

Глава 2.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

2.1. Характеристика обследованных лиц

Нами был проведен анализ результатов популяционного эпидемиологического исследования 500 девушек от 14 до 20 лет (средний возраст составил $17,5 \pm 2,1$ лет) и 696 женщин репродуктивного возраста от 21 до 44 лет (средний возраст $33,9 \pm 6,1$ года), которые были отобраны методом случайной выборки. Анализировали также данные годовой отчетности, предоставленные департаментом здравоохранения г.Иркутска: данные отчетов детских эндокринологов г.Иркутска за 2000-01 г.г.; годового отчета городской эндокринологической службы г.Иркутска за 2001 год.

Кроме того, проводился анализ результатов обследования, динамического наблюдения и лечения больных, находившихся на лечении в отделениях эндокринологии ГКБ N 10, гинекологической эндокринологии ГКБ N 6 г. Иркутска и гинекологического отделения Иркутской областной клинической больницы с 1991 по 2000 год. Так было обследовано 327 девушек и женщин в возрасте от 14 до 44, страдающих ГС.

Контрольные группы составили 25 здоровых женщин репродуктивного возраста (средний возраст – $26,48 \pm 5,28$) и 25 здоровых девушек (средний возраст составил $17 \pm 0,5$ лет), с индексом массы тела (ИМТ) не более 26 (средний ИМТ – $20,96 \pm 1,69$), с размером щитовидной железы не более первой степени увеличения, с отсутствием нейро-эндокринных, трофических нарушений, соматической патологии, не принимающие лекарственных препаратов, в том числе гормональных

контрацептивов.

В таблице 1. представлено общее количество обследованных женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом и девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода и их количество в группах с различными вариантами овариальных нарушений.

Таблица 1.

Количество обследованных больных с гипоталамическим синдромом.

	Количество (человек)
Женщины репродуктивного возраста с ГС (средний возраст $28,7 \pm 6,06$ лет), из них:	167
- с поликистозом яичников	88
- с дисфункцией яичников	79
Девушки с ГСПП (средний возраст $17 \pm 0,6$ лет), из них:	160
- с поликистозом яичников	44
- с дисфункцией яичников	72
- с гипофункцией яичников	44

Критериями диагностики ГС явились: наличие нейро-эндокринных нарушений (ожирение с ИМТ более 26), трофические нарушения (стрии, фолликулит, гиперпигментация, гиперкератоз), нарушения водно-солевого обмена (отеки), нарушения углеводного обмена, лакторея, нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, мотивационные расстройства (гиперфагия, гиперфагическая реакция на стресс, нарушения либидо) вегетативно-сосудистые и

терморегуляторные нарушения (субфебрилитет с термоинверсией и термоассиметрией, гипертермические кризы), нарушения сна, неврологические и психоэмоциональные расстройства. При наличии отеков исключали заболевания почек с нарушением выделительной функции и заболевания сердца с нарушением кровообращения. При наличии расстройств терморегуляции исключали носительство инфекций (туберкулеза, токсоплазмоза, инфекций, передающихся половым путем), вирусоносительство, ревматизм и прочие системные заболевания. Оценка степени ожирения осуществлялась методом вычисления индекса массы тела (ИМТ), который определяется как отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах, возведенной в квадрат (G. Вrey, 1978):

$$\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / (\text{рост (м)})^2$$

В таблице 2 дана клиническая характеристика обследованных больных с гипоталамическим синдромом.

Таблица 2.

Клиническая характеристика обследованных больных с гипоталамическим синдромом.

Основные клинические симптомы	Частота выявления у женщин с ГС (%) n=167	Частота выявления у девушек с ГСПП (%) n=160
1. Трофические нарушения		
1.1 Стрии	100	100
1.2. Гиперкератоз	43	34
1.3. Фолликулит	15	11
1.4. Гиперпигментация	11	6

