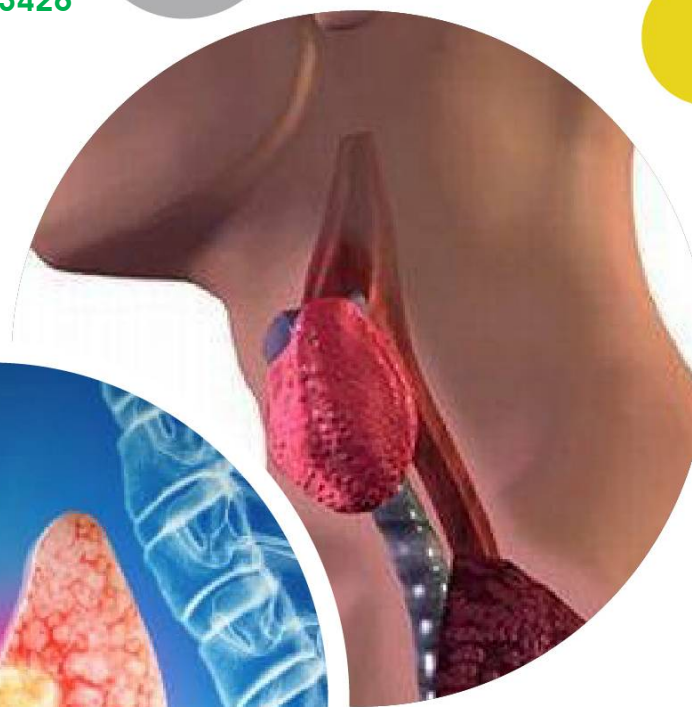




ISSN 2181-3426

Journal DOI: 10.26739/2181-3426



O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI
ЦЕНТРАЛЬНО- АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2
ISSUE 1

2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ТОМ 2, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL
VOLUME 2, ISSUE 1



Учредитель:

Национальная
Ассоциация
эндокринологов
Узбекистана.

Tadqiqot.uz



ТОШКЕНТ-2022

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ | CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

№1 (2022) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-3426-2022-1>

Бош мухаррир:
Главный редактор:
Chief Editor:

Хайдарова Ф. А.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по лечебной работе, главный
эндокринолог РУз, д.м.н., профессор

Бош мухаррир ўринбосари:
Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Халимова З. Ю.
Заместитель директора РСНПМЦ
Эндокринологии по науке, д.м.н.,
профессор

Маъсул котиб:
Ответственный секретарь:
Executive Secretary:

Каланходжаева Ш. Б.
Заведующая Учебного центра при
РСНПМЦ Эндокринологии, к.м.н.

Техник котиб:
Технический секретарь:
Technical Secretary:

Аллаярова Г. И.
к.б.н.

ТАХРИРИЙ МАСЛАХАТ КЕНГАШИ | РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ | EDITORIAL BOARD

Т. Камалов
Заведующий Отделением гнойные осложнения
сахарного диабета, Республиканского
Специализированного Научно-Практического
Медицинского Центра Эндокринологии имени
академика Ё. Х. Туракулова
д.м.н.

М. Каримов
ГУ “РСНПМЦТ и МР”, руководитель
отдела гастроэнтерологии, д.м.н.,
Профессор

Д. Набиева
Ташкентская медицинская академия,
заведующая кафедрой факультетской и
госпитальной терапии №1 с курсом
профессиональных заболеваний, д.м.н.,
доцент

Н. Алиханова
Заведующая научного отдела Диабетологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Г. Наримова
Заведующая отделением Тиреоидной патологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

Н. Юлдашева
Руководитель отдела патологии сетчатки и
зрительного нерва РСНПМЦ
Эндокринологии, д.м.н.

Ю. Урманова
Доцент кафедры эндокринологии с детской
эндокринологией ТашПМИ, д.м.н.

Н. Алимова
С.н.с. Отдела детской эндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии. Главный педиатр
эндокринолог МЗ РУз к.м.н

А. Садыкова
Учёный секретарь, к.м.н.

