

ВЫВОДЫ

1. Распространенность гипоталамического синдрома по данным обращаемости составляет у девушек 18,6 на 1000 населения (1,86%), а выявляемость при профосмотрах достигает 12,4%. У женщин репродуктивного возраста распространенность гипоталамического синдрома по данным обращаемости составляет 2,6 - на 1000 населения (0,26%), а частота по данным профилактических осмотров - 7,1%.

2. Наиболее частым осложнением гипоталамического синдрома у девушек является дисфункция яичников (45%), реже - поликистоз и гипофункции яичников (по 27,5%). У женщин репродуктивного возраста с ГС выявляется поликистоз яичников у 53%, дисфункция яичников – у 47%.

3. Частота бесплодия у женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом составляет 46%, из них 52% женщин имеют первичное бесплодие. Первичное бесплодие у женщин с поликистозом яичников составляет 81% от всего бесплодия, у женщин без ПКЯ - у 57% нефертильных женщин.

4. У девушек с гипоталамическим синдромом и овариальными нарушениями наряду с дисбалансом гонадотропинов выявляются: активация процессов свободнорадикального окисления липидов, антиоксидантная недостаточность и нарушения иммунного ответа.

5. Увеличение содержания токоферола у женщин репродуктивного возраста при развитии ГС обеспечивает ограничение активности процессов свободнорадикального окисления липидов со снижением соотношений между продуктами СРО (малоновым диальдегидом и диеновыми конъюгатами) и токоферолом.

6. У женщин с гипоталамическим синдромом и девушек с ГСПП и дисфункцией яичников повышение уровня пролактина сопровождается снижением концентраций продуктов свободнорадикального окисления липидов за счет повышения антиоксидательной активности.

7. При гиперпролактинемии у девушек и женщин с гипоталамическим синдромом и поликистозом яичников уменьшается соотношение ЛГ/ФСГ и объем поликистозно измененных яичников, что может рассматриваться, как механизм адаптации.

8. Снижение функции щитовидной железы при гипоталамическом синдроме сопровождается повышением концентраций пролактина, накоплением промежуточных продуктов свободнорадикального окисления липидов у девушек и сочетается с

антиоксидантной недостаточностью и наиболее выраженными нарушениями иммунного ответа у женщин.

9. Метод логистической регрессии на основании оценки факторов риска позволяет прогнозировать развитие ГС у девушек до 72%, и у женщин до 68,3%. Уровень диагностики гипоталамического синдрома при использовании уравнений логистической регрессии составляет у девушек 85% , у женщин - 86%.

10. Генетическим маркером ГСПП у подростков и у женщин с дебютом гипоталамическом дисфункции в пубертатном периоде может быть полиморфизм локуса ApoB 3'NVR с числом tandemных повторов более 36.

11. Комплексный метод лечения с применением лечебного дозированного голодания с последующим внутривенным введением раствора гипохлорита натрия, полученного электрохимическим путем, обеспечивает коррекцию метаболических и иммунологических нарушений у больных ГС и создает условия для восстановления репродуктивной функции у 74% больных с ГС и бесплодием.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководителями органов управления здравоохранением при организации гинекологической и эндокринологической помощи населению необходимо учитывать

показатели распространенности гипоталамического синдрома с репродуктивными нарушениями у девушек и женщин.

2. Врачам поликлинического звена в целях сохранения детородной функции у девушек с ГСПП необходимо уделять особое внимание их половому воспитанию и обучению современным методам контрацепции.

3. Врачам женских консультаций с целью повышения эффективности восстановления репродуктивной функции больных ГС с бесплодием следует исключать все факторы бесплодия на самых ранних этапах диагностического алгоритма. В диагностический алгоритм наряду с гормональными исследованиями у больных с ГС необходимо включать определение антиоксидантов, биоэлементов и показателей иммунитета.

6. В условиях женских консультаций и поликлиник, а также при профилактических осмотрах следует формировать группы риска развития ГС у девушек и женщин с применением предложенных уравнений логистической регрессии и проводить у лиц, отнесенных к группе риска, лечебно-профилактические мероприятия.

7. В качестве генетического маркера ГСПП у подростков и у женщин с дебютом гипоталамической дисфункции в пубертатном периоде может быть использовано исследование полиморфизма локуса ApoB 3`HVR с числом tandemных повторов более 36.

8. В комплексном лечении больных гипоталамическим синдромом с репродуктивными нарушениями рекомендуется применять кратковременное лечебное голодание с последующим внутривенным введением раствора гипохлорита натрия полученного электрохимическим путем. После достижения нормализации веса и гормонально-метаболических показателей необходимо осуществлять активное врачебное наблюдение с индивидуальным определением частоты повторных курсов комплексного лечения в зависимости от эффективности терапии.