

Redactare: Daşa Suciu
Tehnoredactare & DTP copertă: Mihail Vlad
Corectură: Mihaela Cosma
Pregătire de tipar: Marius Badea

Ilustrația copertei: Giuseppe_R/shutterstock.com

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

PATEGUANA, NADIA BRITO

Sindromul ovarelor polichistice: planul de prevenire și vindecare

prin alimentație și post intermitent / dr. Nadia Brito Pateguana, dr. Jason

Fung; trad. din lb. engleză de Ianina Marinescu. - Pitești : Paralela 45, 2021

ISBN 978-973-47-3372-9

I. Fung, Jason

II. Marinescu, Ianina (trad.)

61

*The PCOS Plan. Prevent and Reverse Polycystic Ovary Syndrome
through Diet and Fasting*

Jason Fung, Nadia Brito Pateguana

Copyright © 2020 by Nadia Brito Pateguana and Jason Fung

First published by Greystone Books Ltd., 343 Railway Street, Suite 302,

Vancouver, B.C., V6A 1A4, Canada

Romanian edition published by arrangement with Livia Stoia Literary Agency

Copyright © Editura Paralela 45, 2021

Prezenta lucrare folosește denumiri ce constituie mărci înregistrate, iar conținutul este protejat de legislația privind dreptul de proprietate intelectuală.

www.edituraparelela45.ro

Dr. NADIA BRITO PATEGUANA
Dr. JASON FUNG

SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE

Planul de prevenire și vindecare
prin alimentație și post intermitent

Traducere din limba engleză de
Ianina Marinescu

WE
KNOW
BOOKS

Editura Paralela 45

CUPRINS

Introducere: Diversele fațete ale sindromului ovarelor polichistice	7
PARTEA ÎNTÂI. Ce este sindromul ovarelor polichistice?	15
1. Diabetul și femeile cu barbă	16
2. Spectrul bolii: ce este și ce nu este SOP	23
3. Cine se îmbolnăvește de SOP?	33
PARTEA A DOUA. SOP și rolul hormonilor	45
4. Ce știm despre obezitate	46
5. Insulina: veriga de legătură dintre SOP și obezitate	62
6. Insulina și hiperandrogenismul	68
7. Insulina, ovarele polichistice și anovulația	75
8. Să înțelegem cauzele rezistenței la insulină	83
PARTEA A TREIA. Cum nu se tratează SOP	97
9. Medicamente și operații chirurgicale	98
10. Diete hipocalorice și exerciții fizice	107
PARTEA A PATRA. Cum se tratează eficient SOP	119
11. Alimentația optimă pentru SOP	120
12. Recomandări practice și rețete pentru femeile care suferă de SOP	131
Rețete cu un conținut scăzut de carbohidrați	169
Note	215

INTRODUCERE

Diversele fațete ale sindromului ovarelor polichistice

Am reputația că ajut oamenii să aibă copii. De fapt, femeile care ajung la mine vin tocmai pentru că au auzit de la prieteni sau colegi: „Ai grijă, nu te duce la doamna doctor Nadia decât dacă vrei să rămâi gravidă.“ Pentru cuplurile care au probleme de fertilitate, o sarcină este un bine-venit miracol! Practic de mai bine de 15 ani medicina naturistă și le ajut în mod special pe femeile cu sindromul ovarelor polichistice (SOP) să scape de infertilitate prin modificări alimentare.

Sindromul ovarelor polichistice este cea mai întâlnită tulburare de reproducere din lume. În funcție de criteriile de diagnostic utilizate, se estimează că aceasta afectează pe plan mondial un procent cuprins între 8-20% dintre femeile aflate la vârsta reproducerii.¹ Dintre pacientele diagnosticate cu SOP, 40% suferă de infertilitate, iar 90-95% dintre femeile care vin la clinicile de fertilitate pentru că nu pot rămâne însărcinate din cauza lipsei ovulației suferă de sindromul ovarelor polichistice.

Dar preocuparea mea, devenită aproape o obsesie, pentru SOP, fertilitate și alimentație nu este doar de natură profesională, ci și profund personală. Am devenit medic naturist după ce, în tinerețe, m-am confruntat cu sindromul intestinului iritabil. Medicina convențională nu mi-a fost de folos, dar am găsit o oarecare alinare cu ajutorul medicinei naturiste.

