



Списание за наука

„Ново знание“

ISSN 2367-4598 (Online)

Академично издателство „Талант“

*Висше училище по агробизнес и развитие на
регионите - Пловдив*

New Knowledge

Journal of Science

ISSN 2367-4598 (Online)

Academic Publishing House „Talent“

*University of Agribusiness and Rural Development -
Bulgaria*

<http://science.uard.bg>

HIRSUTISM AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Vesko Stoilov¹, Ivan Kostov², Petar Petrov³, Nigar Jafer⁴

¹Multiprofile hospital for active treatment “Specialmedic”, Plovdiv, Bulgaria

*²Specialized hospital for active treatment in obstetrics and gynecology “Mother's Home”,
Sofia, Bulgaria*

³University of agribusiness and rural development, Plovdiv, Bulgaria

⁴Parliament of the Republic of Bulgaria

Abstract: Assessment of hirsutism is based on the F-G scale according to which patients can be divided into four groups. The first group is the range between 1 and 9 points, this group is defined as constitutional hirsutism. Treatment is not necessary in these patients, it is advisable to avoid prolonged solstice and creams. The second group is women with an F-G score between 10 and 16 points. This group is referred to as a transitional period. Women with this score should be monitored for 3 to 6 months. If an increase in hair growth is found, the causes of the condition need to be actively sought. The third is the group of women with an F-G score between 17 and 40 points, which can be described as the true hirsutism. The fourth group (41-44 points) is referred to as severe hirsutism.

Keywords: hirsutism, polycystic ovary syndrome.

ХИРЗУТИЗЪМ И СИНДРОМ НА ПОЛИКИСТОЗНИТЕ ЯЙЧНИЦИ

Веско Стоилов¹, Иван Костов², Петър Петров³, Нигяр Джафер⁴

¹СБАЛ “Специал медик” - гр. Пловдив

²СБАЛАГ „Майчин дом“ - гр. София

³Висше училище по агробизнес и развитие на регионите - Пловдив

⁴Народно събрание на Република България

Резюме: Оценяването на хирзутизма става по F-G скала, според която пациентките могат да бъдат разделени в четири групи. Първата група е в диапазона между 1 и 9 точки. Тази група се определя като конституционален хирзутизъм. При тези пациентки лечение не е необходимо, препоръчително е да избягват продължително слънцестоене и кремове. Втора групата са жените с F-G скор между 10 и 16 точки. Тази група се означава като преходен период. Жените с такъв скор трябва да бъдат наблюдавани в продължение на 3 до 6 месеца. Ако се установи увеличаване на космения растеж, е необходимо активно да бъдат търсени причините, водещи до състоянието. Трета е групата на жените с F-G скор между 17 и 40 точки, която можем да означим като същински хирзутизъм. Четвъртата група (41-44 т.) се означава като тежък хирзутизъм.

Ключови думи: хирзутизъм, синдром на поликистозните яйчници.

Хирзутизмът (от латински *hirsutus* - *космат*) е състояние, дефинирано като прекомерно или повишено окосмяване у някои жени на части от тялото, където такова окосмяване принципно липсва или е слабо изразено. Най-често става въпрос за части от тялото като ареолите на гърдите, брадата, бедрата, областта над горната устна и под ушите, корема, гърба и пръстите на ръцете. Хирзутизмът е наречен още окосмяване от „мъжки тип“, тъй като засяга зони, които са по-обилно окосмени предимно при мъжете.

Хирзутизмът се причинява главно от свръхотделяне в женския организъм на андрогени (мъжки полови хормони) и от чувствителността на космения фоликул към тези хормони (която може да бъде и унаследена).

Други симптоми, свързани с високите нива на андрогени, а оттам и с хирзутизма, са: акне, нередовна менструация, повишена мускулна маса в тялото, мутиране на гласа.

