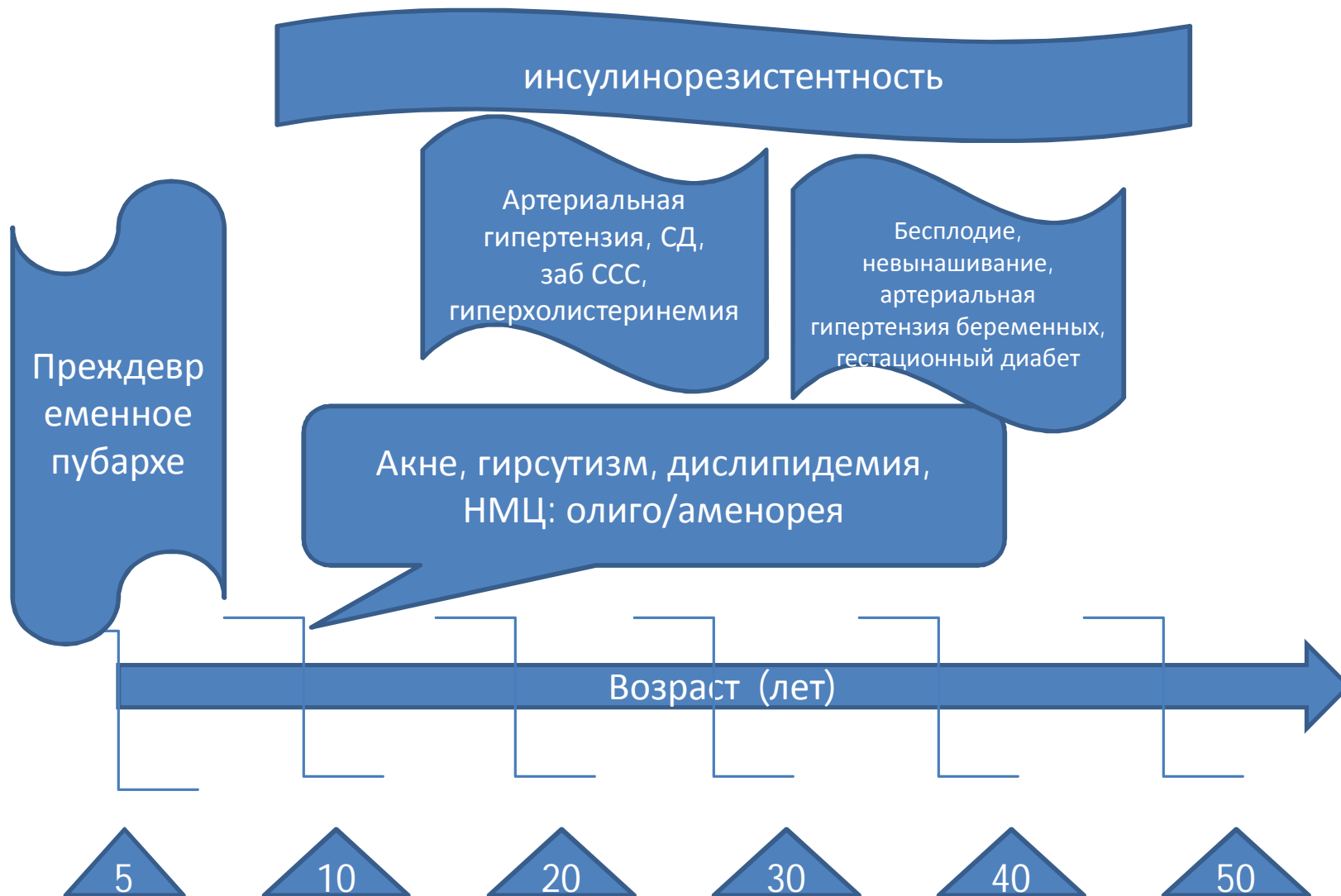
!!! ПРАВИЛО 20 %

20% женщин с ПКЯ имеют СПКЯ

20% женщин с СПКЯ не имеют УЗИ- признаки ПКЯ

Гоготадзе ИН., СПб, 2020

Зависимость клинических проявлений СПКЯ от возраста



- БЕСПЛОДИЕ
- НМФ
- ОЖИРЕНИЕ
- ГИРСУТИЗМ
- АКНЕ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ
СПОСОБНОСТИ

- НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ РОЛИ ЖЕНЩИНЫ КАК МАТЕРИ
- Дисфория связанная с негетеросексуальной ориентацией (в тч ЖСЖ)
- НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
- ДИСМОРФОФОБИИ
- ДЕПРЕССИЯ

Обязательно формирование стереотипа здорового питания и предупреждение набора избыточной массы тела.

