

Критерии диагностики дисфункции яичников у больных ГС:

Клиническая симптоматика: нарушения менструальной функции.

Овуляторный статус: ановуляторный или гиполютеиновый тип ректальной температуры;

снижение уровня прогестерона во второй фазе менструального цикла;

эхографические признаки: отсутствие во второй фазе цикла жёлтого тела или недостаточная функция жёлтого тела по данным доплерографии; отсутствие или недостаточная секреторная трансформация эндометрия; ретенционные кисты при нормальных размерах матки и высоте эндометрия не менее 0,5 мм.

Характеристика сопутствующих заболеваний у больных гипоталамическим синдромом.

Из сопутствующей патологии на момент обследования у 41% девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода выявлялись заболевания ЛОР-органов, у 17% - заболевания желудочно-кишечного тракта, 58% имели хронический пиелонефрит, 14 % - полинозы и пищевую аллергию, 5%- герпетическую инфекцию, 5 % - астено-вегетативный синдром, 1% - несахарный диабет. Кроме того, у 8,6% девушек с гипоталамическим синдромом пубертатного периода были диагностированы воспалительные заболевания придатков матки (сальпингиты), у 1,1 % - опухолевидные (ретенционные) образования яичников, у 3%- первичная дисменорея,

Женщины, страдающие гипоталамическим синдромом, характеризовались закономерно более высокой частотой сопутствующей патологии, чем девушки с гипоталамическим синдромом пубертатного периода. Так, среди сопутствующих заболеваний у обследованных женщин репродуктивного возраста были выявлены: хронический пиелонефрит-у 51,8%; нефроптоз-у 4,6 %, солевой диатез-у 4,6 %;

почечная колика и почечно-каменная болезнь - у 1,15 %; киста почки - 3,45 %; гастрит у 9,2 %; холецистит - у 9,2%, перегиб желчного пузыря - 3,45 %; хронический гепатит - у 2,3 %; хронический панкреатит - у 5,7 %; язвенная болезнь 12-перстной кишки -1,2 % ; дуоденит - 1,15 %; гипертоническая болезнь -2,3%; миокардиодистрофия – у 12,7%; хронический тонзиллит - у 19,2 %; хронический бронхит - у 2,3 %; эмфизема легких -1,2 %; варикозное расширение вен и тромбофлебит - у 3% больных. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости жировой гепатоз обнаруживался у 16,1% больных, а липоматоз поджелудочной железы - у 5,75 %;

Кроме того, у женщин с ГС выявлялась гинекологическая патология: привычное невынашивание беременности - у 3,5%; дисгормональная мастопатия у 9,2 %; воспалительные заболевания придатков матки – у 12,7%, генитальный эндометриоз – у 9,2% Частота гиперпластических процессов эндометрия составила 6%, в том числе и атипическая эндометриальная гиперплазия - 1,2%; фибромиома матки была у 3,45%; доброкачественные опухоли яичников- у 3,5 % женщин; эндоцервикоз – у 12%.

Состояние щитовидной железы у больных гипоталамическим синдромом.

Поскольку все наши пациентки проживали в условиях эндемии зоба, нами учитывалось состояние щитовидной железы при ГС. Для установления степени йоддефицита ВОЗ определены, как минимум, два параметра: распространенность зоба в популяции (среди школьников) по данным пальпации и УЗИ и определение концентрации йода в моче (Баранов А.А., Щеплягина Л.А. , 1994; И.И.Дедов, Г.А.Герасимов, Н.Ю.Свириденко,1999). По данным Т.Г.Селиверстовой (1999), частота выявления йоддефицита у детей в г. Иркутске в целом составляет 80%,

при этом по уровню йодурии они распределяются следующим образом: йоддефицит легкой степени – у 37%, средней степени – 49% и тяжелой степени – 13,5%. Степень гиперплазии щитовидной железы возрастает по мере снижения йодурии. В Иркутской области распространенность йоддефицитных состояний составляет от 60 до 87 %.

