

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ ЮНОШЕСКОМ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Р. Г. КАРАБАХЦЯН

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка, г. Ереван

Синдром юношеский гипоталамический—гормоны.

Юношеский гипоталамический синдром—сложный патологический симптом-комплекс, возникающий в подростково-юношеском возрасте и вызывающий ряд эндокринных сдвигов в организме девушки, приводящих к различным нарушениям репродуктивной функции в будущем.

Многими авторами обнаружены нарушения секреции половых гормонов при ЮГС. Однако результаты этих исследований довольно противоречивы.

У определенного контингента с гипоталамическим синдромом пубертатного периода возможна гиперсекреция гонадотропных гормонов [5]. Имеются данные о гиперпродукции фоллитропина и дефиците лютропина [4]. Выявлены как высокие, так и низкие концентрации гонадотропинов, а также неоднозначные показатели секреции пролактина [6].

Вопрос о состоянии глюкокортикоидной функции коры надпочечников при ЮГС также остается спорным. Ряд исследователей не находят существенных изменений функции коры надпочечников и гипофизарно-надпочечниковых взаимоотношений у страдающих гипоталамическим синдромом пубертатного периода [2, 7]. Другими авторами, напротив, была выявлена у этих больных глюкокортикоидная гиперфункция коры надпочечников [1, 8, 9]. Данные относительно уровня эстрогенов при ЮГС также неоднозначны: если одни авторы указывают на избыток эстрогенов [4], то другие отмечают эстрогенную недостаточность [3].

В настоящем сообщении представлены результаты изучения особенностей секреции белковых (фоллитропина, лютропина, пролактина) и стероидных (17 β -эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола) гормонов при ЮГС в острой стадии.

Материал и методика. Под наблюдением находились 70 пациенток в возрасте от 15 до 20 лет, страдающих ЮГС. Контрольную группу составили 17 практически здоровых девушек того же возраста.

Гормональные исследования проводили радиоиммунологическим методом с помощью стандартных реактивов, поставляемых ВОЗ в рамках программы по репродукции человека.

Пробы крови получали из локтевой вены натощак, в 9.00 утра, на 5—7 день менструального цикла.

Сокращения: ЮГС—юношеский гипоталамический синдром.

Результаты и обсуждение. Гормональный статус пациенток в острой стадии ЮГС представлен в таблице.

Содержание белковых и стероидных гормонов в сыворотке крови при ЮГС (острая стадия)

Гормоны	n	Острая стадия ЮГС (n = 70) M ± m	n	Контрольная группа (n = 17) M ± m	P
Фоллиатропин, МЕ/л	67	4.90 ± 0.37	17	4.00 ± 0.41	n. d.
Лютропин, МЕ/л	68	12.4 ± 1.09	16	5.97 ± 0.52	< 0.001
Пролактин, МЕ/л	68	595.0 ± 56.0	15	314.6 ± 27.5	< 0.001
Эстрадиол, нмоль/л	68	143.0 ± 14.9	17	274.9 ± 29.4	n. d.
Прогестерон*, нмоль/л	64	9.59 ± 1.70	17	31.9 ± 1.11	< 0.001
Тестостерон, нмоль/л	70	2.05 ± 0.10	16	1.39 ± 0.08	< 0.001
Кортизол, нмоль/л	70	177.4 ± 21.7	16	396.6 ± 25.4	< 0.02

* Содержание прогестерона в сыворотке крови было определено в поздней лютеиновой фазе цикла, а остальных гормонов — в ранней фолликулярной фазе.

Полученные данные выявили тенденцию к повышению уровня фоллиотропина, а также статистически достоверное повышение лютотропина и пролактина по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы. Что касается эстрадиола, то этот гормон проявляет тенденцию к снижению. Хотя среднее значение прогестерона составляло 9.59 ± 1.70 нмоль/л, у 15 пациенток (21%) оно превышало 30 нмоль/л, что свидетельствовало об овуляции, однако у 49 больных (78,8%) этот показатель был достоверно ниже нормы. Уровни тестостерона и кортизола в острой стадии ЮГС оказались достоверно выше.

Таким образом, в острой стадии ЮГС выявлены повышение функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что диктует необходимость проведения адекватной патогенетически обоснованной корригирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюкова Е. А., Соскин Л. С., Клиаткина Э. И. Мед. газета, 7 сентября, № 69/3064, 1971.
2. Вербовая Н. И., Гуляев Н. И., Лоткова Е. А., Затулина М. В. Пубертатно-юношеский диспитуитаризм (гипот. с-м пубертатного периода, особенности клиники, диагностики). Метод. реком., 21, Куйбышев, 1985.
3. Гинчерман Е. З., Леменева Э. Л. Акуш. и гин., 9, 22—24, 1983.
4. Кюшсва И. В. Сб. тр. 2-го Моск. мед. ин-та, 167, 35, 77—80, 1981.
5. Курманова А. К. Автореф. канд. дисс., М., 1973.
6. Мирманова Р. П. Автореф. докт. дисс., М., 1986.
7. Эгарт Ф. М., Александров К. А. Клин. мед., 51, 8, 117—123, 1973.
8. Krawczuk A. Ginekologia Polska, 36, 10, 1165—1172, 1955.
9. Ozerziel C. Med. Klin., 59, 567—569, 1964.

Поступило 25.III 1990 г.