Сокращение в рационе продуктов с высоким содержанием рафинированных углеводов и насыщенных жиров приводит к нормализации углеводного и липидного обменов, а также к снижению уровня андрогенов.

Из рациона исключают, в первую очередь, продукты, которые изготовлены на основе муки: белый хлеб (особенно свежей выпечки), сдобу, булочки, печенье (кроме диабетического), торты и сладости.

Необходимо уменьшить потребление консервов (мясных или рыбных), копченостей, жирного мяса. воздержаться от домашнего молока, сметаны, сливочного масла, майонеза, жирных йогуртов и кефира, исключить из рациона бананы, виноград, финики, инжир, землянику, картофель и блюда с его высоким содержанием. Положительный эффект оказывает включение в рацион свежих фруктов (абрикосы, киви), сухофруктов (урюк, курага), свежих овощей (репа, брюква).

- **Остальные фрукты и овощи можно употреблять без ограничений.**
- **Обязательны борьба с гиподинамией и поддержание нормальных росто-весовых соотношений с помощью регулярных физических упражнений, занятий спортом (плавание, бег, ходьба, аэробика) не реже 3 раз в неделю по 45-60 минут; соблюдение продолжительности сна в ночное время суток не менее 8 часов (причем лечь спать нужно не позже 21 - 22 часов) и исключение умственных и физических нагрузок в вечерние часы.**
- **Эффект от физических нагрузок проявится через полтора - два месяца от их начала. Возможно назначение витаминных и минеральных комплексов, а также воздействие физическими факторами, направленными на нормализацию функции подкорковых структур.**

ФАРМАКОТЕРАПИЯ СПКЯ НА ФОНЕ

СГА у девушек-подростков

Гоготадзе ИН., СПб, 2020

При отсутствии четких

диагностических

критериев СПКЯ

Нормализация функции ГГС

+Лечение

инсулинорезистентности

(по показаниям

эндокринолога) + ЦВТ и

антиоксиданты

(+ психотерапия

+ N образа жизни

(питание, работа, отдых)

+ коррекция

сопутствующих

эндокринопатий

При наличии всех

критериев диагностики

**СПКЯ (иск. надпочечн
форму):**

Гормональная терапия КОК

+ психотерапия

+ N образа жизни (питание,
работа, отдых)

+ коррекция сопутствующих
эндокринопатий

Показания к гормональной терапии КОК

Гоготадзе И.Н., СПб, 2020

- Биохимическая гиперандрогения
- Стойкое повышение ЛГ
- Выраженные андрогензависимые дерматопатии
- Стойкие прогрессирующие нарушения МЦ
- Необходимость контрацепции
- Препараты выбора КОК с антиандрогенным эффектом (дроспиренон-содержащие, хлормадин-содержащие)

- Европейский союз эндокринологов предлагает сделать врачам выбор в пользу
ГЕСТАГЕНА
в терапии
пациенток с наличием гиперандрогении и ожирения
и избегать использование КОК,
содержащих производные 19-
норстероидов, из-за
возможных негативных
метаболических эффектов