În anul 2004, am absolvit Colegiul Canadian de Medicină Naturistă și m-am mutat înapoi în Mozambic, țara mea natală, cu gândul de a veni, în cooperare cu Ministerul Sănătății, în ajutorul comunităților sărace. Speram să învăț din medicina tradițională locală, pentru a-mi completa educația în domeniul medicinei naturiste. Totuși, politica din Mozambic e complicată, și nu e deloc simplu să obții un job în cadrul ministerului. Am bătut la multe uși, dar am fost refuzată în mod repetat (iar uneori fără prea multă politețe).

În cele din urmă, am solicitat o audiență la însuși Ministrul Sănătății și, după ce s-a uitat pe CV-ul meu și mi-a ascultat povestea, mi-a acordat o licență de a practica medicina naturistă într-o clinică privată. Mi-a recomandat să mă duc la Maputo, capitala Mozambicului și orașul în care m-am născut, unde mi-a zis că e probabil să mă descurc mai bine. M-am simțit înfrântă că nu mi-am putut urma planul inițial, dar, fără multe alternative și nedorind să-i întorc spatele țării mele natale, am făcut așa cum mi-a sugerat ministrul.

La început, m-am temut că nu am prea multe de oferit. Cu toate acestea, spre surprinderea mea, după șase luni, aveam programări până la refuz. În loc să-i tratez pe cei săraci și malnutriți, aveam clienți bogați și supraponderali care sufereau de multe dintre bolile care îi afectează și pe cei din emisfera occidentală – așa-numitele „boli ale civilizației”, printre care diabetul de tip 2, afecțiunile cardiovasculare, cancerul și sindromul metabolic. Sufereau de boli „occidentale” pentru că alimentația lor era modelată după alimentația americană standard, iar principala preocupare era să slăbească.

Pe vremea aceea, Mozambicul era considerat cea mai săracă țară din lume și avea unele dintre cele mai ridicate rate ale malnutriției. Dar pe când cei din zonele rurale făceau foamea, cei din zonele urbane erau ghiftuiți. Restaurantele fast-food, cum ar fi KFC și pizzeriile, invadaseră orașele, iar Coca-Cola era peste tot! Încă de la început, practica mea medicală s-a concentrat aproape exclusiv asupra nutriției, alimentației și procesului de slăbire.

Instruirea mea în domeniul naturist nu mă pregătise cu adevărat pentru această situație, căci studiasem doar foarte puțin nutriția, dar, fiind singurul medic naturist din Maputo, am făcut tot ce mi-a stat în putință. Pe baza pregătirii mele medicale și a unor reguli de bun simț, am creat planuri alimentare pentru clienții mei. Mozambicanii sunt niște oameni minunați și iertători și au fost dispuși să încerce orice le propuneam. Eram

foarte slabă și credeau că există o legătură între ceea ce mănânc și greutatea mea corporală.

Acum îmi dau seama că alimentația mea nu era deosebit de sănătoasă, iar constituția slabă era probabil o consecință a geneticii și a faptului că eram foarte mofturoasă la mâncare și mâncam sporadic. În copilărie, nu-mi plăceau carnea și legumele, așa că ronțaiam toată ziua câte ceva. Am supraviețuit cu bomboane, fructe, pâine, cola și cafele cu lapte pline de zahăr. Dacă mă așezam la masă cu familia mea, mâncam cereale rafinate cu un pic de sos, beam apoi o cola și după aceea mâncam niște fructe. Seara mă duceam la culcare cu punga de bomboane, iar dimineața îmi începeam ziua cu o cafea cu lapte și pâine prăjită. După doar două ore mă simțeam slăbită și mâncam un fruct sau și mai multe bomboane. Am crezut dintotdeauna că sufăr de hipoglicemie, adică nivel scăzut de glucoză în sânge, și-atunci obiceiul de a mânca ceva dulce o dată la câteva ore părea să aibă sens. Habar nu aveam că după 30 de ani urma să fac sindrom metabolic. Abia după aceea am învățat să mănânc ca lumea.

