SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 145-147
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.305

POLICISTINIŲ KIAUŠIDŽIŲ SINDROMAS: KLINIKINIAI POŽYMIAI, DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Greta Los[1], Benediktas Antanas Los[2]
[1]Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas,
[2]Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: policistinių kiaušidžių sindromas, hiperandrogenizmas, oligomenorėja.

Santrauka

Policistinių kiaušidžių sindromas yra viena iš dažniausių endokrinopatijų. Šis sindromas kliniškai asocijuojamas su oligomenorėja ir hiperandrogenizmu, taip pat su padidėjusia metabolinių komplikacijų rizika. Remiantis Roterdamo kriterijais − hiperandrogenizmu, menstruacijų nereguliarumu ir policistinių kiaušidžių ultragarsinio tyrimo vaizdu − galima patvirtinti PKS diagnozę, jei yra bent 2 iš 3 kriterijų. Vienas pagrindinių laboratorinių tyrimų yra bendrojo testosterono tyrimas. Pagrindinis diagnostinis tyrimas yra transvaginalinis ultragarsas. Pirmo pasirinkimo gydymas yra svorio mažinimas, kuris gali atkurti menstruacijų ciklą ir sumažinti metabolinių susirgimų riziką.

Įvadas

Policistinių kiaušidžių sindromas (PKS) yra dažna nereguliarių menstruacijų ir androgenų pertekliaus priežastis moterims. PKS gali būti diagnozuojamas, kai moteriai pasireiškia klasikiniai klinikiniai simptomai: hirsutizmas, nereguliarus menstruacijų ciklas ir transvaginalinio ultragarsinio tyrimo metu stebimos policistinės kiaušidės. Pastaruoju metu daug diskutuojama dėl diagnostikos kriterijų, kai pasireiškia ne visi klasikiniai simptomai.

Tyrimo tikslas − išanalizuoti bei aptarti įrodymais pagrįstą informaciją apie policistinių kiaušidžių sindromo klinikinius požymius, diagnostiką ir gydymą.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Taikyta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga ir analizė. Duomenų buvo ieškoma PubMed, Google Scholar, UpToDate bei Cochrane duomenų bazėse. Viso teksto straipsniai atrinkti, jei jų pavadinimas, santrauka ar reikšminiai žodžiai nurodė, kad tyrimas tinkamas šiai apžvalgai. Naudoti raktažodžiai: policistinių kiaušidžių sindromas, hiperandrogenizmas, oligomenorėja.

Tyrimo rezultatai

Policistinių kiaušidžių sindromas yra viena iš dažniausių endokrinopatijų, pasireiškianti nuo 5 iki 10 procentų moterų, priklausomai nuo tirtosios populiacijos [1]. Šis sindromas kliniškai asocijuojamas su oligomenorėja ir hiperandrogenizmu, taip pat su padidėjusia širdies ir kraujagyslių ligų, nutukimo, sutrikusio gliukozės toleravimo, dislipidemijos, kepenų suriebėjimo ir obstrukcinės miego apnėjos rizika.

Menstruacijų ciklo sutrikimai dažniausiai prasideda peripubertiniu laikotarpiu kaip vėlai prasidėjusios pirmosios menstruacijos. Dažniausias ciklo sutrikimas yra oligomenorėja (mažiau kaip 9 menstruacijų ciklai per metus), tačiau gali pasireikšti ir amenorėja (nepasireiškiančios menstruacijos 3 ir daugiau iš eilės einančių mėnesių) [2]. Moterims, sergančioms PKS, vyresnėms nei 40 metų, menstruacijų ciklai dažnais atvejais pradeda vykti reguliariau.

Hiperandrogenizmas pasireiškia specifiniais klinikiniais požymiais (hirsutizmu, akne ir plaukų slinkimu) ir (arba) padidėjusia serumo androgenų koncentracija [3]. Didžioji dalis moterų, sergančių PKS, turi tiek klinikinių požymių, tiek padidėjusią serumo androgenų koncentraciją. Požymiai, rodantys labiau išreikštą androgenų koncentraciją (virilizaciją), tokie kaip žemas balsas ir klitoromegalija, pasireiškia retai ir leidžia įtarti kiaušidžių hipertekozę arba androgenus sekretuojantį naviką.

Moterims, sergančioms PKS, didėja rizika susirgti 2 tipo cukriniu diabetu. Dauguma jų turi pirmos eilės giminių, sergančių 2 tipo diabetu [4]. Manoma, kad net nesant įprastų rizikos veiksnių, yra padidėjusi rizika sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis. Nealkoholinis steatohepatitas ir obstrukcinė miego apnėja taip pat yra PKS apraiškos.

PKS diagnozė turėtų būti įtariama reprodukcinio amžiaus moterims, kurioms pasireiškia nereguliarios menstruacijos ir hiperandrogenizmo simptomai. Antsvoris ir nutukimas taip

Adresas susirašinėti: Greta Los, el. p. gretusep@gmail.com

pat pagrindžia šią diagnozę. Moterims, kurioms stebimas policistinių kiaušidžių vaizdas ultragarsinio tyrimo metu, bet neturinčioms kitų klinikinių požymių, PKS diagnozė atmetama.

Remiantis Roterdamo kriterijais − hiperandrogenizmu, menstruacijų nereguliarumu bei policistinių kiaušidžių ultragarsinio tyrimo vaizdu − galima patvirtinti PKS diagnozę, jei yra bent 2 iš 3 kriterijų [5]. Nereguliarios menstruacijos paprastai prasideda paauglystės laikotarpiu. Moterims, kurioms oligomenorėja pasireiškia vyresnėms nei 30 metų, yra mažesnė tikimybė sirgti PKS.

