

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В РЕГИОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

Азербайджанский Государственный Институт
Усовершенствования Врачей им. А. Алиева (г. Баку, Азербайджан)

nauchnayastatya@yandex.ru

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Роль антимюллерова гормона при синдроме поликистозных яичников у женщин с эндокринным бесплодием: клинико-гормональные и молекулярно-генетические аспекты».

Вступление. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) считается одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы у женщин, находящихся в детородном возрасте. Частота данного синдрома в структуре эндокринного бесплодия равна 75% [1,2]. По данным литературы такие клинические проявления, как гиперандрогения, бесплодие и различные нарушения менструальной функции имеются у 18%-85% женщин с СПКЯ [3,4,5]. Такой большой разброс частоты данного заболевания зависит от имеющихся клинических и эндокринологических проявлений и различной их оценки [6].

В настоящее время имеются сведения о взаимосвязи между СПКЯ и тиреоидной патологией [5,7].

При развитии СПКЯ большую роль играют различные экстрагенитальные заболевания, а в регионе хронической йодной недостаточности – патология щитовидной железы [4,7].

В связи с этим остается актуальной необходимость дальнейшего изучения сочетания овариальной гиперандрогении с патологией щитовидной железы, что приводит к ухудшению репродуктивного здоровья и снижению фертильности. Всестороннее описание данной проблемы поможет наиболее полно изучить патогенез СПКЯ в современных условиях [2,7].

Недостаточная йодная профилактика приводит к росту йододефицитных состояний, среди которых наиболее часто выявляются увеличение щитовидной железы и гипотиреоз. Шекинский район Азербайджана является типичным йододефицитным регионом, основную часть территории которого занимают горные массивы, имеет значительную удаленность от моря, характеризуется низким природным содержанием йода в воде и почве. В результате дефицита йода нарушается эндокринный обмен, что приводит к развитию репродуктивной дисфункции.

Цель исследования – оценка клинико-анамнестических особенностей женщин с СПКЯ и нарушением функции щитовидной железы, проживающих в регионе хронического йододефицита.

Объект и методы исследования. Были проанализированы результаты обследования 100 больных с СПКЯ и 20 практически здоровых женщин контрольной группы. Больные в исследование отбирались открытым когортным методом по мере их непосредственного обращения. Пациентки с СПКЯ были

рандомизированы на две группы в зависимости от наличия или отсутствия патологии щитовидной железы. В первую группу вошли 60 пациенток только с СПКЯ, во вторую – 40 пациенток с СПКЯ и сопутствующим гипотиреозом.

Обследование включало анализ медицинской документации, анкетирование, врачебный осмотр. Критериями диагностики у больных СПКЯ явились: различные нарушения менструальной функции, эндокринное бесплодие, наличие гирсутизма, клинические и/или биохимические проявления гиперандрогении, эхографические признаки поликистоза яичников. Изучали жалобы и анамнез заболевания, всем больным проводилось общеклиническое обследование. Особое внимание при осмотре обращали на тип оволосенения, наличие стрий, угревой сыпи и гиперпигментации. Степень выраженности гирсутизма оценивали по шкале Ферримана-Гальвея. Антропометрические исследования включали измерение роста и массы тела. Вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$.

Статистическую обработку результатов осуществляли при помощи пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft. Ins, США) и Microsoft Excel. Для сравнения нормально распределенных величин использовался t-критерий Стьюдента, в случае отличия распределения от нормального применялся непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Данные для параметрического распределения представлены в виде среднего значения измеряемой величины и стандартной ошибки ($M \pm m$). Критическое значение уровня статистической значимости (p) при проверке нулевых гипотез принималось равное 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении клинико-антропометрического обследования в группах сравнения были выявлены статистически значимые различия по исследуемым показателям между пациентками основной и контрольной группы (**таблица 1**).

Возраст женщин первой группы составил $24,1 \pm 0,7$ лет ($p < 0,05$), второй группы – $26,7 \pm 1,0$ лет, контрольной группы – $27,7 \pm 1,1$ лет. Выявлено, что большинство пациенток, как основной, так и контрольной группы составили женщины активного репродуктивного возраста от 18 до 34 лет: 51 (85,0%) – в первой группе, 33 (82,5%) – во второй и 18 (90,0%) – в контрольной группе.

