

8. Сравнительная характеристика карิโอ типов *bufo danatensis* и *rana ridibunda* Тянь-Шаня [Текст] /Н.Т.Алдажанова, Н.Т.Карипова, С.А.Темирова и др. //Вестн. КГНУ. Сер.5, Биол. науки.- 2001.- Т.4.- С.144-147.

**Рецензент:** б.и.к., доцент Мырзабекова У.Ж

## **МЕДИЦИНА**

УДК: 618.111-007.1

### **ТӨӨРӨТ ЖАШЫНДАГЫ АЯЛДАРДЫН ПОЛИКИСТОЗДУУ ЖУМУРТКАЛЫК СИНДРОМУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ДИАГНОСТИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

*Джанузаков Н.Т., врач акушер - гинеколог, эндоскопист И. Ахунбаев атындагы КММАСынын билим берүү жана медициналык изилдөө борбору, Кыргызстан,*

*Атыканов А.О., мед.и.д., профессор Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-орус славян университетинин «Акушерлик жана гинекология» кафедрасы, Кыргызстан, [A.Atykanov@gmail.com](mailto:A.Atykanov@gmail.com).*

*Бул иште поликистоздуу жумурткалык синдрому бар төөрөт жашындагы 280 аялдарды изилдөөнүн негизинде, оорунун клиникалык агышы жана диагностикалык өзгөчөлүктөрү көрсөтүлдү.*

***Түйүн сөздөр:** поликистоздуу жумурткалык синдрому, поликистоздуу жумуртка, жумурткалык, бөйрөк үстүндөгү бездер, гиперандрогенизм, гипофиздик-жумурткалык-бөйрөк үстүндөгү бездер системасы, гормондор, ультра добуш изилдөө.*

### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Джанузаков Н.Т., врач акушер – гинеколог, эндоскопист Учебно-лечебно-научного медицинского центра КГМА им И. Ахунбаева, Кыргызстан*

*Атыканов А.О., д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Кыргызско-Российского Славянского университета им. Б.Н. Ельцина, Кыргызстан, [A.Atykanov@gmail.com](mailto:A.Atykanov@gmail.com).*

*В работе на основании обследования 280 женщин репродуктивного возраста с синдромом поликистозных яичников, представлены данные клинического течения и особенности диагностики заболевания.*

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, поликистоз яичников, яичники, надпочечники, гиперандрогения, гипофизарно-яичниковая-надпочечниковая система, гормоны, ультра-звуковое исследование.

## CLINICAL AND DIAGNOSTICAL CHARACTERISTICS OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

*Dzhanuzakov N.T., obstetrician - gynecologist, endoscopist Educational and medical research center KSMA n.a. I. Akhunbaeva, Kyrgyzstan*

*Atykanov A.O., Department of Obstetrics and Gynecology of the Kyrgyz-Russian Slavic University. n. a. B.N Yeltsin, Kyrgyzstan, A.Atykanov@gmail.com.*

*This work presents the clinical course of disease and diagnostic features, based on a survey of 280 women of reproductive age with polycystic ovary syndrome.*

**Key words:** polycystic ovary syndrome, polycystic ovary, the ovaries, adrenal glands, hyperandrogenism, pituitary-ovary-adrenal system, hormones, ultra-sound research.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из самых распространенных патологий репродуктивной системы женщин, частота которой колеблется до 11% и у 94% женщин сопровождается бесплодием. Ни одно из заболеваний в гинекологической эндокринологии не вызывает столько споров и разногласий не только по патогенезу, но и по диагностике данного заболевания. В связи с чем СПКЯ представляет серьезную угрозу здоровью женщины. [1, 3, 4, 8]

На сегодняшний день сложилось представление о СПКЯ, как о полигландулярной, полиэтиологической, полисимптомной патологии, патогенез которой может быть обусловлен нарушениями, как в центральной, так и в периферической звеньях репродуктивной системы. [2, 5, 6, 7, 9]

Неоднозначность и противоречивость данных клинического течения и диагностики СПКЯ у женщин на основании клинического течения, ультразвукового и эндокринного исследования.

### **Материал и методы исследования.**

Объектом исследования явились 280 женщин с диагностированным СПКЯ, обследованных за период 2014- 2016 гг. на базе Медицинского Центра Кыргызской Государственной Медицинской Академии и Кыргызского Научного Центра репродукции человека. Для сопоставления результатов специальных методов исследования (ультразвуковых, гормональных) обследовано 20 здоровых женщин репродуктивного возраста (контрольная группа).