Printre primii mei pacienți din această comunitate restrânsă și unită din Mozambic a fost o femeie sud-africană pe nume Charise care voia să slăbească. Era de mult timp dependentă de băuturile carbogazoase și voia să se „detoxifice”, așa că i-am recomandat o alimentație despre care credeam că o poate ajuta. După câteva luni, Charise și soțul ei Johann au făcut o programare. De obicei o vedeam doar pe Charise și am fost un pic îngrijorată cu privire la motivele pentru care veneau amândoi. Când au ajuns, Johann mi-a dat vestea că Charise e însărcinată! S-a emoționat în timp ce-mi povestea că în primii șase ani de căsnicie nu au reușit să facă un copil. Trecuseră prin mai multe încercări costisitoare de fertilizare in vitro, dar fără succes și, în cele din urmă, acceptaseră faptul că nu vor aduce pe lume propriul lor copil biologic. În schimb, adoptaseră bucuria unui bebeluș care avea acum șapte ani. Dar, „în mod miraculos”, așteptau acum primul lor copil biologic. Johann era convins că „dieta mea de detoxificare” era motivul pentru care reușiseră. În cele trei luni anterioare, Charise adoptase o alimentație strictă fără zahăr, eliminând chiar și sursele „sănătoase”, precum fructele și sucurile naturale. Pusese accentul în alimentație pe proteine și grăsimi sănătoase, ca ulei de cocos, avocado, ouă, unt și ulei de măsline. Copleșiți de bucurie, veniseră la mine ca să-mi mulțumească.

Mai târziu, Charise a suferit un avort spontan și a pierdut copilul. Dar, „în mod miraculos“, a rămas pentru a doua oară însărcinată și a născut un băiețel sănătos. Johann a vrut să înțeleagă legătura neașteptată dintre dieta inovatoare și fertilitatea lor regăsită, dar nu aveam o explicație în acest sens. La începutul carierei mele nici eu nu am știut cum de-a rămas Charise dintr-odată însărcinată. Pur și simplu nu am înțeles legătura profundă dintre alimentație și fertilitate. Dintr-o perspectivă practică, chiar nici nu conta: le-am explicat pur și simplu pacienților că, uneori, câteva kilograme mai puțin și „detoxificarea“ îi pot ajuta să aducă pe lume un copilăș.



Nadia, Mozambic, 2005 (28 de ani)

La 30 de ani eram un „dietetician“ de succes din Mozambic. Toată lumea din oraș o știa pe „doamna doctor Nadia“, căci ajutasem multă lume să slăbească și să-și țină sub control diabetul cu ajutorul „alimentației de bază“ pe care o recomandam și al unei „detoxificări“ ocazionale. Dar eu, personal, nu am urmat niciuna dintre aceste diete. Am continuat să-mi mănânc bomboanele și să-mi beau sticlele de cola. La sfârșitul anului 2008, când eu și soțul meu am vrut să facem un copil, felul în care mâncam și-a spus cuvântul și am început să mă îngraș. Problema mea cu acneea, pe care o aveam de-o viață, s-a agravat. Medicul m-a asigurat că eram slabă, sănătoasă și în formă pentru a avea un copil, dar, lună de lună, aveam în continuare ciclu menstrual. După care plângeam zile la rând și mă simțeam

groaznic. La sfârșitul anului 2009, m-am gândit că probabil sunt infertilă. Am fost devastată.

La începutul anului 2010, m-am îngrășat cu 13,6 kilograme, dar indexul meu de masă corporală (IMC), care este un instrument standard de măsurare a greutateii, continua să fie în limite normale. Acneea arăta oribil și începuse să-mi cadă părul. Analizele de sânge au confirmat că nivelul hormonilor androgeni (masculini) era ridicat, iar la ecografie s-au văzut numeroase chisturi ovariene. Ovulația se oprișe și, prin urmare, nu aveam cum să rămân însărcinată. Bănuiam că am SOP, iar medicul mi-a confirmat. Pentru că eram slabă, a trecut totuși cu vederea toate celelalte simptome și mi-a prescris numai citrat de clomifen, un tip de medicament pentru fertilitate. Nu mă puteam gândi decât la faptul că îmi doream foarte mult un copil. Eram supărată și pentru că nu credeam că medicul se străduia să mă ajute. Soțul meu m-a consolât, spunându-mi că vom trece prin toate astea împreună, iar convingerea lui mi-a dat forța de a lua lucrurile în propriile mâini.