А. Холикова
Заведующая отделением нейроэндокринологии
РСНПМЦ Эндокринологии, д.м.н.

А. Алиева
Заместитель главного врача по стационару
Республиканского специализированного научно-
практического медицинского центра
эндокринологии МЗ РУз имени академика
Я.Х.Туракулова, к.м.н.

Н. Садикова
Ташкентская медицинская академия,
доцент кафедры Внутренние болезни
№2, к.м.н.

А. Каримов
Руководитель отделения нейрохирургии
РСНПМЦ Эндокринологии, директор РСНПМЦ
Неврологии и Инсульта, к.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А. Алимов - Заместитель министра здравоохранения начальник Главного управления здравоохранения, д.м.н., профессор

С. Исмаилов - Ташкентский Медицинский Педиатрический Институт, заведующий кафедрой эндокринологии с детской эндокринологией; д.м.н., профессор

Д. Нажмутдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Внутренние болезни №2, д.м.н., профессор

Ж. Аканов - ОФ “Казахстанское общество по изучению диабета”, Президент, к.м.н., главный внештатный эндокринолог г. Алматы, главный врач Центра Диабета МК “ААА”, член AASD, ISE

Ф. Бахритдинова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры Офтальмологии, д.м.н., профессор

М. Каттаходжаева - Ташкентский Государственный Стоматологический Институт, профессор кафедры акушерства-гинекологии, д.м.н., профессор

В. Мирзаде - Председатель Азербайджанской Ассоциации Эндокринологии, Диабетологии и Терапевтического Обучения, Заведующий кафедрой терапии Азербайджанского государственного Института совершенствования врачей им. А. Алиева, Председатель Научного Общества Эндокринологов Азербайджана, Пожизненный член Международной Диабетической Федерации, д.м.н., профессор

З. Камалов - Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, заместитель директора по научной работе, заведующий лабораторией иммунорегуляции, д.м.н., профессор;

Э. Гроссман - Член Академии медицинских наук Великобритании, Заслуженный профессор эндокринологии Оксфордского университета, Старший научный сотрудник Колледжа Грин Темплтон, профессор нейроэндокринологии Бартс и Лондонской школы медицины, Консультант эндокринолог Лондонского клинического центра эндокринологии

А. Шек - Руководитель лаборатории ИБС и атеросклероза РСНПМЦ Кардиологии МЗ РУз, д.м.н., профессор

Ф. Тураев - директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, д.м.н.

М. Пауэлл - Старший консультант нейрохирург Национальной больницы неврологии и нейрохирургии, Директор по образованию нейрохирургии в Великобритании, член комитета и экзаменатор Межвузовского совета по нейрохирургии Королевского хирургического колледжа

В. Паньків - Заведующий отделом профилактики, лечения сахарного диабета и его осложнений Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, эксперт МЗ Украины по эндокринологии, Заслуженный врач Украины д.м.н., профессор

Б. Даминов - Ректор Ташкентского Педиатрического Медицинского Института, д.м.н., Профессор

Т. Хегай - Заведующая лабораторией геномно-клеточных технологий Института иммунологии и геномики человека АН РУз, д.м.н.

Е. Георгадзе - Профессор Национального института эндокринологии Тбилиси MD, PhD

Т. Саатов - Институт Биофизики и биохимии при НУ Уз, заведующий лабораторией Метаболизма, доктор биологических наук, профессор, академик АН РУз.

Р. Базарбекова - Председатель РОО «Ассоциация врачей-эндокринологов Казахстана», заведующий кафедрой эндокринологии КазМУНО, д.м.н., профессор

Л. Туйчиев - Ташкентская медицинская академия, заведующий кафедрой инфекционных и детских инфекционных болезней, д.м.н., профессор

А. Гадаев - Профессор кафедры внутренних болезней 3 Ташкентской медицинской академии, д.м.н.

Г. Рахимова - Заведующая кафедрой эндокринологии центра развития и усовершенствования врачей, д.м.н.