Для того чтобы избежать влияния на результаты работы факторов, не подлежащих изучению, были установлены критерии отбора первичных сведений об

объекте наблюдения. В контрольную группу вошли женщины репродуктивного возраста с установленным и регулярным менструальным циклом и не имевших на период обследования нарушения функции репродуктивной системы и воспалительных заболеваний органов малого таза.

Критериями включения в клиническую группу являлись женщины репродуктивного возраста с СПКЯ, диагностированные в соответствии с международными критериями заболевания: а) расстройство овуляции; б) гиперандрогения; в) ультразвуковые признаки СПКЯ; г) гистологического исследования биоптатов яичника после проведения лапараскопии. Критериями исключения из группы исследования были заболевания, протекающие с клинической симптоматикой, напоминающие СПКЯ: вирилизующие опухоли надпочечников и яичников, гиперпролактинемия, гипертрихоз, неклассическая форма врожденной гиперплазии коры надпочечников.

#### **Методы исследования включали:**

- Клинические данные;
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (АЛОКА- 500 с 3Д визуализацией);
- Определение содержания в плазме крови гормонов: пролактина, тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), прогестерона, эстрадиола, дегидроэпиандростерона-сульфат (ДГЭА-С), тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антител к тиреоглобулину (АТ к ТГ), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ к ТПО) методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «АЛКОР- БИО» (Россия).

Материал обработан методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа. ( Statistica for Windjws v. 6.0).

#### **Результаты и обсуждение.**

Средний возраст женщин контрольной группы составил  $27,4 \pm 3,6$  лет, клинической-  $32,3 \pm 3,4$  лет. Из анамнестических данных установлено, что у 64 женщин (22,8%) менархе установились не сразу. Со стороны генеративной функции у большинства женщин с СПКЯ (81%) отсутствовала беременность, а у 19% была единичной. В свою очередь число родов составило только у 10,3% женщин (25 женщин), а 24 женщины беременность прерывалась и в основном была связана с неразвивающейся беременностью. Иными словами, большинство женщин с СПКЯ страдали первичным бесплодием (227 женщин). Из числа женщин, у которых наступила беременность (53 женщины), у 24 женщин (45,2%) в последующем развилось вторичное бесплодие.

Выяснено, что у женщин с СПКЯ в 62,9% случаев имеются те или иные экстрагенитальные заболевания, и преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря, поджелудочной железы (16,7%), бронхолегочной системы и ЛОР-органов (18,6%). А это может явиться неблагоприятным фоном развития основного заболевания, в силу снижения иммунологической реактивности и психо-

эмоционального состояния. Среди сопутствующих заболеваний репродуктивной системы у женщин с СПКЯ преобладали аднекситы (10,3%), сальпингоофориты (19,2%), гиперпластические процессы эндометрия (11,07%).

Основными жалобами при поступлении были бесплодие первичного характера - 81% (227 женщин), нарушение менструального цикла - 78% (218 женщин). Меньший процент составили жалобы на ожирение (31%); повышенное оволосение (29%); боли внизу живота, пояснице, молочных железах (14%), плохое самочувствие (11%). Избыточная масса тела в большинстве случаев (78%) была умеренно выражена, это касается и явлений гипертрихоза. Признаки выраженного гирсутизма в большинстве случаев существенно снижали качество жизни и психоэмоционального состояния.

Характер нарушения менструального цикла преимущественно состоял в присутствии олигоменореи - 63,2% (177 женщин) и аменореи - 14,5% (40 женщин). В большинстве случаев нарушения менструального цикла начиналось с периода менархе. После менархе регулярный цикл не устанавливался, и развивалась олигоменорея.

Важным методом диагностики СПКЯ является использование трансвагинальной эхографии с применением датчиков с высокой разрешающей способностью. При этом главными диагностическими признаками наличия ПКЯ являются: определение размеров и объема яичников, наличия мелкокистозных образований, наличие доминантного фолликула, определение толщины капсулы яичников. Как видно из данных таблицы 1, у женщин с СПКЯ практически в 3 раза больше объем яичников нежели у здоровых ( $P < 0,01$ ).

