

3.2 Состояние репродуктивной системы у девушек и женщин с гипоталамическим синдромом.

3.2.1. Характеристика овариальных нарушений и реализация репродуктивного потенциала девушек с гипоталамическим синдромом.

Существовавшая ранее точка зрения об относительной благоприятности ГСПП в прогностическом отношении в настоящее время пересматривается, так как его отдаленные последствия весьма серьезны. Так, по нашим данным, у 29% женщин, страдающих гипоталамическим синдромом в подростковом возрасте были симптомы ГСПП, а при наличии вторичного поликистоза яичников, осложняющего течение ГС, клинические проявления гипоталамической дисфункции с пубертата регистрировались у 50% . Непосредственным пусковым моментом развития гипоталамического синдрома в репродуктивном возрасте у 17,5% женщин являлся перенесенный ГСПП, конкурируя по частоте с осложнениями течения беременности и родов, традиционно рассматриваемыми, как наиболее важные факторы развития гипоталамической нейро-эндокринной дисфункции.

Средний возраст обследованных девушек составил $17 \pm 0,6$ лет. Регулярный менструальный цикл имели 38% больных (61 девушка), а нарушения менструального цикла - 62% (99 девушек): первичная аменорея была у 6% (10 человек), вторичная у 23% (37 человек), олигоменорея у 29% (46 человек), ациклические кровотечения у 4% (6 девушек); средняя длительность кровопотери составляла $5,1 \pm 0,19$ дней.

При оценке структуры овариальных нарушений при ГСПП мы использовали классификацию А.А.Пищулина (1995 г.) Частота обнаружения дисфункции яичников была наибольшей и составила 45%, а

поликистоза и гипофункции яичников (гипогонадизма) – по 27,5% (табл. 4). К моменту обследования 100% девушек с дисфункцией яичников (72 человека) и ПКЯ (44 человека) имели менструации, а в группе с гипофункцией яичников (44 человека) менструировали всего 77% (34 девушки). Возраст менархе в группах существенно не отличался и составил в среднем $12 \pm 0,2$ лет.

Таблица 4.

Связь нарушений овариальной функции с наличием ГСПП.

Тип овариальных расстройств	Частота в группе больных ГСПП (%)	χ^2	P(достигнутый уровень значимости)	Phi-Coefficient
Дисфункция яичников	45	17,89	0,001	-0,3
Поликистоз яичников	27,5	13,18	0,001	-0,26
Гипофункция яичников	27,5	22,86	0,001	-0,34

Примечание: Phi-Coefficient показывает степень, силу связи.

Анализ таблиц сопряженности для качественных признаков, определяющих принадлежность обследуемых к группе с ГСПП или здоровым и конкретных нарушений овариальной функции (дисфункция яичников, поликистоз яичников, гипофункция яичников) позволил выявить наличие статистически значимой взаимосвязи нарушений овариальной функции с наличием ГСПП (таблица 4), причем сила этих связей существенно не отличалась при различных овариальных расстройствах. Таким образом, все указанные нарушения овариальной

функции являются одинаково типичными проявлениями гипоталамического синдрома пубертатного периода.

Характер менструальных нарушений у девушек с ГСПП и различными овариальными нарушениями представлен в таблице 5.

Таблица 5.
Характер менструальных нарушений у девушек с ГСПП

Нарушения менструального цикла (%)	Больные с дисфункцией яичников N=72	Больные с поликистозом яичников N=44	Больные с гипофункцией яичников N=44
Аменорея I	0	0	22,7(10)
Аменорея II	19,4 (14)	36,4 (16)	15,9(7)
Олигоменорея	20,8 (15)	36,4 (16)	34,1(15)
ДМК	2,8 (2)	9,1(4)	0

Примечание: %- указана частота данного вида НМЦ в каждой подгруппе, в ()- количество человек.

При анализе таблиц сопряженности для качественных признаков, характеризующих тип овариальных нарушений при ГСПП (дисфункция яичников, поликистоз яичников, гипофункция яичников) и вариантов расстройств менструальной функции обнаружены статистически значимые положительные взаимосвязи дисфункции яичников и поликистоза яичников– с олигоменореей и вторичной аменореей ($\chi^2 = 7,866$, $p=0,049$ для дисфункции яичников и $\chi^2 = 12,88$, $p=0,005$ для поликистоза яичников), а гипофункции яичников- с олигоменореей и первичной аменореей ($\chi^2 = 31,43$, $p=0,001$).

При анализе сексуальной активности доли девушек, регулярно живущих половой жизнью среди больных ГСПП и здоровых существенно не отличались, как и процент девушек, живущих половой жизнью и не предохраняющихся от беременности. Отношение к контрацепции у сексуально активных больных с ГСПП отличалось в зависимости от типа овариальных нарушений: так, чаще отказывались от контрацепции пациентки с гипофункцией яичников ($\chi^2 = 6,91$, $p = 0,032$). По-видимому, это было связано с уверенностью больных в том, что они не могут забеременеть на фоне грубых нарушений менструальной функции.

Для оценки репродуктивного поведения и реализации детородной функции сексуально активных девушек с ГСПП использован метод однофакторного дисперсионного анализа который был дополнен рядом непараметрических методов (критериев) и анализ таблиц сопряженности.

В результате сравнения генеральных средних между группой здоровых и больных ГСПП, живущих половой жизнью, не выявлено статистически значимых различий между длительностью половой жизни в группах в среднем и отношением длительности половой жизни к возрасту (табл. 6).

В связи с тем, что для группы больных ГСПП распределение изучаемых показателей имело отклонения от нормального, отсутствие различий показателей было подтверждено также с помощью непараметрических методов: метода Вилкоксона, непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Валлиса, медианного теста и критерия Ван дер Вардена

При анализе реализации репродуктивной функции у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода, живущих половой жизнью, использовали таблицы сопряженности, статистическую значимость различий определяли с учетом критерия χ^2 .

Таблица 6.

Характеристика продолжительности половой жизни у больных с гипоталамическим синдромом пубертатного периода

Признаки	Здоровые девушки, n=40		Больные ГСПП, n=160	
	M±m	Min-Max	M±m	Min-Max
Отношение длительности половой жизни к возрасту	0,059±0,01	0,030-0,080	0,032±0,02	0,019-,040
Длительность половой жизни, лет	1,130±0,2	0,630-1,620	0,620±0,1	0,380-,870

Примечание: M±m - генеральная средняя и ее ошибка,

Min-Max - минимальное и максимальное значение доверительного интервала.

В группе здоровых 7,5% имели беременности, которые заканчивались медицинскими абортами, тогда как у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода, живущих половой жизнью, беременностей зарегистрировано не было ($p < 0,05$), что свидетельствует о значимо меньшей реализации репродуктивного потенциала при ГСПП.

В результате сравнения генеральных средних и таблиц сопряженности показателей, характеризующих репродуктивный статус у девушек с различными овариальными нарушениями, нами не выявлено статистически значимых межгрупповых различий, что, видимо, связано с молодым возрастом пациенток и невысокой сексуальной активностью в целом.