Б. Шагазатова - Ташкентская медицинская академия, профессор кафедры внутренних болезней №2, д.м.н.

Ш. Зуфарова - директор Республиканского центра репродуктивного здоровья населения, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

1. Рахимова Г.Н., Ахроров К.У. МЕСТО ИНГИБИТОРОВ НГКТ-2 И АГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1 В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.....	7
2. Хайдарова Ф.А., Фахрутдинова С.С., Муллажонова С.С. ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЕ ПРИ COVID-19.....	17
3. Ходжаева Н.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ОРЛИП В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ.....	24
4. Урманова Ю.М., Мавлонов У.Х., Алиева Д.А., Далимова Г.А., Сафарова Ш.М., Савчук Д.В., Холиков Ф.Ж. «КАШКАДАРЕ ВИЛОЯТИДА ГИПОГОНАДОТРОП ГИПОГОНАДИМЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УСМИРЛАРДАГИ ГОРМОНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ СКРИНИНГ МАЪЛУМОТЛАРИ».....	29
5. Урунбаева Д.А., Исмаилов С.И., Шамансурова З.М., Максдуова Н.Н. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТИРЕОИДНЫХ АУТОАНТИТЕЛ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	37
6. Юлдашева Ф.З., Садикова А.С., Алимова Н.У., Тураев Ф.Ф. ЙОДОДЕФИЦИТ И ПРОБЛЕМА ЙОДИРОВАНИЯ СОЛИ.....	44
7. Алиханова Н.М., Тахирова Ф.А., Назарова Н.С., Мусаханова Ч.Б., Айходжаева М.А., Аббосходжаева Л.С., Акрамова Г.Г., Шакирова М.М. РОЛЬ ВИТАМИН D ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.....	49
8. Холова Д.Ш., Халимова З.Ю. ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ С НЕАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА.....	54
9. Яхьяева Х.Ш. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОЖИРЕНИЕМ.....	59
10. Алимухамедова Г.А., Халимова З.Ю. К ВОПРОСУ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	64
11. Рахимова Г.Н., Тураев Ф.Ф., Наримова Г.Д., Тилляшайхова И.М., Хайитова Ю.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ иДПП-4 И аГПП-1 С МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ.....	76
12. Самиева Ш.Т. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА.....	83

13. Муратова Ш.Т., Алимов А.В. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЙОДДЕФИЦИТА.....	84
14. Жабборова Г.М., Халимова З.Ю. «БИОХИМИЧЕСКАЯ И ГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 43 УМЕРШИХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КУШИНГА».....	86
15. Кдырбаева Ф.Р. ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	89
16. Заретдинов Д.А., Алимджонов Н.А., Нурмухамедов Д.Б. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ПОЛОВЫМ И ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ.....	91
17. Шагазатова Б.Х., Адилова Н.Ш. МОРБИД СЕМИЗЛИК БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА БАРИАТРИК ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИН ЛИПИД АЛМАШИНУВИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ.....	93
18. Рахимова Г.Н., Тилляшайхова И.М. «ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ИДПП-4 И АГПП-1 С МЕТФОРМИНОМ У БОЛЬНЫХ С СД 2 ТИПА».....	95



УДК: 616.432 - 006.55:618.17 - 085

Холова Д.Ш.,
Халимова З.Ю.Республиканский Специализированный Научно-Практический
Медицинский центр Эндокринологии имени академика Ё. Х. Туракулова**ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ
С НЕАКТИВНОЙ АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА**doi <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7007096>**АННОТАЦИЯ**

Цель исследования: Изучение функционального состояния репродуктивной системы у больных с неактивной аденомой гипофиза (НАГ).

Материалы и методы исследования: Проанализированы данные 325 больных (145 женщин и 180 мужчин) в возрасте от 18 до 70 лет с НАГ, диагноз которых подтвержден клиническими, гормональными и визуализационными обследованиями.

