

УДК 618.17-008.8-07-085

А.Т. РАЙСОВА, Р.Г. НУРХАСИМОВА, А.Ж. ЗУЛПУХАРОВ,  
Д.С. ЖУНИСОВ, Ш.Ш. САДЫКОВА, К.Ж. РЫСКУЛДИЕВА

Международный Казахско-Турецкий университет им. К.А. Ясауи, г. Туркестан

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

В данной статье представлены структура, клинико-патогенетические формы нарушений менструального цикла и наиболее значимые факторы риска, являющиеся фоном для развития функциональных нарушений нейроэндокринного звена репродуктивной системы в йододефицитном регионе у женщин детородного возраста.

Установлены коррелятивные взаимосвязи между тяжестью НМФ, характером патологии генеративной функции, гормонозависимых органов и результатами лабораторно-инструментальных исследований.

Представлена дифференцированная терапия, способствующая восстановлению регулярного ритма менструаций у 82,8%, овуляции – у 63,8%, наступлению беременности – у 41,7% женщин с учетом клинико-патогенетической формы нарушений менструальной функции.

**Ключевые слова:** нарушение менструального цикла, женщины детородного возраста, йододефицитный регион.

**О**сновной формой состоятельности репродуктивной системы (РС) у женщин по зрелому фертильному типу является овуляторный, гормонально-обеспеченный менструальный цикл. Обеспечение менструальной функции контролируется не только состоянием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (ГГЯС), но и дополнительным стимулирующим воздействием со стороны надпочечниковой, тиреоидной систем, лимбических образований. По данным ВОЗ 30% женщин и 10% мужчин имеют различные нарушения функции РС [1].

В настоящее время повсеместно наблюдается рост гинекологической патологии, и в 2-3 раза увеличилась частота нарушений менструального цикла (НМЦ) среди женщин репродуктивного возраста и девушек-подростков [2, 3, 4]. Актуальность рассматриваемого вопроса связана не только со значительной распространенностью нарушений менструальной функции (НМФ), но и сложностью диагностики уровня поражения РС непосредственной сопряженностью ее со снижением фертильности, патологией гормонально зависимых органов, формированием нейроэндокринных синдромов, отрицательным влиянием на психоэмоциональное состояние, сексуальную функцию, социальную активность женщины [5, 6, 7]. Имеющиеся данные литературы не позволяют однозначно трактовать патогенетические аспекты НМФ и экстраполировать их на йододефицитные регионы без учета резервных возможностей функциональной активности ГГЯС [8, 9, 10]. Медико-социальная значимость йододефицита в окружающей среде общеизвестна. При компенсаторном эутиреоидном увеличении щитовидной железы, субклиническом гипотиреозе в первую очередь возникают различные расстройства менструальной функции, являющиеся в последующем причиной бесплодия, невынашивания, осложнений течения беременности. В структуре клинико-патогенетических форм НМФ в пубертатном периоде в условиях йододефицита превалирует субклиническая форма гипотиреоза (62%), при этом НМФ составляют 22,4% [11].

Цель исследования – уточнение клинико-патогенетических форм нарушений менструального цикла в репродуктивном возрасте в условиях йододефицита с обоснованием дифференцированных лечебных мероприятий.

### Материал и методы

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 163 пациенток с различными нарушениями менструального цикла в возрасте 19-35 лет (ср. 27,6±3,3

года). Контрольную группу составили 30 женщин (ср. возраст 28,4±3,2 года) с сохраненным ритмом менструаций и ненарушенной генеративной функцией.

Клинико-anamnestическое исследование пациенток включало жалобы, данные анамнеза, соматического, акушерско-гинекологического и объективного статуса. Пальпаторно и с помощью УЗИ оценивалось анатомическое состояние щитовидной железы в соответствии с классификацией ВОЗ (1994). Проводилось УЗИ органов малого таза; по показаниям (при дисфункциональных маточных кровотечениях) гистологическое исследование соскоба эндометрия, полученного при раздельном диагностическом выскабливании слизистой оболочки цервикального канала и тела матки под гистероскопическим контролем.