Din experiența mea profesională știam că fertilitatea se îmbunătățește când femeile slăbesc, căci văzusem atât de multe dintre clientele mele rămânând gravide. Am crezut că greutatea nu era o problemă în cazul infertilității mele, dar, chiar și așa, am început să urmez cea mai strictă dintre dietele mele. Dacă asta trebuia să fac ca să rămân însărcinată, o voi face! Această alimentație extrem de săracă în carbohidrați, numită uneori dietă ketogenică, însemna: gata cu bomboanele, gata cu cola, gata cu pâinea.

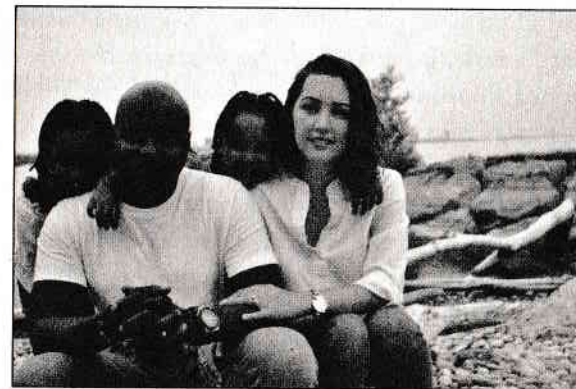
În prima lună am slăbit 2,5 kilograme. Apoi am scăpat de acnee, iar ciclul menstrual și ovulația au revenit la normal. În seara de dinaintea efectuării următorului test de sarcină, am aprins o lumânare. Eram calmă și încrezătoare. M-am rugat să am un copil. A doua zi dimineată, am făcut testul. După 30 de secunde de chin în așteptarea rezultatului, testul a fost... pozitiv. Eram atât de recunoscătoare și de ușurată. L-am sunat imediat pe soțul meu la muncă. Era în al nouălea cer! Deși nu-mi mărturisise acest lucru înainte, a recunoscut că își făcuse foarte multe griji cu privire la starea mea fizică și emoțională. Infertilitatea are un puternic efect negativ asupra vieții profesionale, familiale și sociale a multor oameni. Plus că îi poate storce de resurse financiare pe aceia care aleg să recurgă la fertilizarea in vitro sau alte tratamente de fertilitate. Mă gândisem la fertilizarea in vitro, dar era prea costisitoare.

Deși rămăsesem însărcinată, tot nu înțelegeam prea bine rolul esențial al nutriției. Am lăsat imediat în plata Domnului dieta săracă în carbohidrați și am revenit la consumul de bomboane și alimentația obișnuită cu gustări dulci și făinoase, cât e ziua de lungă. Am avut complicații grave în timpul sarcinii, printre care hipertensiune arterială și probleme hepatice, motiv pentru care a fost necesar până la urmă să nasc prin cezariană la 38 de săptămâni. Și așa a venit pe lume Zinzi, prima mea fetiță.

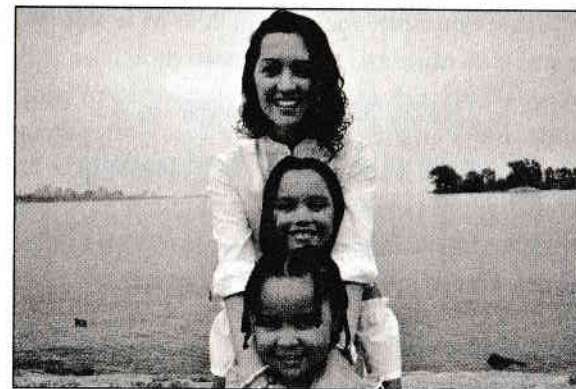
Din păcate, am continuat să sufăr de hipertensiune arterială, plus depresie postnatală. Unul dintre medicamentele prescrise de medic, amitriptilină, m-a făcut să mă îngraș nouă kilograme pe lângă cele dobândite în timpul sarcinii și de care nu scăpasem. Doi ani mai târziu, un chist ovarian mare a plesnit, necesitând o intervenție chirurgicală de urgență pentru a fi îndepărtat. Luam în continuare medicamente pentru hipertensiune și aveam probleme cu somnul. În pofida problemelor mele de sănătate, doream să mai am un copil.

Când eu și soțul meu am încercat să facem încă un copil, am început de la zero chinuitorul parcurs. Medicul mi-a prescris încă o dată clomifen, dar de astă dată indicele meu de masă corporală mă încadra ca supraponderală, iar starea mea de sănătate era mult mai proastă decât atunci când rămăsesem însărcinată prima dată. Continuum să mănânc bomboane, să beau cola și să iau medicamente de fertilitate. După șase luni de chin, tot nu am rămas însărcinată. Îmi amintesc cum plângeam tot timpul și mă simțeam copleșită de sentimentul apăsător că nu voi mai reuși niciodată să am alt copil.

