



УКРАЇНА

(19) UA (11) 11876 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 35/14
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З ВИРАЖЕНИМ ГІРСУТИЗМОМ

1

(21) u200506491
(22) 01.07.2005
(24) 16.01.2006
(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.
(72) Рубан Катерина Сергіївна, Сімрок Василь Васильович
(73) Рубан Катерина Сергіївна, Сімрок Василь Васильович
(57) 1. Спосіб лікування синдрому полікістозних яєчників у жінок з вираженим гірсутизмом, що включає введення андрокору, діане-35, верошпирону, ендоназальний електрофорез вітаміну В₁,

2

діадинамотерапію, який **відрізняється** тим, що додатково вводять інстенон.
2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що інстенон вводять по 1 таблетці (20 мг гексобендин-дигідрохлориду, 60 мг етофіліну, 50 мг етамівану) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль.
3. Спосіб за пп. 1, 2, який **відрізняється** тим, що при необхідності проводять повторний курс введення інстенону по 1 таблетці (20 мг гексобендин-дигідрохлориду, 60 мг етофіліну, 50 мг етамівану) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль через 2-3 місяці.

Корисна модель відноситься до медицини, конкретно до гінекології, а саме до способів лікування жінок із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ).

Актуальність проблеми корисної моделі пов'язана з високим рівнем захворюваності жінок на СПКЯ, що негативно впливає на репродуктивну їх функцію в плані формування хронічної ановуляції, неплідності, розвитку метаболічних (гіперінсулінемія, дисліпідемія, ожиріння) та психоемоційних порушень із зниженням якості життя.

Відомий спосіб лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом шляхом введення андрокору („чистого“ ципротерону ацетату) з 1-го до 15-го дня циклу, з одночасним використанням діане-35 з 5-го дня циклу у контрацептивному режимі (протягом 21-ї доби) 3-6 місяців [Майоров М.В. Синдром поликистозных яичников: современный взгляд // Компас в мире лекарств. Препараты, применяемые в гинекологии. - 2002. - С. 39-41].

Однак даний спосіб недостатньо ефективний при лікуванні СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом, оскільки у значної кількості пацієнок не лікуються порушення в гіпоталамо-гіпофізарній системі, а також опіодні розлади, внаслідок чого залишається гіперандрогенія та хронічна ановуляція. Поряд з цим даний спосіб не забезпечує нормалізації психоемоційних та неврологічних порушень у ряду хворих на СПКЯ з вираженим

гірсутизмом, що негативно відбивається на працездатності такої жінки та якості її життя.

Відомий також спосіб лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом, який передбачає призначення хворим верошпирону та преформованих фізичних факторів (ендоназальний електрофорез вітаміну В₁, діадинамотерапія) [Трампольская А.В. Синдром поликистозных яичников: современная концепция, лечение и индукция овуляции // Здоровье женщины. - 2003. - №3. - С. 150-152].

Цей спосіб більш ефективний із існуючих і тому обраний в якості прототипу. До недоліків прототипу відносяться збереження у частини хворих на СПКЯ з вираженим гірсутизмом зсувів на рівні імпульсної секреції гонадо-тропін-рилізінг-гормону внаслідок порушень в опіодній системі, що обумовлює порушення настрою, поведінки та розвиток психогенних захворювань у таких пацієнок, знижує якість лікування неплідності в цілому.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності існуючого способу лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом шляхом додаткового введення хворим жінкам інс-тенону, комбінованого ативатора кровообігу та метаболізму головного мозку, в результаті чого досягається покращення мікрогемоциркуляції у мозкових структурах, і в наслідок цього знижується число пацієнок з порушеним психоемоційним та вегетативним станом,

(19) UA (11) 11876 (13) U

підвищується кількість хворих з відновленим менструальним циклом, зростає шанс на вагітність.

Підставою для цієї пропозиції була вперше встановлена авторами корисної моделі закономірність, яка полягає в тому, що при додатковому введенні інстенону хворим на СПКЯ жінкам з вираженими психоемоційними розладами, у значної кількості пацієнток покращуються показники реоенцефалографії (РЕГ), ліквідуються порушення в опіоїдній та гіпоталамо-гіпофізарній системах, що в клінічному плані сприяє ліквідації метаболічних, психоемоційних та вегетативних порушень.

Запропонований спосіб полягає у тому, що хворим на СПКЯ з вираженим гірсутизмом додатково до засобів відповідно способу-прототипу вводиться інстенон по 1 таблетці (20мг гексобендідгідрохлориду, 60мг этофіліна, 50мг етамівана) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль двома курсами з перервою у 2-3 місяці в залежності від клінічного ефекту.

