

## **1.7. Методы диагностики и лечения больных гипоталамическим синдромом.**

Учитывая сложные патогенетические механизмы и многообразие клинических проявлений, для подтверждения диагноза «Гипоталамический синдром» применяются многие инструментальные и лабораторные исследования: ЭЭГ, краниография, исследование глазного дна, анализ биохимического состава крови, определение уровня гормонов гипофиза (пролактин, ЛГ, ФСГ, ТТГ и АКТГ), щитовидной железы, надпочечников и яичников в плазме крови; УЗИ органов малого таза и другие методы. В то же время до сих пор диагностика гипоталамического синдрома основывается на оценке клинических симптомокомплексов (нейроэндокринных нарушений; трофических нарушений; мотивационных расстройств; терморегуляторных нарушений; нарушений сна; неврологических нарушений; вегетативно-сосудистых и психоэмоциональных нарушений, а также-данных нейрофизиологического обследования больных.

### **Инструментальные методы исследования в диагностическом алгоритме ГС**

Электроэнцефалография (ЭЭГ) у больных ГС проводится для подтверждения диагноза, а затем, по мере необходимости-для оценки типа течения ГС и эффективности проводимой терапии. В настоящее время рекомендуется проведение компьютерной ЭЭГ с обязательной оценкой вызванных потенциалов и медленноволновой активности, изменение которых типично для гипоталамического синдрома .

При ГС выявляют широкий диапазон изменений биоэлектрической активности мозга, которые в целом характеризуют нарушения корково-подкорковых взаимоотношений (Олефир Л.И., Захарова И.С., 1999). У

больных ГСПП при ЭЭГ чаще всего регистрируются общемозговые изменения биоэлектрической активности с признаками дисфункции диэнцефальных отделов мозга (Коколина В.Ф., Артюкова О.В., 1996).

На рентгенограммах больных ГС в 34-40 % обнаруживаются признаки внутричерепной гипертензии в виде усиления рисунка пальцевых вдавлений, часто выявляется так называемый синдром Морганьи (утолщение внутренней пластинки лобной кости) или эндокраниоз (Михайлов М.К. с соавт., 1995), в некоторых случаях – врожденное «малое» или «закрытое» турецкое седло. Некоторые авторы указывают на то, что частота выявления патологических изменений на краниограмме у больных ГС с гиперандрогенией достигает 80% (Боткина Т.В., 2001).

При наличии на боковой краниограмме косвенных признаков органической патологии гипофиза больные должны направляться на магнитнорезонансную томографию или компьютерную томографию гипоталамо-гипофизарной области для исключения органической патологии. При выраженной гиперпролактинемии также считают рациональным направлять пациенток на магнитно-резонансную томографию (А.В.Воронцов, Л.К.Дзеранова, В.В.Вакс с соавт., 1999)

Весьма информативно и исследование глазного дна: так, на примере больных ГСПП показано, что на глазном дне в половине случаев выявляются изменения (узкие извитые артерии, широкие полнокровные вены, бледность диска зрительного нерва)(Коколина В.Ф., 1997).

Ультразвуковое исследование органов малого таза у больных ГС целесообразно проводить с абдоминальным и трансвагинальным датчиком при этом для диагностики ПКЯ обязательно вычисляется объем яичников (Медведев М.В., Митьков В.В., 1984; Battaglia С. et al., 1998, 1999; Хачкурузов С.Г., 1999). Ультразвуковое исследование щитовидной

железы, почек и органов брюшной полости необходимо производить всем пациенткам с ГС, независимо от их возраста, что обусловлено высокой частотой сопутствующих заболеваний щитовидной железы (Боткина Т.В., 2001), желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Гистеросальпингография проводится у пациенток с бесплодием для исключения его трубно-перитонеальной формы, которая может обнаруживаться наряду с эндокринными факторами. Необходимость выявления всех возможных причин бесплодия и их сочетаний диктуется высокой частотой мультифакториального генеза бесплодия в браке в целом (Crosignani P.G., 2000; Овсянникова Т.В., Радионченко А.А., Филлипов О.С., Токова З.З., 2001)

