

Основные принципы лечения, диспансерного наблюдения девушек и женщин с ГС, сопровождающихся нарушениями овариальной функции.

Проблема лечения больных с ГС в любом возрасте до настоящего времени остается актуальной. Подход к терапии должен быть комплексным, патогенетически обоснованным и индивидуальным. Без преувеличения можно сказать, что единого терапевтического стандарта для терапии больных ГСПП и ГС в репродуктивном возрасте быть не может (Угланова Т.М., Богданович В.Л., 1991; Терещенко И.В., 1991, 1993; Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я., 1995; Григорян О.Р., Анциферов М.Б., 2000).

Этиологический подход к терапии при ГС затруднен из-за отсроченности во времени влияния этиологических факторов, в связи с чем перспективным является активное выявление гипоталамического синдрома на ранних этапах его развития или прогнозирование данной патологии и ее профилактика.

В настоящее время необходимыми компонентами комплексной терапии являются: санация очагов инфекции, лечение ожирения, медикаментозная терапия с применением препаратов, улучшающих процессы регенерации, микроциркуляции, трофические процессы в клеточных структурах мозга, а также препаратов, влияющих на нейромедиаторный обмен, дегидратирующая терапия (при необходимости), десенсибилизирующая терапия, витаминотерапия, адаптогены, включая антиоксиданты, коррекция вегетативных и терморегуляционных расстройств, физиотерапевтические процедуры, ИРТ, психотерапия (Алексеева И.В. с соавт., 1990; Вохменцев Ю.В., Титова Л.А., Савенков Ю.И., 1991; Угланова Т.М., Богданович В.Л., 1991; Терещенко И.В., 1993).

Лечение ожирения до настоящего времени остается актуальной проблемой, представляющей интерес для различных специалистов (Гинзбург М.М., Козупица Г.С., 1997; Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., 1998; Wahreinberg H. et al. ,1999; Лейкок Дж.Ф., Вайс П.Г., 2000; Мкртумян А.М., 2000). Подход к терапии может быть только комплексным, в то же время разнообразие этиопатогенетических механизмов, неоднозначность гормонально-метаболических нарушений у больных требуют индивидуальной тактики лечения. По возможности устраняются действующие этиологические факторы и факторы, способствующие поддержанию патологического процесса, проводится санация очагов инфекции.

Обязательным компонентом терапии ожирения являются диетические мероприятия. Может быть использована как субкалорийная, так и редуцированная диета с резким ограничением калорийности до 1200 - 1400 ккал в сутки и «разгрузочные» дни /калорийность 600-800 ккал в день/. При этом наряду с уменьшением калорийности пищи, в диете предусматривается ограничение инсулиногенных веществ , в частности , быстро всасываемых углеводов, ограничение приема животных жиров с преимущественным использованием растительных жиров, повышающих активность липолитических ферментов, увеличение относительной доли белков в рационе, использование растительных волокнистых продуктов. Эффективность диет повышается при использовании так называемых «балластных» веществ / метилцеллюлозы/, синтетических липидов, ингибиторов всасывания углеводов и липидов в тонкой кишке, полиненасыщенных жирных кислот.

С 1995 года в терапии больных ожирением применяется препарат Ксеникал(орлистат), ингибитор желудочно-кишечных липаз, который на 1/3 уменьшает всасывание жиров ,что способствует снижению массы

тела, уменьшению гиперхолестеринемии. Кроме того, ксеникал благоприятно влияет на углеводный обмен, снижая гиперинсулинемию. Принимается препарат с каждым основным приемом пищи по 1 таб и длительность его применения в общем не лимитирована, но не должна быть менее 3-4 месяцев. В последнее время ксеникал включается и в программу реабилитации женщин с репродуктивными нарушениями на фоне ожирения (Прилепская В.Н., Гогаева Е.В., 2001)

Способствует снижению веса и препятствует его дальнейшей прибавке препарат Сиофор(метформин), который наряду с улучшением чувствительности к инсулину и снижением инсулинорезистентности снижает всасывание глюкозы в кишечнике, а также – печеночный глюконеогенез. Помимо сахароснижающего, без риска развития гипогликемий, эффекта сиофор способствует снижению уровня липидов в крови, оказывает фибринолитическое действие. В отличие от больных с сахарным диабетом, при ожирении применяемые дозы препарата как правило не превышают 250-500 мг сиофора в день во второй половине дня.

На фоне редуцированных диет при длительном их применении - в течение нескольких недель - удается снизить массу тела, однако стабильный эффект достигается при сочетании диеты с лечебной физкультурой и другими методами терапии.

Наряду с диетой при ГС применяется и лечебное дозированное голодание, хотя среди эндокринологов существует разное отношение к голоду в лечении ожирения (Вознесенская Т.Г., Зозуля Т.В., Соловьева А.Д., 1990; Савенков Ю.И., Соломатина Л.Г., Стагис А.В., 1991; Терещенко И.В., 1996, 2000).

Коррекция нарушений функции периферических эндокринных желез.

Коррекция функциональных нарушений периферических эндокринных желез (гипотиреоза, дисфункции или поликистоза яичников и др.) проводится с учетом индивидуальных клинических, инструментальных и лабораторных данных (Лучицкий Е.В., с соавт., 1991; Блакстейн Д.Т., Кунгли И.М., 1992; «Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы», под ред. И.И. Дедова, 1995; Лейкок Дж.Ф., Вайс П.Г., 2000).

Коррекция нарушенной функции щитовидной железы у больных ГС осуществляется совместно с эндокринологом, учитывая степень увеличения щитовидной железы, наличие или отсутствие узловых образований, аутоиммунного тиреоидита (Кейн Л.А., Гариб Х., 2000). Заместительная гормонотерапия препаратами щитовидной железы при первичном гипотиреозе осуществляется различными способами:

- монотерапия L-тироксином в индивидуальной дозе,
- комбинация L –тироксина с йодом (в среднем 100 мкг тироксина и 100 мкг калия йодида 200 или 1 таблетка тиреокомба)

При диффузном нетоксическом зобе и эутиреозе больным назначаются препараты йода: калия йодид- 100-200 мкг в сутки длительно.

Особенностью лечения больных с гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита является предпочтительное применение тиреоидных препаратов и ограничение использования препаратов йода. Кроме того, эффективная терапия тиреоидитов невозможна без проведения иммунокоррекции.