

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении репродуктивных нарушений, проблема бесплодия остается одной из наиболее важных в медицине, участвуя наряду с прочими факторами в создании неблагоприятной демографической ситуации в России. Частота бесплодия в Сибири (О.С.Филиппов, 1999) составляет 16,7-19%, причем эндокринные причины бесплодия выявляются в 26,9% случаев. Обращает на себя внимание негативная динамика показателей гинекологической заболеваемости подростков (Кантаева Д.К., Омаров С.-М.А., 2001). Так, среди девушек до 16 лет, живущих половой жизнью, нарушения репродуктивного здоровья отмечаются у 73% (Загорельская Л.Г., Чижова Ж.Г., Севастьянова Т.А., 2001).

В настоящее время не вызывает сомнений, что наиболее часто причиной нарушений овариально-менструальной функции являются расстройства гипоталамо-гипофизарной регуляции. Выбор ГС как модели нарушений взаимодействия основных регуляторных систем объясняется растущей распространенностью нейро-эндокринных гипоталамических синдромов среди девушек и женщин, многообразием клинических проявлений и гормонально-метаболических расстройств.

По данным эпидемиологических исследований, проведенных ранее в Иркутске, частота обнаружения ГСПП колеблется в различных районах города от $10,9 \pm 0,4$ до $23,3 \pm 0,21$, составляя в среднем $17,2 \pm 0,7$ на 100 обследованных. Однако данное исследование проводилось у школьников до 17 лет (Лысак Л.И., 1997 год). Эпидемиологические исследования распространенности гипоталамического синдрома у женщин ранее не проводились. В результате проведенного нами обследования школьников и студенток 1-х курсов вузов г. Иркутска, средний возраст которых составил $17 \pm 0,6$ лет выявлено, что активная форма ГСПП выявляется у 12,4%, тогда как распространенность по данным обращаемости составляет 18,6 на 1000 населения

соответствующего пола и возраста (1,86%). У женщин распространенность ГС по данным обращаемости также была многократно ниже (2,6 на 1000 населения-0,26%), чем полученные нами данные при профосмотре (7,1%). Большая частота гипоталамической патологии в молодом возрасте диктует необходимость изучения влияния ГС на состояние репродуктивного здоровья.

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.

При оценке структуры овариальных нарушений при ГСПП наибольшей была частота обнаружения дисфункции яичников (45%), а частота выявления поликистоза и гипофункции яичников (гипогонадизма) составила по 27,5%. Нарушения менструального цикла оказались одним из наиболее частых симптомов ГСПП: так, регулярный менструальный цикл имели всего 38% больных ГСПП, а нерегулярный - 62%: первичная аменорея была у 6%, вторичная у 23%, олигоменорея у 29%, ациклические кровотечения у 4%. Выявлена специфика нарушений менструального цикла при разных вариантах овариальных расстройств у девушек с ГСПП: так, для дисфункции яичников и поликистоза яичников более характерны задержки менструаций и вторичная аменорея, в то время как первичная аменорея чаще выявляется при гипофункции яичников. Хотя возраст менархе в группах существенно не отличался и составил в среднем $12 \pm 0,2$ лет, к моменту обследования

100% девушек с дисфункцией яичников и ПКЯ имели менструации, а в группе с гипофункцией яичников менструировали всего 77%.

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. При анализе репродуктивного поведения и реализации детородной функции сексуально активных девушек с ГСПП не выявлено статистически значимых различий между следующими признаками: возраст начала половой жизни, количество родов, выкидышей, внематочных беременностей. В то же время у здоровых девушек было существенно больше беременностей и медицинских аборт. Таким образом, у пациенток с ГСПП реализация репродуктивного потенциала в сравнении со здоровыми сверстницами значительно ниже. Анализ исходов беременностей у здоровых девушек свидетельствует о низком уровне информированности и недостаточной распространенности современных методов контрацепции у молодежи, поскольку большинство беременностей были неплановыми и закончились медицинскими абортами.

Молодой возраст пациенток с ГСПП и невысокая сексуальная активность в целом объясняет, на наш взгляд, отсутствие существенных межгрупповых различий параметров, характеризующих реализацию репродуктивного потенциала, у девушек с ГСПП и различными овариальными нарушениями.

Среди женщин репродуктивного возраста при эпидемиологическом исследовании на первичное или вторичное бесплодие указывали 23,2% респонденток, отнесенных нами к группе ГС, однако при анализе факторов риска бесплодия (по О.С.Филиппову, 1999) потенциально бесплодными можно было считать 48,97% опрошенных женщин с ГС. Среди женщин, не вошедших в группу с ГС, на бесплодие указывали лишь 10,2%.

Детальное изучение состояния репродуктивной системы у 167 женщин с ГС позволило выявить поликистоз яичников у 53%, а дисфункцию яичников – у 47% обследованных. Регулярный менструальный цикл имели лишь 29% больных с ГС, а нерегулярный - 71%; первичной аменореи выявлено не было, а вторичная у отмечалась у 14 % больных.

Частота бесплодия у больных ГС составила 46%, из них 52% женщин имели первичное бесплодие, 48%- вторичное. Таким образом, мы выявили некоторые отличия между данными эпидемиологического скрининга и углубленного обследования больных ГС. Ведущими причинами бесплодия у женщин с ГС являются изолированные эндокринные нарушения (45 %), нарушения проходимости маточных труб (13 %), и их комбинация (24%). Кроме того, было обнаружено, что количество самопроизвольных выкидышей больше у женщин с ГС, чем в группе контроля.

Частота и структура бесплодия у женщин с нейро-эндокринной формой ГС отличалась в зависимости от наличия или отсутствия ПКЯ: так, частота бесплодия у больных ГС с ПКЯ, по нашим данным, составила 55 %, а у больных ГС без ПКЯ – 41% . Доля первичного бесплодия была выше у женщин с ПКЯ, составляя в этой группе 81% от всего бесплодия, тогда как у женщин без ПКЯ первичное бесплодие отмечалось у 57% нефертильных женщин.

Таким образом, нами показано, что реализация репродуктивной функции в группе больных ГС ниже, чем у здоровых женщин, и у больных ГС с ПКЯ – также ниже, чем в группе больных без ПКЯ, что не противоречит литературным данным о состоянии фертильности при ПКЯ в целом (Алиева Э.А. с соавт., 1991, Серов В.Н., 1995; Кузнецова И.В., Стрижаков А.Н., 1996; Гилязутдинова З.Ш., Гилязутдинов И.А., 1998).