Для оценки функционального состояния РС у всех 163 пациенток с НМФ проводилось гормональное исследование методом ИФА и определением сыровоточных уровней ЛГ, ФСГ, пролактина (ПРЛ), тестостерона (Т), кортизола (К), тиреотропного гормона (ТТГ), свободного трийодтиронина (fT3) и свободного тироксина (fT4) в раннюю фолликулиновую фазу или в любой день на фоне задержки менструации при олигоменорее и аменорее. В середине условной 2-й фазы цикла исследовали концентрацию эстрадиола (E2) и прогестерона (П).

Для уточнения уровня поражения в ГГЯС у 20 пациенток с аменореей проводили функциональную гормональную пробу с экзогенным эстрадиолом, позволяющую оценить интактность или повреждение механизма положительной обратной связи между яичниками и гипофизом.

По показаниям проводилось МРТ головного мозга, состояние глазного дна и полей зрения.

Комплексная патогенетическая терапия проводилась под контролем тестов функциональной диагностики (ТФД) и уровней корригируемых гормональных показателей.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программ Microsoft Excel. Применяли критерии Стьюдента, Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с вычислением коэффициента корреляции (r) Пирсона. Для всех видов анализа статистически достоверными считали значения  $P < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

В результате проведенных исследований установлено, что в структуре нарушений менструального цикла у большинства (78,5%) пациенток репродуктивного возраста в йододефицитном регионе превалируют тяжелые формы: у 54,6%, т.е. у каждой второй, – олигоменорея, у 10,4%

– ановуляторные маточные кровотечения, у 9,2% – аменорея и у 4,3% был диагностирован гипоменструальный синдром. У 21,5% обследованных выявлены циклические нарушения при сохраненном ритме менструаций. Следует отметить, что характерной особенностью женщин с НМЦ являются позднее менархе (у 50,7%) и нарушение менструального цикла по типу олигоменореи, наблюдавшееся с периода менархе (у 20,1%).

Преморбидный фон у пациенток с НМЦ был значительно отягощен сопутствующей (у 39,9%) соматической и гинекологической патологией со значительным превалированием заболеваний инфекционно-воспалительного характера, гепато-билиарного комплекса, мочевыделительной системы и гормонально зависимых органов. Достаточно высокой была частота и перенесенных заболеваний со средним числом заболеваний  $4,6 \pm 1,5$  ( $P < 0,05$ ) на каждую женщину. У 39,4% пациенток были указания на выраженные эмоционально-стрессовые воздействия. У 21,4% обследованных с нарушением менструальной функции были выявлены диффузные изменения щитовидной железы с умеренной ее гиперплазией (подтвержденные данными УЗИ). Указанное свидетельствует о роли перечисленных факторов в формировании НМЦ в йододефицитном регионе. Функциональная неустойчивость РС может быть как приобретенной в результате воздействия патологических факторов, так и врожденной вследствие наследственных причин [12]. Результаты генеалогического анализа показали, что у каждой третьей пациентки (31,9%) с нарушением менструального цикла имела место семейная предрасположенность к эндокринной патологии, нарушениям менструальной функции, бесплодию, опухолям половых органов среди ближайших родственников по материнской линии.

Нами установлена прямая корреляционная взаимосвязь ( $r=0,68$ ) между тяжестью нарушений менструальной функции и характером патологии генеративной функции. Так, аменорея и гипоменструальный синдром отмечались только у пациенток, страдавших бесплодием, причем у каждой второй из них наблюдались дисменорея и предменструальный синдром, что свидетельствует о глубоких нарушениях репродуктивной системы и нейроэндокринных центров, регулирующих ее деятельность. Циклические нарушения при сохраненном ритме менструального цикла чаще выявлялись у пациенток с невынашиванием беременности ( $P < 0,01$ ).

Особенностью объективного статуса обследованных женщин является достаточно высокая частота эндокринно-обменных нарушений; ожирение (у 41,7%), гирсутизм (у 26,4%), акне (у 31,9%), стрии (у 13,5%), галакторея (у 6,1%). У 64,3% пациенток с НМЦ установлены ановуляция и чередование ановуляции с недостаточностью лютеиновой фазы, свидетельствующие о значительном угнетении функции яичников.

