



Гиперандрогенная дерматопатия: гирсутизм

***Зав. каф. дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
проф. Проценко О.А.
доц. каф. дерматовенерологии и косметологии ФНМФО
Корчак И.В.***

***Донецк
14.02.2024***

Клинические аспекты проблемы избыточного оволосения

- Избыточное оволосение по мужскому типу (гирсутизм) у женщин различных возрастных периодов является кожными проявлениями гиперандрогенного синдрома различного генеза
- Причинами избыточного оволосения могут быть:
 - Адено-генитальный синдром
 - Болезнь Иценко-Кушинга
 - Беременность
 - Менопауза
 - Сахарный диабет
 - Опухоли центральной нервной системы
 - Прием кортикостероидных гормонов
 - Прием андрогенов

Клинические аспекты проблемы гирсутизма

- Многообразии причин, приводящих к гиперандрогенной дерматопатии требует клинического осмысления проблемы, проведение лабораторно-инструментального обследования, междисциплинарного взаимодействия (с учетом выявленных изменений)
- Проблема на стыке специальностей:
 - Эндокринология
 - Гинекология
 - Урология
 - Онкология
 - Неврология и т.п.

*European Handbook of Dermatological Treatments/ ed.by A. Katsambas, T.M. Lotti. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999. – 846 p.
<http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/ucm...>*

Гирсутизм

- Избыточный рост терминальных волос на теле и лице у женщин по мужскому типу
- Характерно появление волос в зоне верхней губы, подбородка, грудной клетки, на спине и животе
- Часто - нарушение менструального цикла, маточные кровотечения, бесплодие и др.
- Наблюдается у 2-10% женщин
- Часто воспринимается как эстетическая проблема с последующим применением различных методов удаления волос (шугаринг, механическая депиляция, лазерная эпиляция и др.).
- Требуется выявления и устранения причины:
 - синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – 4% - 10% женщин репродуктивного возраста
 - мелкокистозная трансформация яичников
 - опухоли яичников
 - опухоли надпочечников
 - опухоли гипофиза
 - синдром Иценко-Кушинга

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) и избыточное оволосение

- **Синонимы: гиперандрогенная ановуляция, синдром Штейна-Левенталя**
- **Одно из наиболее распространенных нарушений эндокринной системы, влияющим на репродуктивную способность женщины**
- **Нередко первым клиническим признаком при этом, заставляющим обращаться за медицинской/ косметологической помощью, является избыточное оволосение, воспринимаемое лишь как эстетическая проблема**

Дерматокосметологические аспекты СПКЯ

- **Гирсутизм и акне – нередко первый повод обращения за медицинской помощью подростков и лиц репродуктивного возраста с неустановленным диагнозом СПКЯ**
- **Своевременная диагностика СПКЯ – предупреждение риска развития бесплодия, метаболических нарушений, сахарного диабета и др.**
- **Распознавание причин избыточного оволосения, точная и ранняя диагностика СПКЯ – не только предотвращение развития возможных сопутствующих заболеваний, но и снижение финансовых трат пациента и нагрузки на здравоохранение**