Ако се прояви след пубертета на хирзутизмът не трябва да се гледа като самостоятелно патологично състояние, а като симптом на някое от следните заболявания:

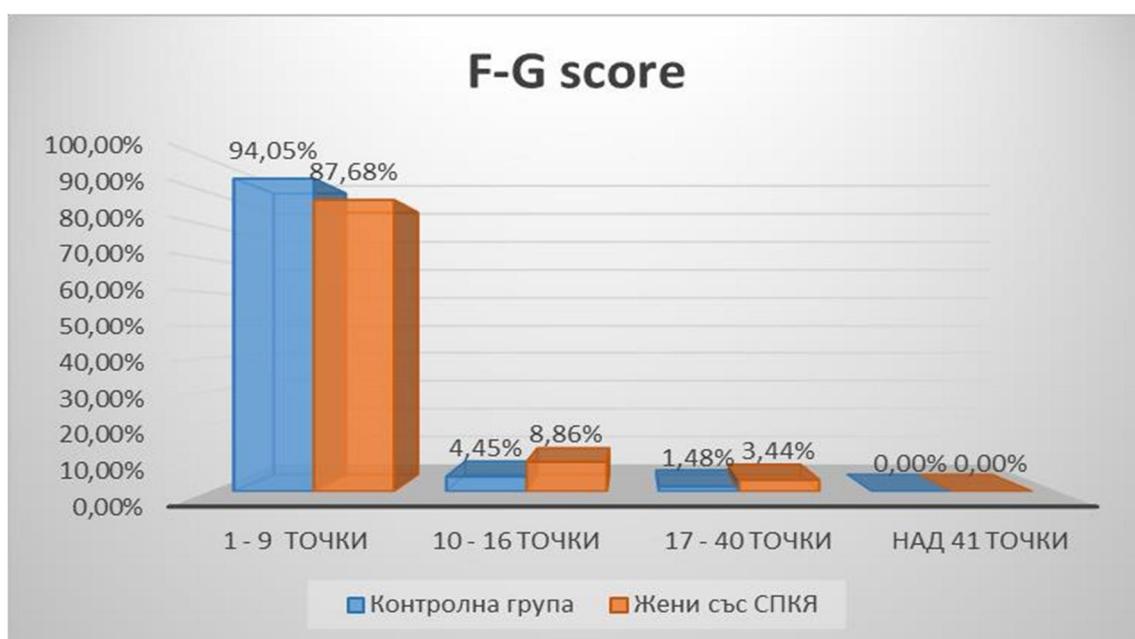
- синдром на поликистозните яйчници;
- синдром на Кушинг;
- вродена надбъбречна хиперплазия;
- тумори в яйчниците или надбъбречната жлеза, както и прием на някои лекарства.

Таблица 1 показва различните степени на хирзутизма.

Таблица 1. Степени на хирзутизма

Резултат	състояние	поведение
1-9	Конституционален хирзутизъм	Медикаментозно лечение не е необходимо, препоръчително е пациентките да избягват продължително слънцестоене и кремове.
10-16	Преходен период	Трябва да бъдат наблюдавани в продължение на 3 до 6 месеца, ако се установи увеличаване на космения растеж е необходимо активно да бъдат търсени причините водещи до състоянието.
17-40	Хирзутизъм (причинен от заболявания)	Трябва активно да бъдат търсени причините, довели до състоянието.
41-44	Тежък хирзутизъм (тумори?)	Състоянието изисква спешно установяване на причинителя.

Оценяването на хирзутизма става по F-G скала, според която пациентките могат да бъдат разделени в четири групи (вж. таблица 1). Първата група е в диапазона между 1 и 9 точки. Тази група се определя като конституционален хирзутизъм. При тези пациентки лечение не е необходимо, препоръчително е да избягват продължително слънцестоене и кремове. Втора групата са жените с F-G скор между 10 и 16 точки. Тази група се означава като преходен период. Жените с такъв скор трябва да бъдат наблюдавани в продължение на 3 до 6 месеца. Ако се установи увеличаване на космения растеж, е необходимо активно да бъдат търсени причините, водещи до състоянието. Трета е групата на жените с F-G скор между 17 и 40 точки, която можем да означим като същински хирзутизъм. При тези жени трябва активно да бъдат търсени причините, довели до състоянието. Задължителни са хормоналните тестове. Четвърта група са жени с F-G скор между 41 и 44 точки, означавана като тежък хирзутизъм. Причините за този тежък хирзутизъм най-често са хормонсекретиращи тумори, което винаги налага спешно установяване на причината.



Фиг. 1. Съпоставка на резултатите по F-G скалата между двете групи на проучването

Съпоставка на резултатите от изследвания показател между контролната група и групата на жените със Синдрома на поликистозните яйчници (СПКЯ) от нашето проучване можем да видим на фиг. 1.