Гипотиреоз у больных диагностировался совместно с терапевтом и эндокринологом на основании предъявляемых жалоб больной, характерной клинической симптоматики: отеки, избыточный вес, пастозность языка, трофических нарушений (сухость кожи, выпадение волос), психоэмоциональных нарушений и т. д. Лабораторным подтверждением наличия первичного гипотиреоза являлось повышение уровня ТТГ и снижение уровня Т₃ и (или) Т₄; в данном случае гипотиреоз трактовался нами, как сопутствующее заболевание. Лабораторным критерием гипотиреоза вторичного или третичного являлось снижение уровня ТТГ и тиреоидных гормонов; при таких условиях мы рассматривали гипотиреоз как проявление гипоталамического синдрома.

В группе девушек с ГСПП эндемический зоб в целом нами выявлен у 73,9% больных. По степеням увеличения щитовидной железы больные распределились следующим образом: I степень выявлена у 67% больных; II степень увеличения щитовидной железы выявлена у 12% больных (классификация ВОЗ, 1994г.). Гипотиреоз был у 70,9% больных ГСПП.

Наиболее часто гипотиреоз выявлялся в группе больных с вторичным поликистозом яичников (93%), несколько реже - в группе с гипофункцией яичников (61%), а у больных с дисфункцией яичников частота выявления гипотиреоза была наименьшей (53%).

Первичный гипотиреоз (с повышенным ТТГ) был выявлен у 31 девушки, что составило 19% среди больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода в целом и, соответственно, - 27,4%

среди девушек с ГСПП и гипотиреозом (средний уровень ТТГ составил $4,1 \pm 0,8$ мМЕ/л при его значениях в группе здоровых девушек $2,02 \pm 0,16$ мМЕ/л, $p < 0,05$). Гипотиреоз с низкими концентрациями ТТГ был зарегистрирован у 17 девушек - 11 % среди девушек с ГСПП в целом и, соответственно, - 15% среди пациенток с гипотиреозом (средний уровень ТТГ в этой группе составил $1,34 \pm 0,16$ мМЕ/л при его значениях в контрольной группе $2,02 \pm 0,16$ мМЕ/л, $p < 0,05$). У остальных пациенток гипотиреоз диагностировался на основании снижения концентраций общих и (или) свободных Т3 и Т4 при нормальных уровнях ТТГ.

Состояние щитовидной железы у женщин с гипоталамическим синдромом.

При изучении состояния щитовидной железы у больных ГС с репродуктивными нарушениями эндемический зоб в целом нами выявлен у 71% больных. По степеням увеличения щитовидной железы больные распределились следующим образом: I степень выявлена у 14% больных; II степень увеличения щитовидной железы выявлена у 57% больных (классификация ВОЗ, 1994г.). Гипотиреоз был у 65% больных ГС.

При анализе структуры выявленных заболеваний щитовидной железы в подгруппах больных ГС было установлено, что пациентки с ГС и поликистозом яичников и женщины с ГС без поликистоза по частоте выявления сопутствующей тиреоидной патологии не отличались.

Первичный гипотиреоз (с повышенным ТТГ) был выявлен у 36 женщин, что составило 23% среди больных гипоталамическим синдромом в репродуктивном возрасте в целом и, соответственно, - 34,5% среди женщин с ГС и гипотиреозом (средний уровень ТТГ составил $4,3 \pm 1,2$ мМЕ/л при его значениях в группе здоровых женщин $2,3 \pm 0,6$ мМЕ/л, $p < 0,05$). Гипотиреоз с низкими концентрациями ТТГ был зарегистрирован у 10 женщин - 6,3 % среди пациенток с ГС в целом и, соответственно, - 10% среди пациенток с ГС и гипотиреозом (средний уровень ТТГ в этой

группе составил $0,8 \pm 0,12$ мМЕ/л при его значениях в контрольной группе $2,3 \pm 0,6$ мМЕ/л, $p < 0,05$). У остальных пациенток гипотиреоз диагностировался на основании снижения концентраций общих и (или) свободных Т3 и Т4 при нормальных уровнях ТТГ.