При анализе роста-весовых показателей в обследованных группах выявлено, что средняя масса тела у женщин первой ($64,7 \pm 1,1$ кг) и второй ($75,2 \pm 1,8$ кг) групп наблюдения достоверно превышала таковую в контрольной группе ($61,6 \pm 1,0$ кг, $p < 0,05$). Средний рост пациенток обеих групп составил $157,0 \pm 0,01$ см и был несколько ниже, чем у женщин контрольной

ной группы (163,0±0,01, p<0,05). Соответственно полученным показателям был рассчитан ИМТ. Показатели ИМТ у больных с СПКЯ свидетельствовали о преобладании пациентов с избыточным весом и ожирением (таблица 2).

Среднее значение ИМТ у пациенток первой группы было равно 26,1±0,4 кг/м² и в 1,1 раза превышало аналогичный показатель у женщин контрольной группы (23,2±0,3 кг/м² p<0,05). У пациенток второй группы среднее значение ИМТ в 1,3 раза превышало контрольные (30,7±0,7 кг/м², p<0,05). В первой группе избыточная масса тела отмечалась у 32 (53,3%), ожирение 1-й степени – у 5 (8,3%), нормальная масса тела – у 23 (38,3%) обследованных пациенток. У женщин второй группы избыточная масса тела встречалась в 25,0% наблюдений (n=10), ожирение 1-й степени – в 37,5% (n=15), ожирение 2-й степени – в 22,5% (n=9), нормальная масса тела – в 15,0% (n=6) случаев. В контрольной группе избыточная масса тела отмечалась у 2 (10,0%), нормальная масса тела – у 18 (90,0%) женщин. В целом, у пациенток с СПКЯ избыточная масса тела и ожирение встречались чаще, чем у женщин контрольной группы (p<0,05).

Изучение семейного положения показало, что 75,0% (n=15) женщин контрольной группы, 71,7% (n=43) первой и 72,5% (n=29) второй группы находились в браке. Не состояли в браке 25,0% (n=10) женщин контрольной группы, 17 (28,3%) пациенток первой и 11 (27,5%) пациенток второй группы.

При изучении социальных факторов установлено, что 18 (30,0%) пациенток первой и 12 (30,0%) – второй группы на момент обследования работали, 15 (25,0%) и 8 (20,0%) пациенток были студентками, 27 (45,0%) и 20 (50,0%) женщин являлись домохозяйками. В контрольной группе 50,0% (n=10) женщин являлись домохозяйками, 5,0% (n=1) – студентками и 45,0% (n=9) пациенток работали.

Характеристика образовательного статуса показала, что основная масса женщин имела среднее образование – 71 (59,2%), из них: 38 (63,3%) в первой, 23 (57,5%) – во второй и 10 (50,0%) – в контрольной группе. Женщин со средним специальным образованием было: 1 (1,7%) – в первой и 2 (10,0%) – в контрольной группе. Остальные пациентки имели высшее образование: 21 (35,0%) – в первой, 17 (42,5%) – во второй и 8 (40,0%) – в контрольной группе.

При определении места жительства установлено, что среди всех пациенток в городе Шеки проживали 34 (56,7%) женщины первой группы, 14 (35,0%) – второй и 7 (35,0%) – контрольной группы. В сельской местности – 26 (43,3%), 26 (65,0%) и 13 (65,0%) женщин соответственно.

Анализ показателей соматического статуса показал, что 43 (71,7%) пациентки первой группы и все 40 (100,0%) женщин второй группы имели в анамнезе анемию. В контрольной группе женщин анемия не встречалась (p<0,05). По остальным экстрагенитальным заболеваниям достоверных различий получено

Таблица 1 – Характеристика антропометрических параметров у женщин обследованных групп (M±m) (min-max)

Антропометрический параметр	Первая группа (n=60)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=20)
Возраст, лет	24,1±0,7* (14,0-43,0)	26,7±1,0 (16,0-41,0)	27,7±1,1 (18,0-39,0)
Рост, см	157,0±0,01 (140,0-170,0)*	157,0±0,01 (150,0-167,0)*	163,0±0,01 (150,0-170,0)
Вес, кг	64,7±1,1* (45,0-85,0)	75,2±1,8* (45,0-92,0)	61,6±1,0 (55,0-68,0)
ИМТ, кг/м ²	26,1±0,4* (20,32-32,03)	30,7±0,7* (20,0-40,0)	23,2±0,3 (21,26-25,39)

Примечание: * p<0,05 по сравнению с контрольной группой.