Результаты: При анализе состояния половой системы у 33 женщин с НАГ до 50-летнего возраста выявлены следующие группы:

1) больные с олигоменореей; 2) больные с вторичной аменореей; 3) пациентки с сохраненным менструальным циклом и отсутствием изменений органов малого таза при УЗИ. Состояние половой системы у мужчин в зависимости от клинических и гормональных особенностей характеризовалась в первую очередь угасанием либидо. Снижение либидо происходило и у больных с нормальным тестостероном (Т) в сыворотке крови, и при его концентрации выше 5 нмоль/л. Все пациенты с сексуальной дисфункцией имели повышенный уровень ПРЛ, что совместно с снижением Т, вероятно, приводило к возникновению сексуальной дисфункции у мужчин.

Выводы: Среди больных с НАГ половыми нарушениями страдают 90,2% всех больных репродуктивного возраста, и чем больше размер опухоли, тем больше показатель нарушения. Отмечается высокий показатель бесплодия как у женщин, так и у мужчин, страдающих НАГ, что соответственно составило 69,8 и 53,3% случаев. Уровень гонадотропинов могут изменяться как в сторону увеличения или уменьшения, так и могут оставаться в пределах нормальных значений.

Ключевые слова: неактивная аденома гипофиза, репродуктивная система, репродуктивные нарушения

**ГИПОФИЗ НОФАОЛ АДЕНОМАЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
РЕПРОДУКТИВ ТИЗИМНИНГ ФАОЛИЯТИНИ УРГАНИШ****АННОТАЦИЯ**

Тадқиқот мақсади: Гипофиз нофаол аденомалари (ГНА) билан касалланган беморларда репродуктив тизимнинг фаолиятини урганиш.

Материал ва услублар: Клиник, гормонал ва визуализацион текширувлар билан гипофиз нофаол аденомасы тасдиқланган 18 дан 70 ёшгача бўлган 325 беморнинг (145 аёл ва 180 та эркак) маълумотлари таҳлил қилинди.

Натижалар: 50 ёшгача бўлган ГНА билан касалланган 33 аёлнинг репродуктив тизими ҳолати таҳлил қилинганда қуйидаги гуруҳлар аниқланди: 1) олигоменорея билан оғриган беморлар; 2) иккиламчи аменорея билан оғриган беморлар; 3) меъёрий хайз қурувчи ва УТТда кичик чанок аъзоларида узғаришлар бўлмаган беморлар. Эркакларда репродуктив тизимнинг ҳолати клиник ва гормонал хусусиятларга қараб, биринчи навбатда либидонинг йуқолиши билан тавсифланган. Либидонинг пасайиши қон зардобиди тестостерони (Т) меъёрий бўлган ва унинг миқдори 5 нмоль/лдан юқори бўлган беморларда ҳам қузатилди. Жинсий дисфункцияси бўлган барча беморларда ПРЛнинг юқори даражаси аниқланди, бу Т нинг пасайиши билан бирга, эҳтимол эркакларда жинсий дисфункциянинг бошланишига олиб қилишига асос бўлган бўлиши мумкин.

Хулоса: ГНАлари билан касалланган беморлар орасида репродуктив ёшдаги барча беморларнинг 90,2% жинсий етишмовчиликдан азият чекади ва жинсий етишмовчилик даражаси аденома ҳажми билан боғлиқ бўлади. ГНАлари билан касалланган аёлларда ҳам, эркакларда ҳам бепуштлиқнинг юқори даражаси мавжуд ва бу курсаткичлар мос равишда 69,8 ва 53,3%ни ташкил қилади. Гонадотропинларнинг миқдори эса ҳам юқорига, ҳам пастга қараб узғариши, шунингдек меъёрий курсаткичлар қийматида қолиши мумкин.

Қалит сузлар: гипофиз нофаол аденомасы, репродуктив тизим, репродуктив етишмовчилик

STUDY OF REPRODUCTIVE SYSTEM FUNCTION OF PATIENTS WITH INACTIVE PITUITARY ADENOMA

ANNOTATION

Purpose: Study of the functional state of the reproductive system in patients with inactive pituitary adenoma (IPA).

