

Результаты коррекции нарушений овариально-менструальной и репродуктивной функции у больных ГС.

У 40% женщин и 65% девушек с нетяжелыми расстройствами овариально-менструального цикла (олиго- или опсоменорея при отсутствии поликистоза яичников) на фоне комплексной терапии гипоталамического синдрома отмечалась нормализация овуляторной и менструальной функции без дополнительной медикаментозной коррекции.

Пациенткам с поликистозом яичников назначался верошпирон в дозе 200 мг в день с 16 по 25 дни цикла – от 6 до 18 месяцев (до достижения ремиссии поликистоза яичников, выражавшейся в нормализации объема яичников и восстановлении овуляторных циклов), причем в первые 3-4 месяца лечения для обеспечения регулярных менструаций одновременно с верошпи-роном с 16 по 25 дни цикла назначали 1% раствор прогестерона по 1 мл в день, внутримышечно.

У женщин с ановуляторным бесплодием стимуляция овуляции проводилась, как правило, с использованием кломифена-цитрата (в дозе 50-100 мг в день, с 5 по 9 дни менструального цикла, включительно). У пациенток, имевших трубно-перитонеальные причины бесплодия, эндометриоз, а также – у больных с недостаточным эффектом консервативной терапии поликистоза яичников проводилась лечебно-диагностическая лапароскопия. Необходимо отметить, что отсутствие достаточного эффекта от консервативных методов лечения поликистоза яичников отмечалось лишь у 6% женщин основной группы, а лапароскопия, в основном, проводилась по комплексным показаниям.

Женщины основной группы, имеющие бесплодие и пациентки группы сравнения были рандомизированы по причинам бесплодия,

а также – по продолжительности и характеру лечения по поводу бесплодия (табл. 27). Длительность наблюдения за больными в группах не отличалась.

Таблица 27.

Основные характеристики пациенток с гипоталамическим синдромом и бесплодием.

Характеристики	Основная группа (женщины с ГС и бесплодием) n=77	Группа сравнения N=40
Возраст, лет	28,7± 6,06	26,9±5,3
Длительность бесплодия, лет	3,6±2,04	3,1±1,09
Длительность наблюдения, лет	2,3±1,2	4,3±2,5
Причины бесплодия (%): -эндокринный фактор -трубный фактор -сочетание эндокр. и трубного фактора -прочие факторы	45% 13% 24% 18%	51% 17% 28% 14%
Лечебно-диагностическая лапароскопия	26(33,8%)	10(25%)
Количество курсов стимуляции овуляции (кломифен)на человека	4,2±2,0	3,6±1,2
ЭКО(количество попыток)	1	0

Среди всех женщин репродуктивного возраста с ГС и бесплодием, заинтересованных в восстановлении репродуктивной функции, включая тех, у которых имелись не только эндокринные, но и другие причины бесплодия (трубный фактор, эндометриоз и др.) при дальнейшем наблюдении и лечении в течение 3-х лет в основной группе (получавших комплексную терапию по предложенной схеме) беременность наступила у 53,3%, а в течение 5 лет – у 74%, то есть у 57 женщин.

Из 40 больных с ГС и бесплодием, вошедших в группу сравнения, забеременели лишь 14 (35%) При анализе таблиц сопряженности указанные различия эффективности восстановления репродуктивной функции в основной группе и в группе сравнения статистически значимы ($p < 0,01$).

Таким образом, предложенный комплексный метод лечения больных ГС, включающий дозированное голодание с последующим введением раствора гипохлорита натрия, представляется рациональным и патогенетически обоснованным.

Не обеспечивая полной нормализации гормональных функций, в том числе и обуславливающих снижение фертильности у больных ГС, этот метод, тем не менее, благодаря быстрому и стабильному снижению веса и улучшению ряда метаболических и иммунологических показателей, создает условия для восстановления репродуктивной функции у 74% больных с бесплодием.