Применение эндоскопических методов диагностики, в частности, лапароскопии у больных с ГС является предметом для дискуссий. С одной стороны, любое оперативное вмешательство, даже щадящее, у лиц с гипоталамической дисфункцией является инвазивным. Прежде всего, диагностическая лапароскопия показана женщинам с бесплодием при наличии признаков хронического воспалительного процесса придатков матки и в тех случаях, когда после устранения эндокринных факторов бесплодия, отсутствии мужского фактора и проходимость по данным ГСГ трубах беременность все-таки не наступает. В данной ситуации лишь дагностическая лапароскопия позволяет обнаружить причины бесплодия неясного генеза (малые формы эндометриоза, спаечный процесс в области придатков матки при неинформативной ГСГ) (Пшеничникова Т.Я., Кузнецова Т.В., Земм К., Волков Н.И., 1991; «Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар», 1997; Филиппов О.С., 1999; Безрукова О.В., Казаков Б.И., Самойленко Т.А. с соавт., 2001; Габуня Т.Г., Маргиани Ф.А, 2001).

Женщины с ГС в большинстве случаев должны подвергаться лечебно-диагностической лапароскопии в плановом порядке, после устранения или значительной коррекции гормонально-метаболических нарушений – снижения веса при ожирении, коррекции сопутствующей патологии щитовидной железы, гиперпролактинемии, снижения функциональной активности надпочечных желез при исходной гиперкортизолемии и нормализации артериального давления. Минимальная продолжительность подготовительного периода при ГС составляет 3-4 месяца. Подобная тактика связана с тем, что на фоне достигнутой ремиссии ГС после лапароскопии у больных с бесплодием в ближайшие сроки может и должна наступить беременность и условия для ее вынашивания должны быть наиболее благоприятны.

Роль лапароскопии в диагностике ПКЯ у больных ГС неоднозначна, хотя привлекательность морфологического подтверждения диагноза ПКЯ при биопсии яичников очевидна (Кулешов В.М., Маринкин И.О., 1997). При наличии типичных клинико-лабораторных и ультразвуковых признаков ПКЯ у больных с ГС диагностическая лапароскопия не оправдана, если отсутствуют дополнительные основания для ее проведения. Показания к гистероскопии у больных ГС, с одной стороны, определяются необходимостью контроля за состоянием эндометрия в условиях гиполютеинизма или ановуляции (биопсию эндометрия для исключения гиперпластических процессов рекомендуется проводить под контролем гистероскопии) и, кроме того, при гистероскопии у женщин с бесплодием удается обнаружить сопутствующие гинекологические заболевания-внутренний эндометриоз небольшой степени распространенности, синехии полости матки, аномалии строения матки

(Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1999; Савельева Г.М., Федорова И.В., 2000).

### **Гормональное обследование.**

У больных с нарушениями репродуктивной функции, а особенно с ПКЯ, как минимум, определяют базальные значения ПРЛ, ЛГ, ФСГ методами иммуноферментного, радиоиммунологического или иммунофлюоресцентного анализа (Фанченко Н.Д., 1994, 1999; Гурьева В.А., 1996; Айламазян с соавт., 1997; Серов В.Н., Кожин А.А., Тихомиров А.Л., Рубченко Т.И., 1997; Collet C et al., 1999). Для повышения точности диагностики рекомендуется определять биологически и иммунологически активный ЛГ (Гончаров Н.П. с соавт., 1994, 1998).

Сроки забора крови для гормональных исследований определяются характером менструального цикла. Исследование суточной динамики гормонов является дорогостоящим и в обычной практике может быть оправдано для дифференциальной диагностики опухолей гипоталамо-гипофизарной области (Дедов И.И., Дедов В.И., 1992)

Показания для исследования концентраций половых стероидов (эстрадиола, прогестерона, тестостерона, андростендиона, ОН-прогестерона, ДЭА и его сульфата) определяются при ГС индивидуально. При дифференциальной диагностике форм гиперандрогении принимают во внимание, что преимущественно овариальными андрогенами являются тестостерон и андростендион, тогда как повышение уровня ДЭА, ДЭАС и ОН-прогестерона характерно для надпочечниковой гиперандрогении (Пишулин А.А., 1995). Несмотря на высокую частоту поликистоза яичников при ГС некоторые авторы указывают, что повышение уровня тестостерона нехарактерно для этих

больных, в то же время у них регистрируется повышенный уровень суммарных 17-кетостероидов в моче (Боткина Т.В., 2001).

При наличии клинических симптомов, позволяющих предполагать патологию щитовидной железы, определяются также уровни ТТГ и свободных фракций Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub>. Также по показаниям определяются концентрации инсулина и кортизола.