Особенности патофизиологии гирсутизма и гиперандрогении при СПКЯ

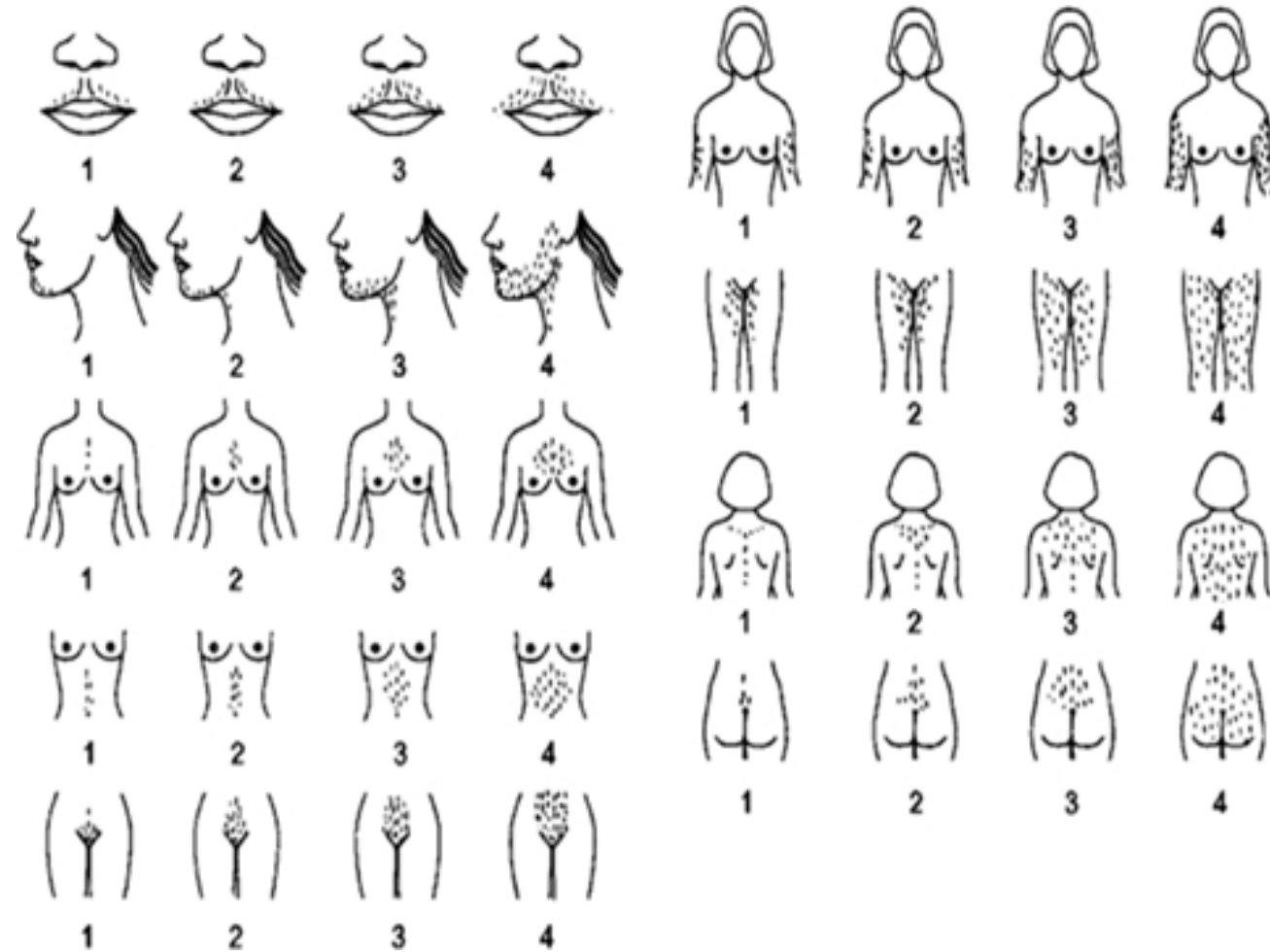
- Неконтролируемый стероидогенез в яичниках обусловлен генетическими (абerrантной сигнализацией инсулина, дефектом в клетках тека при котором theca клетки выделяют высокие уровни андрогенов из-за внутренней активации стероидогенеза и др.), экологическими факторами (окислительным стрессом и др.) и др.
- Определение генеза гиперандрогении и выбор оптимальной диагностической и лечебной программы требуют междисциплинарного взаимодействия дерматологов, гинекологов, эндокринологов

Что необходимо учитывать при планировании лечебно-диагностической тактики: гирсутизм и связанные с ним патологии

- **Метаболические нарушения**
- **Инсулинорезистентность**
- **Избыточная масса тела и ожирение**
- **Сердечно-сосудистая патология**
- **Патология вен, в том числе поверхностных (венэктазии)**

**ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПЛАНИРУЕТСЯ С УЧЕТОМ СТЕПЕНИ
ВЫРАЖЕННОСТИ ГИРСУТИЗМА И ФОНОВОЙ
ГОРМОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ (ГЕНЕЗ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ)**

Степень выраженности гирсутизма (определение гирсутного числа)



Медикаментозная терапия гирсутизма в зависимости от генеза гиперандрогении

Проводится по назначению и под контролем гинеколога

1. Подавление яичниковой секреции андрогенов

– комбинированные оральные контрацептивы (КОК), содержащие этинилэстрадиол, ципротеронаацетат или др.

- продолжительность 6-9 мес
- контроль общеклинических анализов и УЗИ ОМТ
- удаление волос – не ранее 3-х мес успешной терапии КОК

Медикаментозная терапия гирсутизма в зависимости от генеза гиперандрогении

Проводится по назначению и под контролем гинеколога и/или эндокринолога

2. Подавление надпочечниковой секреции андрогенов

- низкие дозы преднизолона (2.5-5 мг) или дексаметазон 0,25-0,75 мг (на ночь)

- показаны пациентам с повышенным уровнем ДЭА, связанным с дефицитом 11- или 21-гидроксилазы

Медикаментозная терапия гирсутизма в зависимости от генеза гиперандрогении

Проводится по назначению и под контролем гинеколога

3. Блокаторы рецепторов андрогена:

Спиронолактон:

- блокатор рецепторов андрогенов, ингибитор 5α редуктазы, антагонист альдостерона
- вводят в дозах 25-100 мг 2 раза в день

Флутамид:

- блокатор рецепторов андрогенов
- прием в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев
- в сочетании с КОК при наличии акне

Медикаментозная терапия гирсутизма в зависимости от генеза гиперандрогении

Проводится по назначению и под контролем гинеколога

- **Финастерид - ингибитор 5 α редуктазы**
 - 5 мг / день при сочетании с акне (на фоне КОК)
- **Метформин - инсулин сенситайзер**
 - при гирсутным синдромом у пациентов с ожирением или инсулинорезистентностью
 - назначается в дозе от 500 мг до 2000 мг / день в течение 6 мес.

Ошибки в ведении лиц с гирсутизмом

- **Эпиляция волос как стартовое воздействие**
- **Эпиляция волос как монотерапия**
- **Пренебрежение медицинским подходом к решению эстетической (?) проблемы**
- **Нереалистичность ожиданий результатов терапии**

Благодарим за внимание