**Таблица 1. - Характеристика эхографического исследования яичников у женщин с СПКЯ.**

Анализируемые параметры	Единицы измерений	Анализируемые группы		Достоверность $P$
		1. Контрольная n=20 M±m	2. Клиническая n=194 M±m	
Объем яичников: -левого -правого	См <sup>3</sup>	4.8±0.9 4.3±0.7	11.3±1.01 12.2±1.95	<0.01 <0.01

Наличие мелкокистозных образований до 10 и более яичников: -левого -правого	%	- -	74 69	
Наличие развивающегося фолликула	%	85	93	
Толщина капсулы яичников: -левого -правого	мм	0,1±0,004 0,09±0,001	0,54±0,005 0,65±0,006	<0.001 <0.001
Площадь поперечного сечения яичников -левого -правого	мм <sup>2</sup>	164,5±15,6 172,0±17,2	392±20,4 432±32,8	<0.001 <0.001

При этом наличие мелкокистозных образований в яичниках до 10 и более определяется у 63-74% женщин. Если наличие развивающегося доминантного фолликула у женщин с СПКЯ определяется только в 9,3% случаев, то в контрольной 85%. Толщина капсулы яичников у женщин с СПКЯ так же существенно увеличена ( $P<0.001$ ). Параметры размеров площади поперечного сечения яичников у женщин с СПКЯ в 3 раза превосходят размеры женщин контрольной группы ( $P<0.001$ ). Кистозные образования в большинстве случаев расположены по периферии яичников по типу так называемого «жемчужного ожерелья» и это является характерным признаком поликистоза яичников.

Нарушение менструального цикла женщин клинической группы, обусловлено изменениями в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-надпочечники, тем самым, определение гормонального статуса так же является важным этапом исследования. У женщин с СПКЯ со стороны анализируемых гормональных показателей, по сравнению с контрольными значениями (таблица 2) наблюдается достоверное повышение в крови уровня пролактина, тестостерона ( $P<0,05$ ), ДГЭА-С ( $P<0,01$ ), ЛГ ( $P<0,01$ ), величины коэффициента ЛГ/ФСГ ( $P<0,01$ ), эстрадиола ( $P<0,01$ ) и снижение концентрации прогестерона ( $P<0,01$ ) со стороны показателей тиреоидного гомеостаза достоверно значимых изменений не наблюдается ( $P>0.05$ ), что свидетельствует о том, что щитовидная железа практически не влияет на формирование ПКЯ у женщин.

Следовательно, при СПКЯ у женщин происходит повышенная секреция ЛГ, которая обусловлена нарушением цирхорального ритма секреции люлиберина, при этом соотношение ЛГ к ФСГ становится 2,12:1,0. Достаточно высокий уровень ЛГ приводит к стимуляции стромы яичников, и это приводит к яичниковой и надпочечниковой андрогенизации и эстрогенизации, проявляющейся повышенным содержанием тестостерона, ДГЭА-С, эстрадиола и прогестерондефицитным состоянием.

Все это способствует нарушению менструального цикла преимущественно по типу ановуляторных кровотечений и развитию гиперпластических процессов. Повышенное содержание пролактина преимущественно является следствием порочного круга нарушения в гипоталамо-гипофизарной системе.

Присутствие надпочечникового генеза СПКЯ подтверждает повышение уровня тестостерона и ДГЭА-С.

**Таблица 2. - Показатели гормонов в плазме крови у женщин с СПКЯ**

Анализируемые показатели	Единицы измерения	Анализируемые группы		Достоверность <i>P</i>
		1. Контрольная М±м (n)	2. Клиническая М±м (n)	
Пролактин	мМЕ/л	356,1 ± 31,7 (11)	498,2 ± 51,8 (112)	<0.05
Тестостерон	нмоль/л	1,31 ± 0,34 (12)	3,2 ± 0,45 (108)	<0.05
ДГЭА-С	мкмоль/л	4,3 ± 0,64 (14)	8,2 ± 0,88 (108)	<0.01
ЛГ	мМЕ/л	4,8 ± 0,87 (13)	10,4 ± 0,91 (117)	<0.01
ФСГ	мМЕ/л	5,4 ± 0,86 (13)	4,9 ± 0,74 (117)	>0.05
ЛГ/ФСГ		0,64 ± 0,07 (13)	2,12 ± 0,25 (117)	<0.01
Прогестерон	нмоль/л	29,8 ± 3,46 (12)	14,8 ± 1,9 (99)	<0.01
Эстрадиол	мкмоль/л	252,1 ± 41,5 (11)	495,5 ± 61,8 (99)	<0.01
ТТГ	мМЕ/л	1,31 ± 0,31 (10)	1,5 ± 0,29 (84)	>0.05
Т <sub>3</sub>	нмоль/л	1,58 ± 0,61 (10)	1,31 ± 0,39 (84)	>0.05

T <sub>4</sub>	нмоль/л	102,2 ± 8,3 (10)	127,2 ± 7,9 (84)	>0.05
АТ к ТГ	МЕ/л	35,5 ± 4,31 (10)	41,4 ± 6,1 (84)	>0.05
АТ к ТПО	МЕ/л	15,4 ± 1,84 (10)	12,6 ± 1,8 (84)	>0.05

Такие клинические проявления СПКЯ, как увеличение объема яичников, гирсутизм, нарушение менструальной и репродуктивной функции, находятся в прямой корреляционной зависимости от количества синтезируемых андрогенов и их источника. Наибольшее повреждающее действие оказывает яичниковая гиперандрогения, для которой характерно увеличение объема яичников, олигоменорея, бесплодие.