Materials and methods: Data of 325 patients (145 women and 180 men) aged 18 to 70 years with IPA were analyzed, the diagnosis of which is confirmed by clinical, hormonal and imaging examinations.

Results: In the analysis of the state of the sexual system in 33 women with IPA up to the age of 50, the following groups were identified: 1) patients with oligomenorrhea; 2) patients with secondary amenorrhea; 3) patients with preserved menstrual cycle and no changes in pelvic organs in ultrasound.

The state of the sexual system in men, depending on clinical and hormonal features, was characterized primarily by fading libido. A decrease in libido occurred in patients with normal testosterone (T) in blood serum, and at its concentration above 5 nmol/l. All patients with sexual dysfunction had elevated levels of PRL, which, together with reduced T, likely resulted in sexual dysfunction in men.

Conclusion: Among patients with IPA, 90.2% of all patients of reproductive age suffer from sexual disorders, and the larger the tumor size, the higher the disorder rate. There is a high rate of infertility in both women and men suffering from IPA, which amounted to 69.8 and 53.3% of cases, respectively. The level of gonadotropins may change either upwards or downwards, or may remain within normal values.

Key words: inactive pituitary adenoma, reproductive system, reproductive disorders

Введение. При гормонально-неактивной аденоме гипофиза (НАГ), распространенность которой составляет 50 на 1 млн. населения, развитие опухоли приводит к разнообразным нарушениям функции гипофиза, в том числе нарушает гонадотропную функцию гипофиза и возникают расстройства половой и репродуктивной функции [1,2]. Удельный вес этих расстройств по данным литературы превышает 60%, а их развитие сопровождается значительным снижением качества жизни, что диктует необходимость их активного

выявления, тем более что восстановление половой и репродуктивной функции для больных является крайне актуальным. Нарушения в половой сфере разнообразны – это аменорея, нарушение менструального цикла, снижение либидо, импотенция, эректильные нарушения, что гинекологами и урологами расцениваются как проявления климакса, нейродистонии, функциональных расстройств, связанных с гормональной и эндокринно-обменными проявлениями.

Установлено, что развитие гипогонадизма и половых расстройств отмечается не только при больших размерах аденомы, но и при микроаденомах, что следует принимать во внимание[3].

При возникновении гипогонадизма развиваются не только нарушение половой функции, но и другие осложнения, такие как остеопороз, сердечно-сосудистые и метаболические нарушения, которые приводят к сокращению продолжительности жизни, а также к снижению качества жизни больных.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния половой системы и гонадотропной функции гипофиза у больных НАГ.

Материалы и методы. Проанализированы данные 325 больных (145 женщин и 180 мужчин) в возрасте от 18 до 70 лет с НАГ, диагноз которых подтвержден клиническими, гормональными и визуализационными обследованиями. Средний возраст женщин – $45,4 \pm 13,9$ года, мужчин – $47,5 \pm 11,7$ года, средняя продолжительность заболевания – $4,4 \pm 2,6$ года (от 0,5 до 6 лет). Основными жалобами, предъявляемыми больными на момент осмотра были зрительные нарушения (80,0%), головные боли (81,2%), увеличение веса (36,4%), половые нарушения: у женщин - нарушения менструального цикла в виде опсо- и полименореи, аменореи, а также с бесплодием, невынашиванием беременности, маточными кровотечениями (29,8%), галакторея (24%); у мужчин - снижение либидо и потенции (36,4%), снижение либидо (18,9%), отсутствие либидо (17,5%), бесплодие (32,3%) и гинекомастия (17,6%). Хиазмальный синдром в виде атрофии зрительных нервов разной степени и битемпоральной гемианопсии или гипопсии диагностирован у 163 больных (50,6%). Все эти пациенты имели эндокстраселлярную опухоль гипофиза, в основном с супрапараселлярным ростом, т.е. имели большие размеры опухоли гипофиза. Всем этим больным после консультации нейрохирурга была произведена трансфеноидальная аденомэктомия гипофиза.