Таблица 2 – Показатели индекса массы тела у пациенток с СПКЯ и здоровых

ИМТ, кг/м ²	Первая группа (n=60)		Вторая группа (n=40)		Контрольная группа (n=20)	
	n	%	n	%	n	%
Нормальный вес	23	38,3	6	15,0	18	90,0
Избыточный вес	32	53,3	10	25,0	2	10,0
Ожирение 1 степени	5	8,3	15	37,5	-	-
Ожирение 2 степени	-	-	9	22,5	-	-

не было. Среди пациенток 14 (23,3%) женщин первой и 5 (12,5%) – второй группы указывали на тонзиллэктомию, а также 4 (6,7%) и 1 (2,5%) пациентки – на аппендэктомию в анамнезе.

Проведенный далее анализ акушерско-гинекологического анамнеза, показал, что у 37 (61,7%) пациенток первой и 13 (32,5%) – второй группы в анамнезе имелись указания на различные перенесенные гинекологические заболевания (хронические воспалительные заболевания органов малого таза, дисфункции яичников). В анамнезе у 12 (20,0%) пациенток первой и 8 (20,0%) – второй группы имелся перенесенный кольпит. Анализ причин нарушения репродуктивной функции показал, что у 38 (63,3%) пациенток первой и 30 (75,0%) – второй группы было выявлено бесплодие, связанное с эндокринным фактором. На первичное бесплодие указывали 26 (43,3%) и 6 (15,0%) женщин, на вторичное – 12 (20,0%) и 24 (60,0%) пациенток соответственно первой и второй групп наблюдения. В контрольной группе на отягощенный гинекологический анамнез указаний со стороны пациенток не было (p<0,05). При анализе менструальной функции было установлено, что у всех женщин с СПКЯ менструальный цикл носил не регулярный характер, отмечались его нарушения по типу олигоменореи (p<0,05). У женщин контрольной группы менструальный цикл был регулярным, без нарушений.

Из клинических проявлений гиперандрогении у 40 (66,7%) обследованных женщин первой группы и у 31 (77,5%) женщин второй группы (p<0,05) был выявлен гирсутизм со средним гирсутным числом 18,6±1,3 баллов по шкале Ферримана-Гальвея.

Таким образом, с учетом регионального фактора хронического йододефицита, установлено, что пациентки с СПКЯ и патологией щитовидной железы имели определенные клинико-анамнестические особенности. Сочетанное течение СПКЯ с гипотире-

озом наблюдається при найбільшій андрогенізації. У жінок з СПКЯ і тиреоїдною патологією в більшій ступені відзначаються гіперандрогенія і ожирення. В свою чергу, отягощений анамнез в відношенні гіпотиреозу обумовлює різні полікістозні зміни яєчників.

Висновок. У жінок з СПКЯ з поєднаною патологією характерним є отягощений соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез.

Перспективи подальших досліджень. Планується подальша розробка методів профілактики дефіциту йода і лікування репродуктивної дисфункції.

Література

1. Panarina OV, Rashidova MA, Belen'kaja LV. Sovremennye predstavlenija o patogenezе sindroma polikistoznyh jaichnikov. Acta Biomedica Scientifica. 2017;4:9-15. [in Russian].
2. Suhonosova EL. Sovremennye vzgljady na patogenez, diagnostiku i lechenie sindroma polikistoznyh jaichnikov. Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal. 2015;2:128-33. [in Russian].
3. Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. Eur. J. Endocrinol. 2014;171(4):1-29.
4. Wang Ffang, Pan Jx, Wu Y, Zhu Yh, Hardiman PJ, Qu F. American, European, and Chinese practice guidelines or consensus of polycystic ovary syndrome: a comparative analysis. Journal of Zhejiang University-SCIENCE B. 2018;19(5):354-63.
5. Damdinova LV. Sindrom polikistoznyh jaichnikov 80 let issledovanij i novye napravlenija v izuchenii dannogo voprosa (obzor literatury). Klinicheskaia medicina. 2016;3:13-9. [in Russian].
6. Ziganshin AM, Gajsina Jul, Galjautdinova GR. Klinicheskie projavlenija sindroma polikistoznyh jaichnikov. Medicinskij vestnik Bashkortostana. 2019;14(1):77-81. [in Russian].
7. Singla R, Gupta Y, Khemani M. Thyroid disorders and PCOS: An emerging relationship. In. J. of End. and Metabol. 2015;1:25-9.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ В РЕГІОНІ ХРОНІЧНОГО ЙОДОДЕФІЦИТУ