Am renunțat la medicamentele pentru fertilitate și m-am dus la prietena mea dr. Carolina, care este medic ginecolog și care mi-a spus direct: „Sigur că nu rămâi însărcinată, chiar dacă iei clomifen. Ai rezistență la insulină!” Până în acel moment, nu-mi trecuse prin minte că am rezistență la insulină din cauza sindromului ovarelor polichistice. Mult mai târziu mi-am dat seama că dieta săracă în carbohidrați, pe care o urmasem la începutul primei mele sarcini, face să scadă nivelul de insulină, îmbunătățind astfel sensibilitatea la insulină și tratând sursa problemelor mele. Dar în acel moment nu știam decât că dr. Carolina avea dreptate și că mi-a dat motive de speranță. Am început să iau metformină, un medicament care face să crească sensibilitatea la insulină – și am rămas însărcinată chiar luna următoare.



Familia Pateguana, iulie 2018, Toronto, Canada



Fetele familiei Pateguana, iulie 2018, Toronto, Canada

Am suferit complicații majore pe parcursul acelei sarcini, probabil pentru că nu am urmat dieta mea săracă în carbohidrați. Îndată ce am născut-o pe Zuri, a doua fetiță, am reînceput să urmez o dietă săracă în carbohidrați. La două luni de la naștere am scăpat de toate kilogramele în plus, am renunțat la toate medicamentele și am văzut cum pielea mi se curăță de acnee și cum dispar toate celelalte simptome ale SOP. Sindromul intestinului iritabil, poftele alimentare și dispozițiile afective schimbătoare au dispărut și ele. Adoptarea unei alimentații stricte, cu conținut redus de carbohidrați – și practicarea postului intermitent – au însemnat foarte mult pentru mine. În prezent, după șase ani de atunci, încă urmez o dietă

săracă în carbohidrați și țin post intermitent. N-am mai luat medicamente pentru hiperglicemie, hipertensiune sau depresie. Nu mai am simptome de SOP și nici sindromul intestinului iritabil. Acest stil de viață este foarte potrivit pentru mine și sper că va fi și pentru tine.

În anul 2013, împreună cu familia mea, m-am reîntors în Canada și, trei ani mai târziu, l-am cunoscut pe dr. Jason Fung, la o conferință medicală. Îi urmăream deja de câțiva ani activitatea pe rețelele sociale și știam că el și Megan Ramos puseseră bazele programului de Tratament Dietetic Intensiv (TDI) la Toronto, nu departe de unde locuiam pe-atunci. La scurt timp după aceea m-au invitat în echipa lor pentru a contribui cu experiența mea profesională, și sunt mândră că fac parte și astăzi din programul TDI/Post Intermitent. Sunt foarte norocoasă că dr. Fung a contribuit cu experiența sa medicală și științifică la această carte.

În prezent, marea mea pasiune nu este doar să le ajut pe femei să rămână însărcinate, ci să contribui și la procesul de slăbire și de preluare a controlului asupra stării lor de sănătate, prin intermediul unor metode alimentare naturale. De-a lungul drumului pe care l-am parcurs eu însămi sau alături de fiecare dintre clientele mele, am învățat multe lucruri despre alimentație și fertilitate și aș vrea să-ți împărtășesc și ție aceste informații, ca să nu treci prin același chin și prin aceeași suferință a infertilității prin care am trecut noi. Citește mai departe. Mult noroc!

PARTEA ÎNTÂI

**Ce este sindromul
ovarelor polichistice?**

WE
KNOW
BOOKS

Diabetul și femeile cu barbă

Sindromul ovarelor polichistice (SOP) a ajuns să fie considerat o boală abia în secolul trecut, dar este de fapt o tulburare din vremuri străvechi. Descrisă inițial ca o curiozitate ginecologică, este în prezent cea mai comună tulburare endocrină a femeilor tinere și se știe că implică mai multe sisteme organice.