У всех больных для изучения состояния половой системы применяли гинекологическое или андрологическое обследования, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза у женщин. Гонадотропную функцию гипофиза оценивали по определению базальных сывороточных концентраций ЛГ, ФСГ, Т, ПРЛ у всех больных, Э и прогестерона только у женщин. (РИА-исследования сыворотки крови проводились на счетчиках «Gamma-12» и «Strantg 300»).

Результаты и их обсуждение. При исследовании у 73 больных (68,2%) была выявлена умеренная гиперпролактинемия: у женщин - от 53 до 72 нг/мл (норма: 1-27 нг/мл), у мужчин — от 36 до 44 нг/мл (норма: 1-18 нг/мл).

24 из 57 обследованных женщин на момент обследования были в менопаузальном возрасте (старше 50 лет). У 11 (45,8%) из 57 женщин выявлено снижение уровней гонадотропинов на фоне низкой концентрации эстрадиола, что позволило диагностировать гипогонадотропную аменорею обусловленный масса-эффектом опухоли. У 22 оставшихся женщин уровень гонадотропинов был снижен, но концентрация E_2 была в пределах нормальных значений. При анализе состояния половой системы у 33 женщин с НАГ до 50-летнего возраста выявлены следующие группы:

1) больные с олигоменореей – 26/33 (78,8%), у 15 (57,7%) из которых присутствовали клинические и биохимические признаки синдрома поликистозных яичников (СПЯ) (мелкокистозные яичники при УЗИ органов малого таза, высокий показатель соотношения ЛГ/ФСГ, повышенные или супранормальные концентрации ЛГ, 7 из них, по данным УЗИ, имели гипоплазию матки;

2) больные с вторичной аменореей – 3/33 (9,1%), у 2 из которых при УЗИ органов малого таза выявлена гипоплазия яичников и гипоплазия матки, у одной — поликистозные яичники, а в сыворотке крови - низкие концентрации Э2;

3) пациентки с сохраненным менструальным циклом и отсутствием изменений органов малого таза при УЗИ (4/33 больных – 13,1%), но у 3-х из них были повышены концентрации Э2 и Т, а у одной наблюдался гирсутизм.

Величина отношения ЛГ/ФСГ у больных с поликистозом и без поликистоза яичников достоверно не отличалось: соответственно $2,7 \pm 1,4$ и $2,47 \pm 1,3$ ($p > 0,05$). 26/57 женщин (45,6%) с НАГ имели галакторею I-II степени в сочетании с олиго-аменореей, а в сыворотке крови у них определялась умеренная гиперпролактинемия. По заключению маммолога молочные железы у 24 больных были тяжистыми, у 17 больных была выявлена фиброзно-кистозная мастопатия, а у остальных - молочные железы были в норме.

Состояние половой системы у мужчин в зависимости от клинических и гормональных особенностей представлено следующим образом: у 13/50 (26%) мужчин концентрация ФСГ оказалась высокой (при норме 1,3-11,5 МЕ/л), у 5 из них концентрация ЛГ также была повышенной (при норме 1,8-10,0 МЕ/л). 11/13 этих больных имели низкую концентрацию Т и гипопитуитаризм, у 2-х концентрация тестостерона (Т) в крови была в норме и функции гипофиза были сохранены.

У 14/50 (28%) мужчин при пониженных или нормальных уровнях ЛГ, концентрация Т находилась в границах нормальных значений, у 23 (46%) - при пониженных или нормальных уровнях ЛГ концентрация Т была ниже 11 нмоль/л (норма 10,4-41,6 нмоль/л). Таким образом, вторичный гипогонадизм как при нормальных, так и сниженных и увеличенных уровнях ЛГ, был диагностирован у 29(58%) мужчин с НАГ.