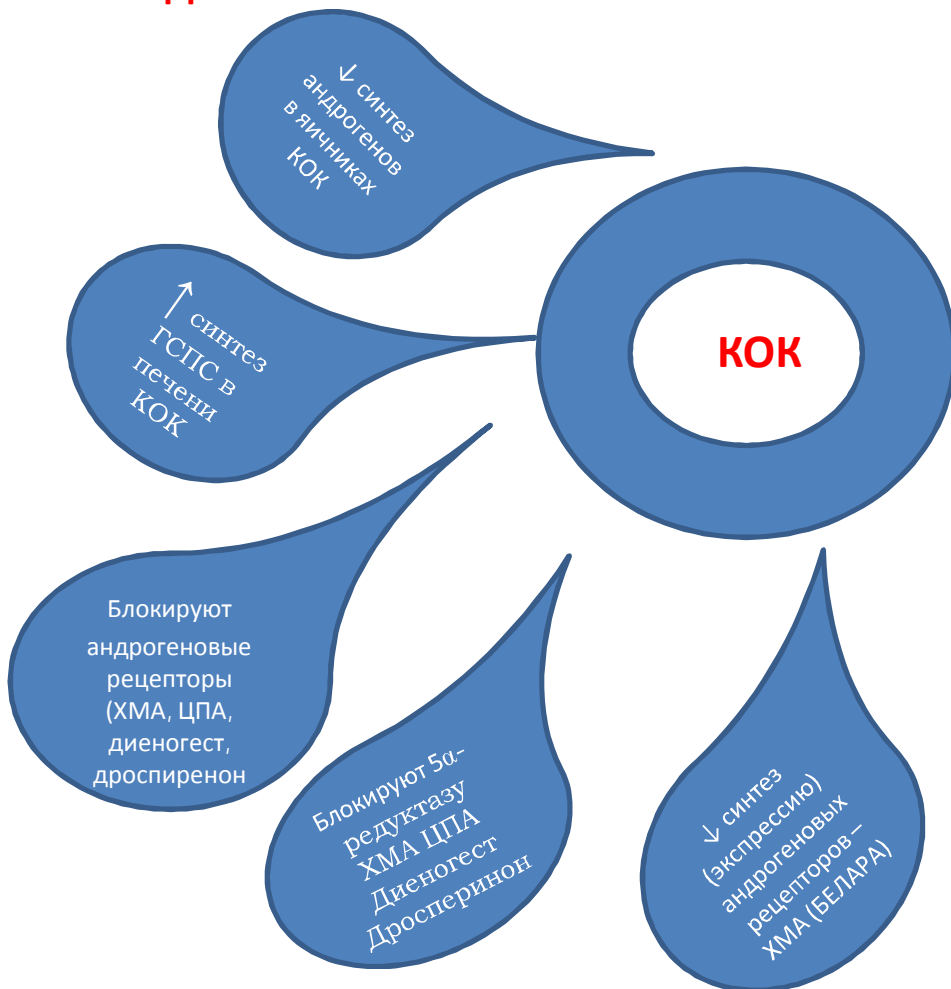
Препаратами первого выбора у девушек с избыточной массой тела, гипертрихоз могут стать КОК, содержащие ДРОСПИРЕНОН

Дроспиренон является производным 17- α -спиронолактона, фармакологические свойства которого представляют уникальную комбинацию прогестагенного, антиминералокортикоидного и антиандрогенного эффектов без эстрогенной и глюкокортикоидной активности.

Терапия СПКЯ у девушек-подростков: выбор препаратов

Гоготадзе ИН., СПб, 2020

- МЕХАНИЗМЫ АНТИАНДРОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ**



- Препараты в комплексе не должны усугублять метаболические нарушения

- Под контролем фона настроения (!не снижать) и аппетита (!!!не повышать)

- Дерматопатии устранять быстро (!!!по т.к. проблемы с кожей наиболее травмируют юную психику)

Микродозированные КОК

с метаболическим нейтральным эффектом и выраженным антиандрогенным эффектом: Хлормадинона ацетат-содержащие (ХМА) «Белара», Дроспиренон-содержащие «Димия», «Джес»

Разработана оптимальная трехэтапная система реабилитации, включающая:

- 1) обследование и лечение в условиях стационара каждые 6 мес. в течение 1,5 – 3 лет;
- 2) лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое) в амбулаторных условиях;
- 3) 3) санаторно-курортное лечение (Т. Ермоленко, 2017).