PRIMELE DEFINIȚII

În Grecia Antică, Hipocrate (460-377 î.Hr.), părintele medicinei moderne, a dat o descriere: „Femei care au o menstruație mai scurtă de trei zile sau insuficientă, sunt robuste, cu un ten sănătos și un aspect masculin; totuși, nu le interesează să aibă copii și nici nu rămân gravide.”¹ Această descriere a SOP nu a existat numai în Grecia Antică; se regăsește în textele medicale străvechi din întreaga lume.

Soranus din Efes (circa 98-138 d.Hr.), ginecolog din Grecia Antică, a observat că „majoritatea acelor [femei] fără menstruație sunt mai degrabă robuste, ca niște femei băiețoase și sterile.” Ambroise Paré (1510-1590), bărbier, chirurg și obstetrician renaștist francez, nota că multe femei infertile cu menstruații neregulate sunt „voinice sau masculine; de aceea, vocea lor este răsunătoare și puternică precum a unui bărbat și le crește

barbă.” Este o descriere foarte exactă, venită de la un doctor care putea să-ți taie părul, să-ți taie piciorul sau să te asiste la naștere. Omul de știință italian Antonio Vallisneri (1661-1730) a reunit aceste trăsături masculine și forma anormală a ovarelor într-o boală de sine stătătoare, descriind mai multe țărânci tinere, căsătorite și infertile ale căror ovare aveau o suprafață lucioasă și dimensiunea unor ouă de porumbel.²

În anul 1921, medicii francezi Émile Charles Achard și Joseph Thiers au descris un sindrom care includea trăsături masculine (acnee, chelie sau retragerea liniei părului, păr facial excesiv) și diabetul de tip 2 (care se numea înainte diabet cu debut la maturitate). Alte cazuri din 1928, descrise în articolul clasic „Diabetes of Bearded Woman”³, au cimentat legătura dintre ceea ce se cheamă acum SOP și diabetul de tip 2.³ Observațiile atente făcute de acești clinicieni perspicace le dezvăluiseră un sindrom care includea, alături de diabetul de tip 2, menstruații neregulate, infertilitate, trăsături masculine și obezitate. Singura caracteristică esențială pe care au omis-o din definiția modernă a SOP sunt chisturile multiple la nivelul ovarului, iar asta doar pentru că le lipsea posibilitatea de a efectua teste imagistice simple, non-invasive.

DEPISTAREA ȘI DESCRIEREA SOP ÎN EPOCA MODERNĂ

Medicii Irving Stein și Michael Leventhal au inaugurat în 1935 epoca modernă a SOP, odată cu descrierea unui număr de șapte femei având toate caracteristicile diagnosticului actual: masculinizare, menstruații neregulate și ovare polichistice.⁴ Făcând legătura între lipsa menstruației și prezența unor ovare mărite, au făcut o descoperire prin reunirea acestora într-un singur sindrom: SOP. Depistarea unor ovare chistice mărite era dificilă în anii 1930, iar Stein și Leventhal reușeau asta fie prin observație chirurgicală directă (laparotomie), fie prin folosirea unei tehnici radiologice în prezent ieșită din uz și numită pneumo-roentgenografie, ce presupunea o incizie în abdomen pentru introducerea aerului și apoi realizarea unei radiografii. Pe film se putea vedea umbra unui ovar mărit. Totuși, într-o epocă fără antibiotice eficiente, această procedură era riscantă.

* „Diabetul și femeile cu barbă” (engl. în original). (N. trad.)

Dr. Stein a emis ipoteza că unele dezechilibre hormonale deocamdată nedeterminate făceau ca ovarele să se umple de chisturi și a sugerat că îndepărtarea chirurgicală a unei bucăți din ovar putea ajuta la atenuarea sindromului. Și, într-adevăr, această operație chirurgicală primitivă a avut efect. Tuturor celor șapte femei le-a revenit menstruația, iar două dintre ele chiar au rămas însărcinate. Odată definite caracteristicile sale principale, interesul pentru SOP a crescut spectaculos, după cum o reflectă și numărul mare de articole despre SOP din literatura medicală.

