

Особенности лечения больных с гипофункцией яичников при ГС.

В значительном проценте случаев гипофункция яичников при ГС ассоциирована с явной или скрытой гиперпролактинемией и (или) гипотиреозом и требует соответствующей коррекции.

При нормогонадотропных состояниях у больных ГС можно использовать ребаунд-эффект после циклической заместительной гормональной терапии, длительность которой не должна превышать 2-3 месяца во избежание подавления гонадотропной функции гипофиза. При недостаточной эффективности данной терапии во время паузы в приеме гормонов используют все адъювантные методы, упомянутые выше. Эффективность заместительной гормональной терапии при гипогонадотропных состояниях значительно ниже, а риск медикаментозного гиперторможения гонадотропной функции гипофиза - выше, поэтому в данном случае предпочтительнее применять гонадотропные гормоны в заместительном режиме. Практически же препараты гонадотропинов чаще используются у женщин, подготовленных к беременности. Идеальным методом лечения гипофункции яичников гипоталамо-гипофизарного генеза является введение аналогов гонадолиберина в цирхоральном (пульсирующем) режиме, обеспечивающее практически 100%-е восстановление овуляторной и менструальной функции (Кулаков В.И., Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Сотникова Е.И., 1997; Кулаков В.И., Серов В.Н. и др., 2001).

Коррекция гиперпролактинемии у больных ГС.

Для коррекции гиперпролактинемии в настоящее время чаще всего используют следующие агонисты дофамина: бромкриптин

(бромэргон, парлодел); норпролак (квиноголида гидрохлорид); достинекс(каберголин) (Комаров Е.К., Потин В.В., Свечникова Ф.А., 1990; Сметник В.П., Чернуха Г.Е., Юренева С.В., 1997; Фадеева Н.И., Яворская С.Д., Рудакова Е.А.).

Общими принципами применения агонистов дофамина являются: необходимость постепенного увеличения дозы препаратов до терапевтической, которая устанавливается индивидуально, в зависимости от выраженности гиперпролактинемии, а также – постепенная отмена препарата после достижения эффекта (снижения пролактина).

Обязательными условиями эффективной коррекции гиперпролактинемии являются: коррекция сопутствующего гипотиреоза, санация хронических очагов инфекции, устранение ятрогенных факторов (внутриматочных контрацептивов, эстроген-содержащих оральных контрацептивов, транквилизаторов и др.). вспомогательное значение при гиперпролактинемии имеют и немедикаментозные методы лечения (Кирющенко А.П. с соавт., 1997).

Медикаментозная терапия при ГС.

В связи с тем, что при ГС как правило выявляются признаки резидуальной энцефалопатии, комплексную терапию больных традиционно включают (Терещенко И.В., 1991): биостимуляторы, препараты, улучшающие процессы регенерации и трофические процессы в клеточных структурах ЦНС, дегидратирующую, десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, регуляторы нейромедиаторного обмена (дифенин, перитол)(Гилязутдинова З.Ш., Гилязутдинов И.А., 1998; Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А., 2001).

Лечение вегетативных расстройств проводится с учетом их характера: При повышении тонуса СНС применяют симпатолитики, альфа- и бета-адреноблокаторы, сосудорасширяющие средства.

Целесообразно сочетать с симпатолитиками препараты валерианы, при необходимости – транквилизаторы, антидепрессанты. При недостаточности симпатического тонуса назначают адреномиметики, препараты, стимулирующие ЦНС, холинолитики. По показаниям применяются препараты, воздействующие на оба отдела ЦНС. Для медикаментозной коррекции нарушений терморегуляции используют нейролептики, антагонисты кальция, адренолитики (Вейн А.М., 2000).

Физиотерапевтические и курортные методы лечения ГС.

Традиционно у больных ГС применяются следующие физиотерапевтические методы: битемпоральную индуктотермию, основными эффектами которой являются: противовоспалительное, рассасывающее действие, улучшение трофики гипоталамуса, регенерации тканей мозга; трансорбитальное введение лекарственных веществ (5% аспирин, ГОМКа) путем электрофореза; эндоназальные электрофорезы (с 1% димедролом, реланиумом, витаминами В1, В6); лекарственные «воротники» с новокаином, бромом и др. препаратами; электроанальгезию (Терещенко И.В., 1996). Некоторые авторы предлагают использовать в комплексной терапии ГС метод гипербарической оксигенации (Путинцева О.Г., Киселева Г.Г., Левчук Е.С. с соавт., 1997)

Из физических факторов применяются душ Шарко, подводный душ-массаж. Показаны бальнеологические курорты с азотнотермальными ваннами, климатические курорты, но без резкой смены климата.

Больным рекомендуется соблюдение режима сна и бодрствования, психоэмоциональный покой, диспансерное наблюдение.

При наличии бесплодия, прежде всего трубно-перитонеального, после лапароскопической коррекции необходима реабилитационная терапия, включающая электрофорез различными лекарственными

средствами, УВЧ, магнитолазерную, магнитотерапию, причем показана бóльшая эффективность от лечения, если оно начато сразу после лапароскопии (Омарова С.Н., Юсупова Р.Г., Хархаров А.Г. с соавт., 2001).