Была обнаружена тесная взаимосвязь ( $r=0,68$ ) между характером нарушений менструальной функции и ультразвуковыми изменениями органов малого таза. Результатами УЗИ установлена значимость гипоплазии матки и поликистозно измененных яичников в формировании НМЦ.

У 36,8% женщин с нарушением менструального цикла была диагностирована патология гормонозависимых органов (шейки и тела матки, молочных желез) с превалированием пролиферативных процессов. У пациенток с акциклическими маточными кровотечениями в каждом втором случае (55%) была диагностирована патология эндометрия с преобладанием гиперпластических процессов. При этом в 88% случаев результаты гистологического исследования эндометрия совпали с гистероскопическими.

У всех 163 обследованных с НМЦ были установлены различные нарушения гормонального статуса. Наиболее выраженные изменения были отмечены по концентрациям гонадотропинов, андрогенов, пролактина и половых стероидов. Данные результаты свидетельствуют о главной роли указанных гормонов в патогенезе нарушений менструального цикла в условиях йододефицита, а также о гетерогенности и сложности диагностики патогенетических форм НМЦ только на основании исследования базальных уровней гормонов. В этой связи для уточнения уровня поражения в РС у больных с нормогонадотропным гипогонадизмом была проведена функциональная проба с эстрадиолом. Результаты гормональной пробы указывали на ненарушенный механизм положительной обратной связи между яичниками и гипофизом и свидетельствовали о первичном нарушении в яичниковом звене ГГЯС.

Нами установлено, что ведущей клинико-патогенетической формой нарушений менструального цикла у пациенток фертильного возраста в условиях йододефицита является центральная, составляющая 58,9% и характеризующаяся гипоталамо-гипофизарной дисфункцией и гипоталамо-гипофизарной недостаточностью. Гипоталамо-гипофизарная дисфункция выявлена у 30,1% больных с синдромом поликистозных яичников и у 18,4% – с функциональной гиперпролактинемией. Гипоталамо-гипофизарная недостаточность была установлена у 10,4% пациенток с нарушением менструального цикла.

Второе место в структуре клинико-патогенетических форм НМЦ занимает яичниковая форма, составляющая 25,8%. Больные с данной формой патологии (первичной яичниковой недостаточностью) представлены гипергонадотропным гипогонадизмом (13,5%) и нормогонадотропным гипогонадизмом (12,3%). На третьем месте была тиреоидная форма, характеризующаяся субклиническим гипотиреозом и составившая 15,3%.

Характер и объем реабилитационной терапии у пациенток с НМЦ определялись функциональным состоянием репродуктивной системы и установленной формой патологии, состоянием гормонозависимых органов. Лечение пациенток предусматривало восстановление менструального цикла, индукцию овуляции и в дальнейшем (при необходимости) наступление беременности. Стимулирующий эффект терапии оценивался как положительный при установлении регулярного менструального цикла с двухфазной базальной температурой.

Первый этап терапии был направлен на устранение эмоциональных, вегетативных и обменных нарушений. У пациенток с избыточной массой тела, независимо от клинико-патогенетической формы НМЦ, проводилось ее снижение с помощью редуцированной диеты, разгрузочных дней, физической активности. Снижение массы тела корригирует не только обменные процессы, но и нормализует стероидо- и фолликулогенез в яичниках. Назначались также регуляторы нейромедиаторного обмена ЦНС (перитол либо тегретол), способствующие нормализации нейрообменно-эндокринных нарушений путем регуляции секреции дофамина, серотонина и, опосредованно, гонадотропинов.

Второй этап реабилитации больных был направлен на коррекцию гормональных нарушений с учетом диагностированной патогенетической формы НМЦ. С этой целью пациенткам с синдромом поликистозных яичников назначались комбинированные эстроген-гестагенные препараты с антиандрогенным действием по традиционной схеме в течение 3-6 циклов. В результате терапии снижался уровень Т, нормализовалось соотношение ЛГ/ФСГ, уменьшались увеличенные размеры яичников, восстанавливался регулярный ритм менструаций.