Препарат выбора для пациенток с избыточной массой тела и с симптомами гипоталамической дисфункции и гиперкортицизма: микродозированный КОК, содержащий **Дроспиренон** «Димия», «Джес» в режиме 24+4

- Дроспиренон- производный спиронолактона: обладает слабым диуретическим эффектом
- Оказывает антиадипогенный эффект (при отсутствии эстрогенной и глюкокортикостероидной активности)

КОК, содержащие хлормадинона ацетат (ХМА) и влияние на метаболизм «Белара»

- позитивно влияют на жировой обмен (антиатерогенное действие)
- Не усугубляют инсулинорезистентность (повышают чувствительность рецепторов к инсулину)
- Положительно влияют на систему гемостаза
- Антидепрессивный эффект (улучшают настроение, т.к. явл. агонистами ГАМК-рецепторов и стимулируют синтез эндорфинов в ЦНС)

По назначению педиатра-невропатолога

- применяют средства для улучшения трофики межучного мозга (Кавинтон, Ноотропил, Циннаризин, Стугерон, Аминалон, Церебролизин, Кофетамин), препараты нейромедиаторного действия (дофаминергический - Дифенин, антисеротониновый - Перитол, Редергин – агонист центральных дофаминергических и серотонинергических рецепторов), витаминотерапию (фолиевая и аскорбиновая кислоты, вит. В1, В6, Е - циклически),
- для устранения избыточной массы тела применяют анорексические и мочегонные средства. Проводится коррекция вегетативных нарушений (Беллатаминал, Белласпон).
- При развитии артериальной гипертензии используются преимущественно ингибиторы АПФ (Периндоприл, Рамиприл, Эналаприл) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (Валсартан, Ирбесартан).
- При наличии печеночной патологии назначаются гепатопротекторы, чтобы снизить нагрузку на этот орган.
- Основной проблемой у девушек-подростков с ГА являются психологические комплексы из-за косметической проблемы.
- Подростки подавлены и практически всегда видят причину своих неудач в дефектах внешности.
- Проведение психокоррекционных мероприятий с участием родных под контролем врача и психолога позволит девушкам стать активными участниками в лечении своей болезни.

Фармакотерапия

- При выявлении гиперпролактинемии у девочек с нарушенным ритмом менструаций и гирсутизмом показано применение препаратов с содержанием экстракта авраамова дерева.
- Для снижения уровня пролактина у девочек с первичной олигоменореей и гиперпролактинемией, не связанной с микроаденомой гипофиза, назначают Циклодинон по 1 таблетке 1 раз в день в течение трех – шести месяцев.
- При выявлении первичного гипотиреоза как причины гиперандрогении, оправданным является назначение заместительной терапии. Комбинированная терапия включает применение препаратов калия йодида и L-тироксина, что наиболее целесообразно при наличии признаков тиреоидной недостаточности (субклинического или манифестного гипотиреоза).
- Важно также соблюдение рационального режима питания с достаточным содержанием йода и его синергистов

ПРЕПАРАТЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ – назначения педиатра-эндокринолога

- Физиологическая инсулинорезистентность, обусловленная максимальным уровнем секреции инсулиноподобного фактора роста 1-го типа
- Положительный клинический эффект оказывают препараты, повышающие чувствительность клеток к инсулину (сенситайзеры): бигуаниды (Метформин, Буформин), препараты сульфанилмочевины (Диабетон, Амарил);
- тиазолидиндионы (Пиоглитазон, Троглитазон, Ниглитазон, Росиглитазон, Энглитазон);
- ингибиторы альфа-глюкозидазы (Акарбоза, Сиофор).
- Применение Сиофора у детей разрешено в возрасте от 10 лет.
- Режим дозирования: первая неделя - 1 табл. на ночь, вторая неделя: + 1 табл. перед завтраком, третья неделя: + 1 табл. перед обедом.
- Средняя суточная доза - 1,5-2,5г. Длительность приема: минимум 6 месяцев, максимум 24 месяца, средняя продолжительность — один год.
- Перерыв/отмена в приеме препарата должны осуществляться в течение нескольких дней при любом остром заболевании и при проведении рентгеноконтрастных исследований по поводу других состояний (риск лактатацидоза)

