

ВЫВОДЫ

1. Распространенность гипоталамического синдрома пубертатного периода в г. Иркутске по данным эпидемиологического обследования составляет 39 на 100 17-18-летних девушек, причем активная форма ГСПП выявляется у 12,4 на 100, а неактивная форма- у 26,6 на 100 обследованных девушек.

2. Распространенность гипоталамического синдрома в г. Иркутске у женщин репродуктивного возраста по данным эпидемиологического обследования составляет 12,4 на 100 обследованных.

3. У девушек с ГСПП наиболее часто выявляется дисфункция яичников (45%), реже - поликистоз и гипофункции яичников (гипогонадизм) – по 27,5%. Реализация репродуктивного потенциала у больных с ГСПП ниже, чем у их здоровых сверстниц.

4. Поликистоз яичников выявляется у 53%, а дисфункция яичников – у 47% женщин репродуктивного возраста с ГС. Регулярный менструальный цикл имеют лишь 29% больных с ГС, а нерегулярный – соответственно 71%.

5. Частота бесплодия у женщин репродуктивного возраста с ГС составляет 45,8%, из них 52% женщин имеют первичное бесплодие, 48%-вторичное. Ведущими причинами бесплодия у женщин с ГС являются изолированные эндокринные нарушения (45 %), нарушения проходимости маточных труб (13 %), и их комбинация (24%).

6. Частота бесплодия у больных ГС с ПКЯ составляет 55 %, а у больных ГС без ПКЯ – 41% . Доля первичного бесплодия выше у женщин с ПКЯ, составляя в этой группе 81% от всего бесплодия, тогда как у женщин без ПКЯ первичное бесплодие отмечается у 57% нефертильных женщин.

7. Основными факторами риска развития ГСПП являются заболевания щитовидной железы, ожирение с детства, детские инфекции, и перинатальные факторы. У женщин предикторами развития ГС с репродуктивными нарушениями являются возраст менархе, паритет,

особенности полового поведения, а также ожирение с детства и заболевания ЛОР-органов.

8. У девушек с ГСПП взаимодействие в системе гормоны-биоэлементы максимально выражено при развитии поликистоза яичников, а при отсутствии поликистоза отмечается наибольшая напряженность взаимоотношений между гормональной системой и параметрами липопероксидации.

9. Для женщин репродуктивного возраста с гипоталамическим синдромом и вторичным поликистозом яичников характерно активное взаимодействие между процессами липопероксидации, антиоксидантами и гормональной системой. Наиболее выраженная антиоксидантная недостаточность у женщин с ГС отмечена при сопутствующем гипотиреозе

10. Повышение уровня пролактина у девушек и женщин с ГС репродуктивными расстройствами в большинстве случаев коррелирует с ограничением активности процессов пероксидации и оптимизацией иммунного ответа и является компенсаторно-приспособительной реакцией.

11. Уравнения логистической регрессии позволяют на основании анамнестических данных прогнозировать риск развития ГС у девушек с точностью 72%, и у женщин - с точностью до 68,3%. Точность диагностики ГС у девушек и женщин с помощью метода логистической регрессии составляет соответственно 85% и 86%.

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

13. Комплексный метод лечения с применением непрямого электрохимического окисления и последующим активным диспансерным наблюдением обеспечивает коррекцию метаболических и иммунологических нарушений у больных ГС и создает условия для восстановления репродуктивной функции у 82% больных с ГС и бесплодием.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Выявленные показатели распространенности гипоталамического синдрома с репродуктивными нарушениями у девушек и женщин г. Иркутска должны учитываться руководителями органов управления здравоохранения при организации гинекологической и эндокринологической помощи населению.

2. С учетом снижения репродуктивного потенциала у девушек с ГСПП и особенностей репродуктивного поведения с целью сохранения детородной функции необходимо уделять особое внимание их половому воспитанию и обучению современным методам контрацепции.

3. Несмотря на преобладание в структуре бесплодия у женщин с ГС эндокринных факторов, с целью повышения эффективности восстановления репродуктивной функции следует исключать прочие факторы бесплодия (прежде всего, трубно-перитонеальный фактор) на самых ранних этапах диагностического алгоритма.

4. Учитывая высокую частоту выявления гипер-пролактинемии и нарушений функции щитовидной железы при гипоталамическом синдроме обязательно проведение гормонального обследования у пациенток всех возрастных групп.

5. Исследование активности процессов свободно-радикального окисления липидов, наряду с гормональными показателями, имеет наибольшую практическую значимость у женщин с ГС и поликистозом яичников, а изучение элементного состава крови обосновано у девушек с ГСПП и поликистозом яичников.

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. В качестве генетического маркера ГСПП у подростков и у женщин с дебютом гипоталамическом дисфункции в

пубертатном периоде может быть использовано исследование полиморфизма локуса ApoB 3`HVR с числом tandemных повторов более 36.

7. В комплексном лечении больных гипоталамическим синдромом с репродуктивными нарушениями рекомендуется применять кратковременное лечебное голодание с последующим внутривенным введением раствора гипохлорита натрия полученного электрохимическим путем, а после достижения нормализации веса и гормонально-метаболических показателей осуществлять активное диспансерное наблюдение. Частота курсов комплексного лечения определяется индивидуально, в зависимости от эффективности терапии.