У пациенток с функциональной гиперпролактине-

мией (ни у одной обследованной из данной группы не выявлено рентгенологических и офтальмологических признаков опухоли гипофиза) 2-й этап корригирующей терапии проводился с помощью бромкриптина (парлодела) по 2,5 мг в непрерывном режиме либо карбеголина (достинекс) по 0,25-0,5 мг дважды в неделю под контролем уровня пролактина в крови и ТФД. Длительность лечения составила 3-6 циклов. На фоне приема препарата отмечено восстановление менструальных циклов у 93,3% пациенток.

Лечение больных с гипоталамо-гипофизарной недостаточностью на 2-м этапе проводилось циклической гормональной терапией в течение 3-6 мес. по традиционной схеме. Данная терапия способствовала пролиферации эндометрия, формированию рецепторного аппарата в органах-мишенях и повышала эффективность последующей стимуляции.

Больным с субклиническим гипотиреозом проводилась сочетанная терапия: калий йодид 200 мкг/сут + циклическая гормональная терапия в течение 3-6 циклов под контролем уровня ТТГ в крови и ТФД. Данная терапия приводила к снижению уровня ТТГ с восстановлением функции щитовидной железы и регулярному овуляторному менструальному циклу.

Больным с гипергонадотропным гипогонадизмом на 2-м этапе проводилась терапия даназолом по 600 мг/сут, в течение 3-х циклов, с последующим переходом на заместительную циклическую гормональную терапию не менее 12 месяцев. На фоне терапии даназолом значительно снижалась повышенная концентрация ФСГ, ЛГ, присоединение циклической гормонотерапии приводило к дополнительному снижению гонадотропинов и возрастанию концентрации Е2. На фоне проводимой терапии у всех пациенток данной группы отмечались закономерная менструальноподобная реакция, восстановление овуляции было у каждой четвертой.

Лечение пациенток с нормогонадотропным гипогонадизмом, т.е. нормальными значениями гонадотропинов и первичной яичниковой недостаточностью проводилась конъюгированными эстрогенами (премарин) либо эстрофемом с последующим назначением дидрогестерона по 20 мг. Длительность терапии составила 3 цикла. Подобная терапия предотвращает нежелательное пролиферативное действие эстрогенов на матку и молочные железы, обладает антианδροгенной активностью и не имеет отрицательного воздействия на метаболизм жиров и углеводов.

Третий этап реабилитационной терапии пациенток с нарушением менструальной функции заключался в обеспечении процесса овуляции. Индукция овуляции проводилась как непрямыми, так и прямыми стимуляторами: человеческий менопаузальный гонадотропин (пергонал, меногон), хорионический гонадотропин, профази, кломифен-цитрат по традиционным схемам под контролем ТФД, УЗИ.

Поэтапная дифференцированная патогенетическая терапия в целом привела к восстановлению менструальной функции – 82,8% (135 из 163), овуляции – 63,8% (104 из 163) и наступлению беременности у каждой второй – 41,7% (68 из 163) пациентки с нарушением репродуктивной функции. Конечный эффект лечебных мероприятий зависел от клинко-патогенетической формы патологии, длительности НМЦ, степени выраженности овариальной недостаточности и вовлечения в патологический процесс сопряженных эндокринных желез. Наиболее перспективными в отношении восстановления генеративной функции являются пациентки с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией и субклиническим гипотиреозом.