2. Ожирение	99 (ИМТ=30,8±2,2кг/м ²)	52* (ИМТ=26,2±2,1кг/м ²)
3. Мотивационные нарушения		
3.1.Гиперфагия	30,5	29
3.2.Гиперфагическая реакция на стресс	61,3	27*
3.3.Снижение либидо	40,3	-
4.Нарушения терморегуляции	29	13
5. Нарушения менструального цикла		
5.1.Аменорея I	0	6*
5.2.Аменорея II	14	23
5.3.Олигоменорея	41	29
5.4.ДМК	16	4*
6.Отеки	51	12
7.Нарушения углеводного обмена	21	4*
8.Лакторея	24	6*
9.Вегетативно-сосудистая дистония	62	51
9.Нарушения сна	61	39*
10.Неврологические нарушения	80	46*
11.Предменструальный синдром	61	32*

*-p < 0,05 (для χ^2)

Таким образом, у женщин репродуктивного возраста ведущими симптомокомплексами гипоталамического синдрома явились: трофические нарушения, ожирение, мотивационные и неврологические расстройства и нарушения менструального цикла.

У девушек к ведущим проявлениям ГС можно отнести: трофические нарушения, нарушения менструального цикла, ожирение и вегетативно-сосудистую дистонию. В сравнении с женщинами репродуктивного возраста для подростков было менее характерно ожирение, реже выявлялись расстройства сна, мотиваций, неврологические симптомы и предменструальный синдром, а также лакторея и нарушения углеводного обмена (все $p < 0,05$ (для χ^2)).

При выделении клинических групп с различными овариальными нарушениями использовались следующие критерии:

Критерии диагностики вторичного поликистоза яичников у больных гипоталамическим синдромом:

Клиническая симптоматика (нарушения менструальной функции – аменорея, олигоменорея, дисфункциональные маточные кровотечения; кожные проявления гиперандрогении: акне вульгарис, гирсутизм и/или гипертрихоз).

Эхографические признаки: мелкокистозная структура яичников с множеством диффузно или периферически по отношению к увеличенной в объеме строме расположенных фолликулов с диаметром не более 10 мм (в среднем – 4-8 мм (Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., 2001)), увеличение размеров яичников с их объёмом более 8,8 см³, отсутствие овуляции при мониторинге фолликулогенеза.

Гормональные нарушения: увеличение соотношения ЛГ/ФСГ, определение повышенного уровня тестостерона в сыворотке крови и (или) – суммарных 17 – КС в моче.

Для исключения надпочечниковой гиперандрогении при 17 – КС более 40 мкмоль/л и (или) повышенном уровне тестостерона проводилась комбинированную пробу с дексаметазоном (5 дней по 2 мг в сутки) и хорионическим гонадотропином (2 дня по 1,5 тыс. ЕД), а для исключения гиперандрогении опухолевого генеза – «большая» проба с дексаметазоном.

Для выявления стертых форм врожденной вирилизирующей дисфункции коры надпочечников определяли уровень 17-ОН-прогестерона в сыворотке крови, который повышен при надпочечниковой патологии, и при его повышении исключали больных из исследования.

Вспомогательное значение при диагностике поликистоза яичников у больных ГС имело измерение ректальной температуры с помощью которой регистрировалась ановуляция.

Диагностическая лапароскопия и биопсия яичников для подтверждения диагноза поликистоза яичников производилась, как правило, в сомнительных случаях (у 26 женщин, что составило 29,6 % больных с ГС и ПКЯ) или если необходимость эндоскопического вмешательства определялась наличием трубно-перитонеальных факторов бесплодия. Гистоструктура яичников при вторичном ПКЯ характеризовалась отсутствием доминантных фолликулов, желтых тел, атрезией множества мелкокистозных фолликулов с небольшой гиперплазией клеток внутренней теки, что соответствует общепринятым морфологическим критериям диагностики поликистоза яичников (Кулаков В.И., Серов В.Н. с соавт., 2001) .

Критерии диагностики гипофункции яичников (гипогонадизма) у больных ГС:

Клиническая симптоматика: нарушения менструального цикла (аменорея, олигоменорея). У девушек-подростков при оценке половой

формулы регистрировалось отставание её параметров не менее, чем на 2 года в сравнении с возрастным стандартом.

Эхографические признаки: уменьшение в размерах матки; уменьшение величины М-эхо менее 5 мм в середине цикла или на фоне аменореи; отсутствие доминантных фолликулов и жёлтых тел.

Гормональные критерии: снижение уровня эстрадиола при сниженных или нормальных уровнях гонадотропинов.

Гипергонадотропные состояния при обследовании пациенток с ГС выявлены не были.