У 13/50 больных с низким уровнем Т яички были гипоплазированы, у остальных — нормального объема, у 25/50 — отмечена редукция вторичных половых признаков. 33/50 (66%) больных мужчин в возрастной группе до 55 лет имели сексуальную дисфункцию. В первую очередь, у больных происходило угасание либидо. Ранее было установлено [1], что ослабление либидо происходит при снижении уровня тестостерона в крови ниже 5 нмоль/л. Снижение либидо происходило и у больных с нормальным Т в сыворотке крови, и при его концентрации выше 5 нмоль/л. Все пациенты с сексуальной дисфункцией имели повышенный уровень ПРЛ, что совместно с снижением Т, вероятно, приводило к возникновению сексуальной дисфункции у мужчин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Таким образом, женщины в возрастной группе до 50 лет с НАГ по состоянию половой системы на момент установления диагноза могут быть представлены тремя группами: с нормальным состоянием половых желез (13,1%); с синдромом поликистозных яичников (57,7%); с гипогонадотропным гипогонадизмом (9,1%). Женщины постменопаузального возраста — двумя группами: с нормальным состоянием половой системы (64,2%) и с вторичным гипогонадизмом (45,8%).

При наличии олигоменореи и СПЯ неясно что является первичным - аденома гипофиза или поликистоз яичников. Сочетание галактореи и аменореи, сопровождающихся гиперпролактинемией нередко приводило к гипердиагностике пролактином. При аменорее, как правило, выявляются признаки гипострогенемии - гипоплазия матки и яичников, т.е. имеет место вторичный гипогонадизм. Неясна причина гиперандрогенемии у 3-х женщин без признаков СПЯ. Возможно, что существуют какие-то субстанции, которые секретируются опухолью гипофиза и приводят к гиперандрогенемии и развитию поликистоза яичников у женщин или секретируемые гонадотропины имеют высокую биологическую активность, что и обуславливает подобную клиническую картину.

Клинически мужчины с НАГ, так же как и женщины, в зависимости от состояния половой системы представляют три группы: с нормальным состоянием половых желез (28%); гипогонадотропным гипогонадизмом (58%) и уменьшением объема яичек (15%). Наличие

высокой концентрации ФСГ в крови в сочетании с увеличением объема яичек у мужчин позволяет диагностировать активную гонадотропную опухоль гипофиза.

Развитие вторичного гипогонадизма (низкий или нормальный уровень гонадотропинов, снижение Т сыворотки крови и гипоплазия яичек) вероятнее всего связано с механическим воздействием опухоли на аденогипофиз или секрецией опухолью биологически измененных гормонов или субстанций.

Выводы: Итак, по состоянию половой системы на момент установления диагноза НАГ мужчины и женщины могут быть представлены тремя группами: с вторичным гипогонадизмом (до 50 лет-9,1%; после 50 лет-45,8% женщин; 58% мужчин); с нормальным состоянием половой системы (до 50 лет-13,1%; после 50 лет-64,2% женщин; 28% мужчин); с синдромом поликистозных яичников (57,7% женщин) и уменьшением объема яичек (15% мужчин).

64,8% женщин с НАГ репродуктивного возраста имеют нарушение менструального цикла (у 45,6% из них выявляется галакторея-олиго/аменорея в сочетании с умеренной гиперпролактинемией), у 34,5% мужчин - присутствует сексуальная дисфункция.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Астафьева Л.И., Кадашев Б.А., Сиднева Ю.Г., Чернов И.В., Калинин П.Л.. Микроаденомы гипофиза: современное состояние методов диагностики и лечения. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко 2020, №2, с. 110-120. <https://doi.org/10.17116/neiro202084021110>
2. Bancalari RE, Gregory LC, McCabe MJ, Dattani MT (2012) Pituitary gland development: an update. *Endocr Dev* 23:1–15. <https://doi.org/10.1159/000341733>
3. Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, Rosai J (eds) (2017) WHO classification of tumours of endocrine organs, 4th edn. IARC Press, Lyon

O'RTA OSIYO ENDOKRINOLOGIK JURNALI

2 ЖИЛД, 1 СОН

ЦЕНТРАЛЬНО АЗИАТСКИЙ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ТОМ 2, НОМЕР 1

CENTRAL ASIAN ENDOCRINOLOGICAL JOURNAL

VOLUME 2, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000