Восстановление регулярного ритма менструаций, овуляции и наступление беременности на фоне 3-этапного лечения свидетельствует о том, что у большинства больных функциональные резервы гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы были сохранены и применение вышеуказанной терапии является патогенетически обоснованным.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Mbizvo M.T. Reproductive and sexual health : a research and developmental challenge // Cent. Afr. J. Med. – 1996. – Vol. 42. – №3. – P. 80-85
- 2 Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России // Акуш. и гин. – 2002. – №2 – С. 4-7
- 3 Фролова О.Г., Токова З.З. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья // Акуш. и гин. – 2005. – №1. – С. 3-6
- 4 Грицинская В.Л. Особенности репродуктивного здоровья девочек коренного населения республики Тыва // Акуш. и гин. – 2011. – №2. – С. 114- 117
- 5 Осадчая О.В., Лысенко О.В. Нарушения менструального цикла. – М.: СПб, 2003. – 93 с.
- 6 Кузнецова И.В. Патогенез, диагностика и принципы лечения эндокринных гинекологических заболеваний у женщин с патологическим становлением менструальной функции: дисс. ... д-ра мед. наук.: 14.00.01. – М., 1999
- 7 Chandran L., Alderman E.M., Windle M.L., Wolfram W. (Eds). Menstruation Disorders // Clin. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 30. – №1. – P. 10-27
- 8 Krassas G.E. Reproductive function in patients with thyroid disease // Hot Thyroidology 2: November. – 2002. – P. 370-392
- 9 Fritz M.A., Speroff L. The endocrinology of the menstrual cycle : the interaction of folliculogenesis and neuroendocrine mechanism // Fertil. Steril. – 2002. – Vol. 38. – №5. – P. 509-529
- 10 Koutras D.A. Disturbances of menstruation in thyroid disease.// Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2007. – Vol. 17. – №8. – P. 280-284
- 11 Раисова А.Т. Норма и патология в детской и подростковой гинекологии. – Алматы – 2013. – 223 с.
- 12 Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М. Вихляевой. – М: МИА. 1997. – 765 с.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**А.Т. РАИСОВА, Р.Г. НУРХАСИМОВА,  
А.Ж. ЗУЛПУХАРОВ, Д.С. ЖУНИСОВ,  
Ш.Ш. САДЫКОВА, К.Ж. РЫСКУЛДИЕВА**

*К.А. Яссауи атындағы Халықаралық  
Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ.*

**МЕНСТРУАЛДЫ ЦИКЛІ БҰЗЫЛҒАН ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ  
ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ  
ТЕРАПИЯНЫҢ ЗАМАНАУИ ПРИНЦИПТЕРІ**

**Зерттеу мақсаты** – дифференциаланған емдеу іс-шараларын негіздей отырып, йод тапшылығы жағдайларында репродуктивті жастағы менструалды циклдің емханалық-патологиялық үлгілерінің бұзылуын нақтылауы.

**Материал және әдістер:** 19- 35 жастағы (орт. 27,6±3,3 жастағы) менструалды циклді бұзылған 163 емделуші кешенді емханалық-зертханалық зерттеуден өтті. Кешенді патогенетикалық терапия функционалды диагностика сынақтарының бақылауымен (ТФД) және корригирленетін гормондық көрсеткіш деңгейінің бақылауымен жүргізілді.

**Нәтижелер және талқылаулар:** Анықталғандай, йод тапшылығы жағдайындағы фертильді жастағы емделушінің менструалды циклінің бұзылуының жетекші емханалық-патогенетикалық үлгісі 58,9% құрайтын және гипоталамо-гипофизар дисфункциясымен дәне гипоталамо-гипофизар

тапшылығымен сипатталатын орталық болып табылады. НМЦ емханалық-патогенетикалық үлгілер құрылымындағы екінші орынды 25,8% құрайтын, аналық безінің үлгісі алады. Үшінші орында 15,3% құрайтын және қосалқы емханалық гипотиреозбен сипатталатын тиреоидті үлгі болған.

Кезеңдік дифференцияланған патогенетикалық терапия жалпы менструалдық қызметті – 82,8%, овуляцияның қалпына келуіне – 63,8% және репродуктивті қызметі бұзылған емделушінің – 41,7% әрбір екіншісінің жүкті болуына әкелген.

**Қорытынды:** Менструация, овуляцияның тұрақты ырғағын және 3 кезеңдік емделу салдарындағы жүкті болу қабілетін қалпына келтіру көрсеткендей, көптеген сырқаттанушылардың гипоталамо-гипофизарно-аналық безі жүйесінің функционалдық резервтері сақталған және жоғарыда көрсетілген терапияны қолдану патогенетикалық негізді болып табылады.

