

# Овариальная дисфункция:

## современные представления



Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, овуляторная дисфункция относится к рубрике E28 (дисфункция яичников) и определяется либо отсутствием, либо редкой, либо нерегулярной овуляцией (8 и менее овуляций в год). Такой диагноз акушер-гинеколог может поставить при первичном обращении пациентки. Однако практикующему врачу важно установить, какое именно заболевание проявляется овуляторной дисфункцией, и именно на него направить все имеющиеся в арсенале терапевтические возможности.

### Овариальная дисфункция может стать следствием разнообразных заболеваний и состояний

#### Группа 1

Нарушения гипоталамо-гипофизарного генеза (гипогонадотропные нарушения)

5%

#### Низкий уровень ФСГ и ЛГ

- функциональные причины
- органические причины

#### Группа 2

Нормогонадотропная аменорея

90%

#### Нормальный уровень ФСГ и ЛГ

- СПКЯ

#### Группа 3

Гипергонадотропные нарушения

5%

#### Высокий уровень ФСГ и ЛГ

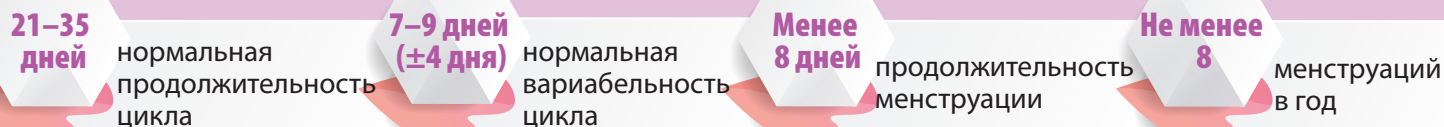
- Гипофункция яичников
- Врожденная
- Приобретенная

Примечание. ФСГ – фолликулостимулирующий гормон, ЛГ – лютеинизирующий гормон, СПКЯ – синдром поликистозных яичников.

Основным клиническим проявлением овуляторной дисфункции является нарушение менструального цикла. Иногда ановуляция встречается и в регулярных циклах, поэтому даже у таких женщин необходимо подтверждать наличие овуляции. В некоторых случаях ановуляторные циклы могут чередоваться с редкими овуляторными циклами, однако стоит помнить, что редкая овуляция – это тоже овариальная дисфункция, как и отсутствие овуляции.

Впервые параметры нормального менструального цикла были определены The International Federation of Gynecology and Obstetrics в 2007 г., после чего многократно дополнялись и изменялись. Самый последний вариант был опубликован в 2018 г.

### Параметры нормального менструального цикла



### Аменорея

В течение **3** месяцев

Отсутствие менструаций при ранее регулярном менструальном цикле

В течение **6** месяцев

Отсутствие менструаций при ранее нерегулярном менструальном цикле

К **13** годам

Отсутствие развития вторичных половых признаков и менструаций

К **15** годам или в течение **3** лет после телархе

Отсутствие менструаций при условии развития вторичных половых признаков

## Основные причины овуляторной дисфункции

### Физиологические

- Пубертатный период
- Беременность
- Послеродовый период, лактация
- Пери- и постменопаузальный период

### Патологические

- СПКЯ как в сочетании с ожирением, так и без него
- Врожденная дисфункция коры надпочечников
- Функциональная гипоталамическая аменорея
- Снижение овариального резерва и ПНЯ
- Гиперпролактинемия
- Заболевания щитовидной железы
- Прием некоторых лекарственных препаратов

Одним из важнейших обследований, позволяющих оценить степень овуляторных нарушений, становится гормональное обследование

### Сроки проведения

при регулярном менструальном цикле

■■■■■  
на 3–5-й день

спонтанного цикла  
(при длительности цикла более 30 дней  
исследование можно проводить до 7-го дня цикла)

при олигоменорее

■■■■■  
на 3–5-й день

спонтанного  
или индуцированного  
гестагенами цикла

при аменорее

■■■■■  
в любой день

в любой произвольно  
выбранный день



### Правила забора крови

натощак, не ранее чем через  
**1 ч** после пробуждения



оптимально –  
**с 8 до 10 утра**



накануне исключить физическую  
нагрузку, половые контакты,  
влагалищное исследование  
и пальпацию молочных желез



### Перечень исследуемых гормонов

- гонадотропины (ФСГ и ЛГ)
- пролактин
- тиреотропный гормон
- 17-ОН-прогестерон
- ДГЭА-сульфат
- свободный тестостерон
- андростендион