И за двете изследвани групи най-висок е делът на пациентките с конституционален хирзутизъм (1 – 9 точки) – съответно 94,05% за контролната група и 87,68% за жени със Синдрома на поликистозните яйчници (фиг. 1). В преходен период (10 – 16 точки) са 4,45% от контролната група и 8,86% от групата на жени със Синдрома на поликистозните яйчници. Същински хирзутизъм (17 – 40 точки) се наблюдава при 1,48% от контролната група и 3,44% при жени със Синдрома на поликистозните яйчници. Не са регистрирани случаи на тежък хирзутизъм в настоящото изследване.

ЛИТЕРАТУРА

1. I. Park, K. H. Lee, H. G. Sun, S. K. Kim, J. H. Lee, and G. H. Leon, High accuracy of IVF prognosis attained using a combination of AMH and day 3 FSH/LH ratio, *Fertility and Sterility*, vol. 96, supplement, p. S190, 2011.
2. I. D. Harris, S. Wang, L. Roth, R. Alvero, P. McShane, and W. D. Schlaff, When antimullerian hormone and follicle stimulating hormone offer a discrepant prognosis of ovarian reserve, in vitro fertilization outcomes are worse than when both values predict poor ovarian reserve, *Fertility and Sterility*, vol. 94, supplement, p. S26, 2010.
3. A. La Marca, G. Stabile, A. Carducci Artenisio, and A. Volpe, Serum anti-Müllerian hormone throughout the human menstrual cycle, *Human Reproduction*, vol. 21, no. 12, pp. 3103–3107, 2006.
4. O. Rustamov, A. Smith, S. A. Roberts et al., Anti-Müllerian hormone: poor assay reproducibility in a large cohort of subjects suggests sample instability, *Human Reproduction*, vol. 27, pp. 3085–3091, 2012.
5. H. Abdallah and Y. Thum, Association of AMH and FSH levels with IVF treatment, *Fertility and Sterility*, vol. 90, supplement, p. 405, 2008.
6. S. D. Harlow, M. Gass, J. E. Hall et al., Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging, *Menopause*, vol. 19, no. 4, pp. 387–395, 2012.
7. N. Gleicher, A. Weghofer, and D. H. Barad, Anti-Müllerian hormone (AMH) defines, independent of age, low versus good live-birth chances in women with severely diminished ovarian reserve, *Fertility and Sterility*, vol. 94, no. 7, pp. 2824–2827, 2010.
8. R. K. K. Lee, F. S. Y. Wu, M.-H. Lin, S.-Y. Lin, and Y.-M. Hwu, The predictability of serum anti-Müllerian level in IVF/ICSI outcomes for patients of advanced reproductive age, *Reproductive Biology and Endocrinology*, vol. 9, article 115, 2011.
9. B. Friden, P. Sjoblom, and J. Menzes, Using anti-Müllerian hormone to identify a good prognosis group in women of advanced reproductive age, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 51, pp. 411–415, 2011.
10. N. Gleicher and D. H. Barad, Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation in diminished ovarian reserve (DOR),” *Reproductive Biology and Endocrinology*, vol. 9, article 67, 2011.
11. A. Hazout, P. Bouchard, D. B. Seifer, P. Aussage, A. M. Junca, and P. Cohen-Bacrie, Serum anti-Müllerian hormone/Müllerian-inhibiting substance appears to be a more discriminatory marker of assisted reproductive technology outcome than follicle-stimulating hormone, inhibin B, or estradiol, *Fertility and Sterility*, vol. 82, no. 5, pp. 1323–1329, 2004.

12. D. N. Lekamge, M. Barry, M. Kolo, M. Lane, R. B. Gilchrist, and K. P. Tremellen, Anti- Müllerian hormone as a predictor of IVF outcome, *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 14, no. 5, pp. 602–610, 2007.

13. J. M. J. Smeenk, F. C. G. J. Sweep, G. A. Zielhuis, J. A. M. Kremer, C. M. G. Thomas, and D. D. M. Braat, Anti-Müllerian hormone predicts ovarian responsiveness, but not embryo quality or pregnancy, after in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection, *Fertility and Sterility*, vol. 87, no. 1, pp. 223–226, 2007.

14. S. L. Fong, E. B. Baart, E. Martini et al., Anti-Müllerian hormone: a marker for oocyte quantity, oocyte quality and embryo quality? *Reproductive BioMedicine Online*, vol. 16, no. 5, pp. 664–670, 2008.