Мехтієва Л. А.

Резюме. Синдром полікістозних яєчників є одним з найпоширеніших ендокринних захворювань у жінок репродуктивного віку. В даний час є відомості про взаємозв'язок між СПКЯ та тиреоїдною патологією, що переважає в регіоні хронічної йодної недостатності. Було проведено вивчення клініко-анамнестичних показників у 60 жінок з СПКЯ і 40 пацієнток з СПКЯ на фоні гіпотиреозу. Проведене дослідження свідчить, що пацієнтки з СПКЯ і патологією щитовидної залози мають певні клініко-анамнестичні особливості. Отримані дані дозволяють зробити висновок, що поєднаний перебіг СПКЯ з гіпотиреозом спостерігається при найбільшій андрогенізації. У жінок з СПКЯ і тиреоїдною патологією більшою мірою відзначаються гіперандрогенія і ожиріння.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, гіпотиреоз, йододефіцит, анамнез.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ В РЕГИОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

Мехтиева Л. А.

Резюме. Синдром поликистозных яичников является одним из самых распространенных эндокринных заболеваний у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время имеются сведения о взаимосвязи между СПКЯ и тиреоидной патологией, преобладающей в регионе хронической йодной недостаточности. Было проведено изучение клинико-анамнестических показателей у 60 женщин с СПКЯ и 40 пациенток с СПКЯ на фоне гипотиреоза. Проведенное исследование свидетельствует, что пациентки с СПКЯ и патологией щитовидной железы имеют определенные клинико-анамнестические особенности. Полученные данные позволяют заключить, что сочетанное течение СПКЯ с гипотиреозом наблюдается при наибольшей андрогенизации. У женщин с СПКЯ и тиреоидной патологией в большей степени отмечаются гиперандрогения и ожирение.

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, йододефицит, анамнез.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN THE REGION OF CHRONIC IODINE DEFICIENCY

Mehdiyeva L. A.

Abstract. The aim is to assess the clinical and anamnestic characteristics of women with PCOS and thyroid dysfunction living in the region of chronic iodine deficiency.

Methods. The results of the examination of 100 patients with PCOS and 20 healthy women of the control group were analyzed. Patients in the study were selected by open cohort method as they were directly treated. The first group included 60 patients with PCOS alone, the second group included 40 patients with PCOS and associated hypothyroidism. Diagnostic criteria in PCOS patients were: various disorders of menstrual function, endocrine infertility, the presence of hirsutism, clinical and/or biochemical manifestations of hyperandrogenism, echographic signs of polycystic ovaries. The severity of hirsutism was assessed on the Ferriman-Galvey scale.

Results. It was revealed that the majority of patients, both the main and control groups were women of active reproductive age from 18 to 34 years: 51 (85.0%) – in the first group, 33 (82.5%) – in the second and 18 (90.0%) – in the control group. In General, overweight and obesity were more common in patients with PCOS than in women in the control group ($p < 0.05$). The study of marital status showed that 75.0% ($n=15$) of women in the control group, 71.7% ($n=43$) of the first and 72.5% ($n=29$) of the second group were married. 5 (25.0%) women of the control group, 17 (28.3%) patients of the first and 11 (27.5%) patients of the second group were unmarried. When determining the place of residence, it was found that among all patients in the city of Sheki lived 34 (56.7%) women of the

first group, 14 (35.0%) – the second and 7 (35.0%) – the control group. In the countryside – 26 (43,3%), 26 (65,0%) and 13 (65.0%) women, respectively.