Rekomenduojama išmatuoti androgenų koncentraciją serume moterims, kurioms pasireiškia hiperandrogenizmo simptomai. Vienas pagrindinių laboratorinių tyrimų yra bendras testosteronas, kurio viršutinė norma yra 60 ng/dL. Jei testosterono koncentracija yra >150 ng/dL, rekomenduojama papildomai išsitirti dėl androgenus sekretuojančių navikų.

Pagrindinis diagnostinis tyrimas yra transvaginalinis ultragarsas [6]. Pagal Roterdamo kriterijus, PKS diagnozei pagrįsti ultragarsinio tyrimo metu turi būti stebima 12 arba daugiau folikulų kiekvienoje kiaušidėje, kurių dydis yra nuo 2 iki 9 mm arba padidėjęs bendras kiaušidės tūris (>10 ml).

PKS sergančioms moterims pasireiškia dauginiai sutrikimai, kuriems reikia medicininių intervencijų: oligomenorėja, hiperandrogenizmas, anovuliacinis nevaisingumas, antsvoris arba nutukimas, rezistentiškumas insulinui, dislipidemija. Pirmo pasirinkimo gydymas yra svorio metimas, kuris gali atkurti menstruacijų ciklą ir sumažinti metabolinių susirgimų riziką [7].

Kombinuoti estrogeno ir progestino geriamieji kontraceptikai yra viena pagrindinių priemonių PKS gydymo metu [8]. Kontraceptikai padidina veninės trombembolijos riziką visoms juos vartojančioms moterims, ypač turinčioms antsvorio arba nutukusioms. Jei pacientei yra daugiau nei 40 metų ir jos kūno masės indeksas ≥ 30 kg/m^2, kaip alternatyvą galima skirti tik progestogeno turinčią kontracepciją.

Svorio mažinimas gali atkurti menstruacijų ciklišką ir sumažinti metabolinių komplikacijų riziką. Antsvorio mažinimo būdai yra tokie patys, kaip ir nesergant PKS: gyvenimo būdo pokyčiai, farmakoterapija ir tam tikrais atvejais − bariatrinė chirurgija.

Išvados

1. Policistinių kiaušidžių sindromas yra viena iš dažniausių endokrinopatijų, siejama su oligomenorėja, hiperandrogenizmu ir padidėjusia metabolinių komplikacijų rizika.

2. Remiantis Roterdamo kriterijais − hiperandrogenizmu, menstruacijų nereguliarumu ir policistinių kiaušidžių ultragarsinio tyrimo vaizdu − PKS diagnozė gali būti patvirtinta, jei nustatomi bent 2 iš 3 kriterijų.

3. Kombinuoti geriamieji estrogeno ir progestino kontraceptikai yra vienas pagrindinių PKS gydymo būdų. Svorio mažinimas gali atkurti reguliarų menstruacijų ciklą ir padėti išvengti metabolinių komplikacijų.

Literatūra

1. Bozdag G, Mumusoglu S, Zengin D, Karabulut E, Yildiz BO. The prevalence and phenotypic features of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Oxf Engl 2016;31(12):2841-55.

https://doi.org/10.1093/humrep/dew218

2. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2018;110(3):364-79.

https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004

3. Rosenfield RL, Ehrmann DA, Littlejohn EE. Adolescent polycystic ovary syndrome due to functional ovarian hyperandrogenism persists into adulthood. J Clin Endocrinol Metab 2015;100(4):1537-43.

https://doi.org/10.1210/jc.2014-4290

4. Randeva HS, Tan BK, Weickert MO, Lois K, Nestler JE, Sattar N, et al. Cardiometabolic aspects of the polycystic ovary syndrome. Endocr Rev 2012;33(5):812-41.

https://doi.org/10.1210/er.2012-1003

5. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod Oxf Engl 2004;19(1):41-7.

https://doi.org/10.1093/humrep/deh098

6. Poruondo JA, Tejada RF, Benito JA, Bilbao FJ. Laparoscopy, ovarian and endometrial biopsies in secondary amenorrhea. Endoscopy 1982;14(6):209-11.

https://doi.org/10.1055/s-2007-1021623

7. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2018;110(3):364-79.

https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.05.004

8. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2013;98(12):4565-92.

https://doi.org/10.1210/jc.2013-2350

POLYCYSTIC OVARY SYNDROME: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS AND TREATMENT

G. Los, B. A. Los

Keywords: Polycystic ovary syndrome, hyperandrogenism, oligomenorrhea.

Summary

Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrinopathies for women. This syndrome is clinically associated with oligomenorrhea and hyperandrogenism, also with increased risk for metabolic complications. The diagnosis can be confirmed using Rotterdam criteria (hyperandrogenism, irregular menstrual cycle and polycystic ovaries during ultrasound) if at least 2 of 3 criteria are present. One of the most important biochemical tests is total testosterone. The most important diagnostic technique is transvaginal ultrasound. First line of treatment is weight loss which may restore regular menstrual cycle and decrease the risk of metabolic complications.

Conclusions: 1. Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrinopathies for women which is associated with oligomenorrhea and hyperandrogenism, also with increased risk for metabolic complications. 2. The diagnosis can be confirmed using Rotterdam criteria (hyperandrogenism, irregular menstrual cycle and polycystic ovaries during ultrasound) if at least 2 of 3 criteria are present. 3. Combined estrogen-progestin oral contraceptives are one of the main treatments for the syndrome. Weight loss may restore regular menstrual cycle and reduce the risk of metabolic complications.

Correspondence to: gretusep@gmail.com

Gauta 2026-03-05