Фармакотерапия

- При надпочечниковой форме СГА назначают глюкокортикоиды (преднизолон в дозе от 2,5 до 10 мг в день в течение 3-6 мес. или малые дозы дексаметазона).
- Они подавляют синтез ДЭАС и ДЭАС-сульфата в надпочечниках. Начальная доза дексаметазона — 0,25 мг/сутки на ночь. Обычно уровень дегидроэпиандростерона сульфата нормализуется через месяц.
- Во время лечения уровень кортизола в сыворотке должен быть равен 3—5 мкг % (не выше).
- Во избежание развития синдрома Кушинга дозу подбирают индивидуально, проводя ежемесячный контроль.
- Некоторые эндокринологи назначают очень низкие дозы дексаметазона, например, 0,125 мг 3 раза в неделю на ночь.
- Через год дексаметазон отменяют и обследуют больную. Безуспешность лечения дексаметазоном говорит о том, что значительные количества андрогенов секретируются яичниками, а не надпочечниками.
- В таких случаях назначают комбинированные оральные контрацептивы в малых дозах.
- Эффективность спиронолактона при ГА объясняется его способностью блокировать внутриклеточные рецепторы дигидротестостерона, подавлять синтез тестостерона, ускорять метаболизм андрогенов (стимуляция превращения тестостерона в эстрадиол в периферических тканях), подавлять активность 5 α -редуктазы кожи, снижать массу тела.
- Назначают спиронолактон (верошпирон) по 50-100 мг в день (не менее 12 месяцев) или по 100 мг/сут. внутрь до 1-го дня следующего менструального цикла, затем делают перерыв и возобновляют прием препарата на 8-й день менструального цикла.
- Лечение проводят в течение 3—6 мес. При необходимости дозу спиронолактона постепенно увеличивают до 400 мг/сут.
- Поскольку спиронолактон вызывает нарушения менструального цикла, необходимо его назначать в комбинации с КОК.
- В последние годы в клинической практике используется новый аналог спиронолактона — дроспиренон.
- У пациенток с яичниковой формой гиперандрогении понижение концентрации андрогенов в крови может быть достигнуто параллельным применением токоферола ацетата (витамина E) и кломифена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- СВОЕВРЕМЕННАЯ **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СГА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПРЕДУПРЕДИТЬ ТЯЖЕЛЫЕ ФОРМЫ СПКЯ И ПОЗВОЛЯЕТ СОХРАНИТЬ ФЕРТИЛЬНОСТЬ**
- СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ФАКТА НАРУШЕННОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ и/или НЕГЕТЕРОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ предиктором своевременной ПРОФИЛАКТИКИ СГА
- ВРАЧИ ПЕДИАТРЫ ДОЛЖНЫ ИМЕТЬ ОСОБУЮ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ СГА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ СЕМЕЙНЫМ АНАМНЕЗОМ (НМЦ, ХРОНИЧЕСКОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОЖИРЕНИЕ, СД2, ЗАБОЛЕВАНИЕ ССС С РАННЕГО ВОЗРАСТА)
- НАПРАВИТЬ девочку-подростка НА КОНСУЛЬТАЦИЮ ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА, ГИНЕКОЛОГА, ДЕРМАТОЛОГА С фактом ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ, ГИПЕРТРИХОЗА, АКНЕ, ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА, НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

СГА БОЛЬНЫХ ВЕДУТ
СОВМЕСТНО ПЕДИАТР,
ГИНЕКОЛОГ,
ЭНОКРИНОЛОГ,
ДЕРМАТОЛОГ,
ПСИХОЛОГ/ПСИХИАТР

ТОЛЬКО ПОСЛЕ
КОМПЛЕКСНОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ И
УТОЧНЕНИЯ ПРИРОДЫ
СГА ВОЗМОЖНО
НАЗНАЧЕНИЕ ТЕРАПИИ
КОК профильным
специалистом

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Своевременное выявление, диагностика и правильно организованное немедикаментозное и медикаментозное лечение нарушений менструального цикла у девочек-подростков с гиперандрогенией позволит повысить репродуктивный потенциал женского населения и решить демографические проблемы нашей страны.
- Диагностика нарушения менструальной функции при гиперандрогении должна осуществляться не ранее чем через 1,5–2 года после менархе;
- Наибольшую диагностическую ценность имеют лабораторная гиперандрогения, гирсутизм, олигоменорея, продолжающиеся более 2 лет;
- Ультразвуковая картина мультифолликулярных яичников у подростков должна оцениваться в совокупности с другими клиническими проявлениями

- Своевременное выявление, диагностика и правильно организованное немедикаментозное и медикаментозное лечение нарушений менструального цикла у девочек-подростков с синдромом гиперандрогенией позволит повысить репродуктивный потенциал женского населения и решить демографические проблемы.
- Консультация врача педиатра - важное звено мультидисциплинарной команды в диагностике и терапии юных пациенток группы риска по ГА