Analysis of the causes of reproductive dysfunction showed that 38 (63.3%) patients of the first and 30 (75.0%) – the second group had infertility associated with endocrine factor. Primary infertility was indicated by 26 (43.3%) and 6 (15.0%) women, secondary infertility was indicated by 12 (20.0%) and 24 (60.0%) patients of the first and second observation groups, respectively. In the control group, there were no indications of a complicated gynecological history on the part of patients ($p < 0.05$). In the analysis of menstrual function, it was found that all women with PCOS menstrual cycle was not regular, there were violations of the type of oligomenorrhea ($p < 0.05$). In women of the control group, the menstrual cycle was regular, without disorders.

Thus, taking into account the regional factor of chronic iodine deficiency, it was established that patients with PCOS and thyroid pathology had certain clinical and anamnestic features. The combined course of PCOS with hypothyroidism is observed with the greatest androgenization. In women with PCOS and thyroid pathology, hyperandrogenism and obesity are more marked. In turn, a burdened history of hypothyroidism causes various polycystic ovarian changes.

Conclusion. In women with PCOS with combined pathology, a burdened somatic and obstetric-gynecological history is characteristic.

Key words: polycystic ovary syndrome, hypothyroidism, iodine deficiency, history.

Рецензент – проф. Тарасенко К. В.

Стаття надійшла 09.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-153-157

УДК 616.895-07-08

Мисула Ю. І., Венгер О. П.

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННОГО ЕПІЗодУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ
Тернопільський національний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль)**

yuramysula@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР «Особливості сучасних психосоціальних чинників розвитку психотичних та афективних розладів», № державної реєстрації – 0113U001615.

Вступ. Біполярний афективний розлад (БАР) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії. Ураженість БАР складає від 0,6 % до 1,0 %, при цьому захворюваність залишається відносно стабільною впродовж тривалого часу [1-3]. Його актуальність зумовлена вагомими медичними та соціальними наслідками: це захворювання триває протягом усього життя, супроводжується значним погіршенням психічного функціонування не лише в емоційній, а й у когнітивній сферах, високим рівнем коморбідності, потребою в тривалому лікуванні, а також суттєвим зниженням якості життя і втратою соціальних зв'язків [4-7]. Водночас, своєчасна діагностика БАР пов'язана з рядом проблем внаслідок поліморфізму симптоматики і недосконалості діагностичних підходів; це призводить до того, що між первинним епізодом (ПЕ) БАР і встановленням правильного діагнозу у ряді випадків проходить від 5 до 10 років. Тому вивчення особливостей клінічної феноменології первинного епізоду БАР є важливим для розробки прогностичних, профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів при цьому захворюванні [8-10].

Мета дослідження: вивчення клінічної феноменології первинного епізоду біполярного афективного розладу та особливостей симптоматики депресії з урахуванням клінічного варіанту дебюту БАР.

Об'єкт і методи дослідження. З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 153 хворих (65 чоловіків та 88 жінок) з первинним епізодом БАР,

які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у період 2011–2016 років. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики склав $21,3 \pm 6,5$ років (медіана 19,0 років, інтерквартильний діапазон 17,0–22,0 років), вік на момент звернення за медичною допомогою і обстеження – відповідно $21,4 \pm 6,4$ років (19,0 років, 18,0–22,0 років).

Аналіз клінічної симптоматики депресії здійснювався відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Статистичний аналіз проведено з використанням точного критерію Фішера. Прийняттям вважався рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0% ($p < 0,05$).

Обстежених нами було виділено на групи в залежності від клінічного варіанту перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант), чисельністю 119 осіб; з переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний варіант), чисельністю 23 особи, та з одночасною наявністю депресивної та маніакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант), чисельністю 11 осіб.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз особливостей клінічної феноменології ПЕ БАР окремих клінічних варіантів дебюту дозволив встановити, що при депресивному варіанті дебюту ПЕ БАР більше притаманний раптовий початок: у 76,5% хворих. Відповідно, поступовий початок був виявлений у 23,5% (**рис. 1**).

При вивченні особливостей у пацієнтів з маніакальним варіантом дебюту, у більшості (56,5%) захворювання мало поступовий початок. Щодо змішаного варіанту, то тут значно частіше відмічався раптовий початок захворювання: – 81,8%.