**ВЫВОДЫ:**

- Клинико-диагностическими особенностями СПКЯ у женщин репродуктивного возраста являются: развитие первичного бесплодия (81%), нарушение менструального цикла (78%), преимущественно по типу олигоменореи (63,2%) и вторичной аменореи (14,5%).
- Гормональный статус СПКЯ характеризуется развитием гиперандрогении, гиперплазии эндометрия.
- Клинико-лабораторными признаками СПКЯ в порядке значимости являются: олигоменорея, гиперандрогения, величина отношения ЛГ/ФСГ, увеличение объема яичников, симптом «ожерелья», вторичная аменорея, избыточная масса тела и ожирение.

**Список использованной литературы:**

1. Геворкян М.Я. Синдром поликистозных яичников. Патогенез, клиника, диагностика и лечение/М.А. Геворкян, И.Б. Манухин, Л.Б. Студеная и др.//Пособие для врачей. М.:МГ СМС. -2006. -42С.
2. Зеленина Н.В. синдром поликистозных яичников: клинические проявления и диагностика /Н.В. Зеленина, С.В. Бескровный. Ж.М. Карпищенко и др.// Росс. вестник акушера и гинеколога. -2005. –Т.5. -№6.
3. Манухин И.Б. Синдром поликистозных яичников/И.Б. Манухин, Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуриян// Росс. вестник акушера гинеколога. -2010. -№2.-С.52-55
4. Овсянникова Т.В. Синдром поликистозных яичников как причина нарушения репродуктивной функции/Т.В. Овсянникова//Российский медицинский журнал. -2000. - №8.-С.8-12.
5. Azziz R. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome; a reappraisal/ R. Azziz// Fertil. Steril. -2005. –Vol.83. -№5. –P. 1343 -1346.
6. Ballen A. The pathophysiology of PCOS: trying to understand PCOS and its endocrinology/A.Ballen//Best Pract.Res.lin Obstet. Gynecol. -2004. –Vol. 18. -№5. –P.685 -706.



7. Deligeoroglou E. The role of genes in the polycystic ovary syndrome: Predisposition and mechanisms/E. Deligeoroslou, C. Kouskouti, P. Christopoulos// Gynec. Endocrinol. - 2009. –Vol.13. –P. 1 -7.
8. Ehrmann D.A. Polycystic ovary syndrome/D.A. Ehrmann//New Engle. J. Med.-2005. –Vol.352. -№12. –P. 1223 -1236
9. Farell R. Insulin resistance, obesity, inflammation and depression in polycystic ovary syndrome: biobehavioral mechanisms and interventions/R. Farell, M.N. Antoni//Fertil. Steril. -2010. –Vol.94. –P.1565 -1574

**Рецензент:** д.м.н., профессор Касымбеков Т.Т.

УДК616.361-08:615.862

### **БАЛДАРДЫН БИЛИАРДЫК ТРАКТЫНЫН (ЗИЛ ЧЫГАРУУЧУ ЖОЛДОРУНУН) ФУНКЦИЯСЫНЫН БУЗУЛУШУНУН ДАРЫЛАНУУСУН БААЛОО**

*Малеванная В.А. Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун балдар гастроэнтерологу, Кыргызстан, [valery\\_i@list.ru](mailto:valery_i@list.ru)*

*Макалада балдардын билиардык трактынын (зил чыгаруучу жолдорунун) функциясынын бузулушун клиникалык изилдөөнүн, ички органдарды ультра добуш аркылуу изилдөөнүн жана цитоксин системасынын активдүүлүгүнүн жыйынтыгы боюнча комплекстүү дарылоонун бааланышы тууралуу маалыматтар берилет.*

***Түйүн сөздөр:** билиардык функциянын бузулушу, балдар, тамак сиңирүүнүн бузулушу, антраль, интерлейкиндер, цитоксиндер*

### **ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

*Малеванная В.А. детский гастроэнтеролог Национального центра охраны материнства и детства, Кыргызстан, [valery\\_i@list.ru](mailto:valery_i@list.ru)*

*В работе представлены данные об оценке комплексного лечения детей с билиарной дисфункцией по результатам клинического, ультразвукового исследования органов брюшной полости и активности цитокиновой системы.*

***Ключевые слова:** билиарная дисфункция, дети, нарушение пищеварения, Антраль, интерлейкины, цитокины*