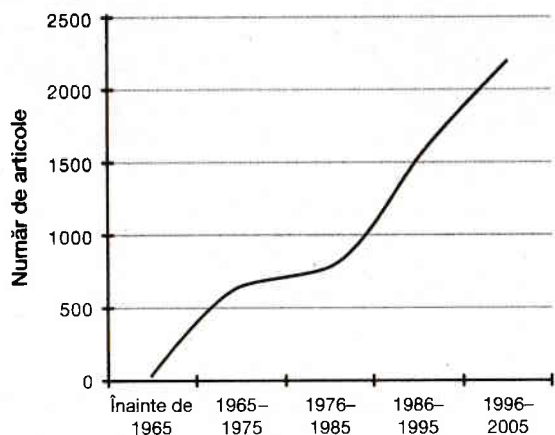


Figura 1.1. Numărul de articole despre SOP din literatura medicală (MEDLINE)⁵

Ca urmare, doctorii Stein și Leventhal au realizat rezecții chirurgicale pe alte 75 de femei, redând ciclul menstrual unui număr echivalent cu 90% dintre cazuri și fertilitatea – unui număr echivalent cu 65%.⁶ Definirea sindromului și stabilirea unui tratament rezonabil au fost o realizare atât de mare, încât această boală a devenit cunoscută drept Sindromul Stein-Leventhal. Totuși, odată cu apariția soluțiilor medicale moderne, în special a medicamentului citrat de clomifen, în prezent se mai practică doar rareori îndepărtarea unei părți din ovar.

În anii 1960 și 1970, îmbunătățirea analizelor de laborator a permis o depistare mai ușoară a anomaliilor hormonale tipice asociate cu SOP. Cercetătorii au descoperit că un exces de hormoni sexuali masculini, numiți *androgeni*, dintre care testosteronul este cel mai cunoscut, cauzează aspectul masculin la femei. Trăsăturile asociate cu un nivel excesiv de hormoni

androgeni, ca acneea, tiparul masculin de cădere a părului și creșterea părului facial, sunt adesea evidente la femei, dar măsurarea nivelului acestor hormoni nu este atât de utilă pentru diagnosticarea SOP pe cât s-ar putea crede. Nivelurile de hormoni androgeni la femeile cu SOP sunt numai foarte puțin crescute și variază pe parcursul zilei și al ciclului menstrual, de aceea este dificil de pus diagnosticul de SOP doar în funcție de analiza biochimică.

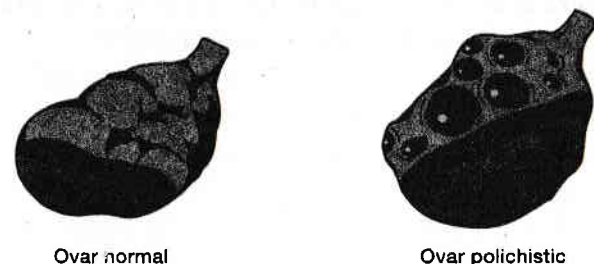


Figura 1.2. Un ovar normal în comparație cu ovarul polichistic.

Preluat din *Polycystic Ovary Syndrome*, ediția a II-a, Gabor T. Kovacs și Robert Normal, © Cambridge University Press, 2007. Reprodusă cu permisiunea deținătorului drepturilor de autor, prin intermediul PLSclear.

În anii 1980, disponibilitatea tot mai mare a ecografiilor în timp real a revoluționat diagnosticul de SOP, căci asta a însemnat că laparotomia nu mai era necesară pentru a confirma ovarele mărite. În anul 1981, a fost standardizată definiția ecografică a ovarelor polichistice, iar asta le-a permis cercetătorilor să compare cu ușurință diversele cazuri.⁷ Ajustări ulterioare au inclus introducerea ecografiei transvaginale (o ecografie care se face cu sonda introdusă în vagin), care depistează cu mai mare precizie chisturile ovariene, deoarece sonda este mai aproape de ovare. Această tehnologie a clarificat în scurt timp faptul că multe femei, de altfel normale, aveau, la rândul lor, chisturi multiple la nivelul ovarelor. De fapt, aproape un sfert dintre femeile aflate la vârsta reproducerii au ovare polichistice fără vreun alt simptom. Prin urmare, este important să se facă distincția între prezența ovarelor polichistice și sindromul ovarelor polichistice.

Anii 1980 au fost și martorii unei revoluții a modului nostru de a înțelege cauzele de la baza SOP. Cauza principală a bolii a fost atribuită inițial unei expuneri excesive a embrionilor de sex feminin la hormoni androgeni, dar această ipoteză a fost în cele din urmă respinsă. În schimb, tot mai multe studii au făcut legătura între SOP și hiperinsulinemie, adică „prea multă