**Негізгі сөздер:** менструалды циклдің бұзылуы, бала туатын жастағы әйелдер, йод тапшы аймақ.

#### SUMMARY

A.T. RAISOVA, R.G. NURHASIMOVA,

A.Z. ZULPUHAROV, D.S. DZUNISOV,

Sh.Sh. SADIKOVA, K.Dz. RYSKULDIEVA

K.A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,  
Turkestan c.

#### MODERN PRINCIPLES OF THE DIAGNOSIS AND PATHOGENETIC TREATMENT OF PATIENTS WITH MENSTRUAL DISORDERS

The aim of the study was to clarify the clinical and

pathogenic forms of menstrual disorders in the reproductive age under the conditions of iodine deficiency, with the justification of differentiated therapeutic activities.

**Material and methods:** a comprehensive clinical and laboratory examination of 163 patients with various menstrual disorders, at the age of 19 – 35 years (mean  $27.6 \pm 3.3$  years) was conducted. The complex pathogenetic therapy was conducted under the control of functional diagnostics tests (FDT) and levels of correctable hormonal parameters.

**Results and discussion:** It was found that, the leading clinical-pathogenic form of menstrual disorders in women of childbearing age in the conditions of iodine deficiency was the central one, making 58.9% and characterized by the hypothalamic-pituitary dysfunction and hypothalamic-pituitary insufficiency. The second place in the structure of clinical-pathogenic forms of MD was taken by the ovarian form making 25.8%. The third place was taken by the thyroid form characterized by subclinical hypothyroidism and making 15.3%.

The phased differentiated pathogenetic therapy generally led to the restoration of the menstrual function – 82.8%, the ovulation – 63.8% and the pregnancy – in every second – 41.7% of patients with reproductive dysfunction.

**Conclusions:** The restoration of the regular menstrual rhythm, ovulation and pregnancy in the course of the 3 – stage treatment suggests that the functional reserves of the hypothalamic-pituitary-ovarian system remained in the majority of patients, and the application of the therapy above was pathogenetically justified.

**Key words:** menstrual disorders, women of childbearing age, iodine deficiency area.

УДК 616.36-002-008.6

Ю.М. ХАЙДАРОВА, Г.М. КУРМАНОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА СМЕШАННОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ С И В

Согласно новому Кодексу «О здоровье народа и системе здравоохранения», принятому в сентябре 2009 года, Правительство Казахстана утвердило новый перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в среди которых отмечены и вирусный гепатит В и С. Вирус гепатита С является причиной 20% всех случаев острого гепатита, а хроническая HCV-инфекция ответственна за развитие 70% хронического гепатита, и в исходе HCV-инфекция у 40% всех наблюдений приводит к терминальному циррозу печени, 60% случаев к гепатоцеллюлярной карциноме и в 30% случаев является причиной направления пациента на трансплантацию печени [2].

Однако, вирусные гепатиты не ограничиваются поражением печени, а представляют собой системное заболевание. У 40-45% больных, наряду с печеночными проявлениями, наблюдаются разнообразные внепеченочные симптомы [1, 2]. Из внепеченочных проявлений ВГС смешанная криоглобулинемия обнаруживается наиболее часто, особенно у женщин среднего и пожилого возраста с длительно текущей инфекцией [1].

Патогенез внепеченочных проявлений и системных осложнений при вирусных гепатитах связывают с репликацией вирусов вне гепатоцитов, например, в почках, поджелудочной и слюнных железах, образованием циркулирующих иммунных комплексов, активацией биологических веществ (цитокинов и других) с последующим повреждающим действием [1, 3].

**Ключевые слова:** вирусный гепатит С и В, смешанная криоглобулинемия, полиморфизм кожных проявлений.

**Ц**ель исследования – анализ клинических проявлений синдрома смешанной криоглобулинемии у больных с вирусным гепатитом В и С.

#### Материал и методы

Нами было обследовано 16 больных с клиническими проявлениями СКГ, среди которых мужчины составили

43,8%, а женщины 56,2%. Возраст больных от 27 до 59 лет, средний – 43,2 года.

Диагноз выставлялся согласно клиническим критериям диагностики криоглобулинемии (Monti и соавт., 1995).

• Наличие более 2-х признаков из триады Мельтцера (геморрагическая пурпура, слабость, артралгия).