при гиперандрогении

Цели лечения	Методы терапии					
	СПКЯ	ПНЯ	ФГА	ВДКН	Гиперпролактинемия	Гипо-/гипертиреоз
Коррекция менструального цикла	КОК, гестагены, снижение массы тела, коррекция инсулинорезистентности	МГТ, КОК	МГТ, КОК, повышение массы тела, снижение уровня стресса, интенсивности физических нагрузок	КОК	Агонисты дофаминовых рецепторов, гестагены, КОК	Левотироксин/тиреостатики/др.
Профилактика гиперплазии и рака эндометрия	КОК, гестагены	КОК, МГТ	МГТ, КОК	КОК, гестагены	Гестагены, КОК	Гестагены, КОК
Терапия бесплодия	Кломифен, гонадотропины, хирургическое лечение, ВРТ	ВРТ	Повышение массы тела, отказ от стресса, физических нагрузок	Глюкокортикоиды	Агонисты дофаминовых рецепторов	Левотироксин/тиреостатики/др.
Профилактика остеопороза, ССЗ	Снижение массы тела, инсулинорезистентности	МГТ, физические нагрузки	Повышение массы тела, МГТ	–	–	–

Примечание. СПКЯ – синдром поликистозных яичников, ПНЯ – преждевременная недостаточность яичников, ФГА – функциональная гипоталамическая аменорея, ВДКН – врожденная дисфункция коры надпочечников, КОК – комбинированные оральные контрацептивы, МГТ – менопаузальная гормональная терапия, ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания.

При назначении КОК пациенткам с патологической овуляторной дисфункцией врач должен учитывать возможный повышенный риск метаболических нарушений, сосудистых событий и венозной тромбоэмболии.

## Риск венозных тромбозов при приеме КОК с разными прогестинами [9]

Гестаген/ЭЭ	Частота ВТЭ на 100 тыс. женщин в год	Исследования
Хлормадинона ацетат/ЭЭ	16	Schramm GAK, 2002, 2003
Ципротерона ацетат/ЭЭ	70	Lidegaard, 2009
Дроспиренон/ЭЭ	До 23–30 и выше в зависимости от цели и дизайна исследования (ВТЭ повышаются в группах риска, например, женщин с СПКЯ)	Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. BJOG 2013; 120 (7): 801–10. DOI: 10.1111/1471-0528.12210. Wu CQ, Grandi SM, Filion KB et al. From Medscape Medical News Drospirenone Associated With Increased Risk for VTE Emma Hitt, PhD. Sidney, 2013
Беременность	60	EMA Pharmacovigilance Working Party, 2011
Спонтанные случаи, не связанные с приемом КОК	5–10	EMA Pharmacovigilance Working Party, 2011



Комбинация хлормадинона ацетата с этинилэстрадиолом (ЭЭ), реализованная в препарате Белара, имеет минимальный риск развития тромбоэмболических осложнений среди других КОК, что подтверждено в масштабном европейском многоцентровом исследовании с участием 62 тыс. здоровых женщин. Было показано, что риск венозной тромбоэмболии (ВТЭ) при приеме контрацептивного препарата с хлормадиноном ацетатом (Белара) значительно ниже, чем при приеме любого другого прогестина, и практически не отличается от общепопуляционного риска у небеременных женщин, которые не применяют гормональную контрацепцию [9, 10]. Важно, что Белара не повышает риск ВТЭ и в группах высокого риска – это было подтверждено в исследованиях Conard (German Society for Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine (DGGEF e.V.) и the Professional Association of German Gynaecologists (BVF e.V., 2011) [10, 12]. Известно, что СПКЯ – одна из причин овуляторной дисфункции – является фактором риска ВТЭ, особенно при сочетании ановуляции, гиперандрогении и висцерального ожирения. Белара способствует устранению гиперандрогении за счет разных антиандрогенных механизмов (центральных и периферических), восстановлению менструального цикла после ее отмены, уменьшению висцерального ожирения на фоне тромботической нейтральности [9].

### Литература

1. Amenorrhoea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management. Am Fam Physician 2019; 100 (1): 39–48.
2. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynecol Obstetrics 2018; 143 (3): 393–408.
3. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>
4. Teede HJ, Misso ML, Costello MF et al; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Human Reprod 2018; 33 (9): 1602–18.
5. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhoea. Fertil Steril 2008; 90(Suppl. 5): S219–S225.
6. Hickey M. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Human Reprod Update 2003; 9 (5), 493–504.
7. Проект клинических рекомендаций «Аменорея и олигоменорея».
8. Синдром поликистозных яичников. Международные Клинические рекомендации. 2018.
9. Резниченко Г.И. Контрацепция с дополнительными преимуществами при СПКЯ. Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2016; 6 (2): 291.
10. Schramm G. 2011.
11. Conard J, Plu-Bureau G, Bahi N et al Progesterone-only contraception in women at high risk of venous thromboembolism. Contraception 2004; 70: 437–41.