Запропонований спосіб здійснюється таким чином: хворій жінці на СПКЯ з вираженим гірсутизмом призначаються андрокур з 1-го до 15-го дня циклу, діане-35 з 5-го дня циклу у контрацептивному режимі, верошпирон по 25мг 2 рази на добу протягом 3-6 місяців, ендоназальний електрофорез вітаміну В₁, діадинамотерапія та додатково інстенон по 1 таблетці (20мг гексобендідгідрохлориду, 60мг этофіліна, 50мг етамівана) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль двома курсами з перервою у 2-3 місяці в залежності від клінічного ефекту.

При розробці запропонованого способу лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом нами було обстежено дві групи хворих, які були ран-

домізовані за віком, тривалістю та клінічними проявами захворювання, -перша (19 осіб), яка отримувала лікування відповідно до запропонованого способу, та друга (20 осіб), які лікувалися відповідно способу-прототипу. У всіх пацієнток були виключені органічні захворювання нервової системи. Жінки обох груп підлягали клінічному, інструментальному та імунологічному обстеженню до і після лікування.

Поряд із загально клінічними засобами, психологічним обстеженням (оцінка рівня стресса за шкалою Рідера, адаптований варіант кольорового тесту Люшера, виявлення зниженого настрою і субдепресії), інструментальними методами (ультразвукове дослідження органів малого тазу, реоенцефалографія), стандартними лабораторними методами вивчався комплекс імунологічних показників. Імунологічне обстеження полягало у вивченні у плазмі крові рівня β -ендорфіну за допомогою тест-системи Peninsula, S-1134 (EIAH-8616) з використанням апарату фотометр MSR-1000. Рівень прогестерону (Пр), естрадіолу (Е), лютеотропного (ЛГ) і фолікулостимулюючого гормону (ФСГ), а також пролактину (ПРЛ) у сироватці крові визначали комерційними тест-системами за допомогою імуноферментного аналізу (ELISA).

Проведені спостереження дозволили встановити, що включення інстенону до комплексу лікувальних заходів СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом виявляло більш виражену позитивну клінічну ефективність такого лікування порівнянне з другою групою (таблиця 1).

Таблиця 1

Вплив запропонованого способу лікування на клінічну симптоматику СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом

Клінічна симптоматика протягом одного року після лікування	Перша група, n=19	Друга група, n=20	P
Гіперандрогенія:			
акне	3/(15,8±1,7)%	7/(35,0±3,2)%	<0,01
гірсутизм	5/(26,3±2,5)%	12/(60,1±2,8)%	<0,01
пігментація на внутрішніх поверхнях стеген	9/(47,4±2,2)%	12/(60,1±2,8)%	<0,05
Олігоаменорея	3/(15,8±1,7)%	7/(35,0±3,2)%	<0,01
Дисфункціональні маткові кровотечі	0	4/(20,0±2,1)%	<0,05
Гіперпластичні процеси ендометрія	0	3/(15,0±1,9)%	<0,05
Ановуляторне непліддя	6/(31,6±1,2)%	8/(40,0±1,7)%	<0,05
Перевищення нормальної ваги тіла	5/(26,3±2,5)%	5/(25,0±2,2)%	>0,05
Фіброзно-кістозна мастопатія	3/(15,8±1,7)%	6/(30,2±2,6)%	<0,01
Обсяг яєчників понад 9см ³	9/(47,4±2,2)%	12/(60,1±2,8)%	>0,05
Гіперплазія строми яєчників	8/(42,1±2,6)%	10/(50,0±2,1)%	>0,05
Понад 10 атретичних фолікулів у діаметрі до 10 мм, розташованих під капсулою	6/(31,6±1,2)%	11/(55,1±1,6)%	<0,05

Так, в першій групі кількість жінок з олігоаменореєю через один рік після завершення лікування відповідно до запропонованого способу була меншою в 2,2 рази (P<0,01) у порівнянні з другою групою, хворі якої отримували лікування щодо способу-прототипу; дисфункціональні маткові кро-

вотечі в першій групі не зареєстровані ні в одному випадку (при показнику у другій групі 4 - 20,0±2,1%; P<0,05, причому у 3-х з них вони супроводжувалися гіперпластичними процесами ендометрія). Фіброзно-кістозна мастопатія через рік після лікування виявлялася у 3 (15,8±1,7%) пацієнток першої та

6 ($30,2 \pm 2,6\%$) другої групи, тобто в 1,9 рази рідше при лікуванні відповідно до запропонованого способу. Частота збереження акне в першій групі вірогідно знизилася і становила у середньому $15,8 \pm 1,7\%$ (при показнику у другій групі $35,0 \pm 3,2\%$), тобто в 2,2 рази ($P < 0,01$); гірсутизму - в 2,3 рази ($P < 0,01$) та випадків пігментації на внутрішній поверхнях стеген - в 1,3 рази ($P < 0,05$). Ановуляторне непліддя залишалося у 6 ($31,6 \pm 1,2\%$) жінок першої групи, що було рідше, ніж у другій групі ($P < 0,05$). При цьому бажана вагітність в першій групі наставала у 6 з 13 ($46,2 \pm 2,2\%$) при показнику у другій групі - у 3-х з 10 ($30,0 \pm 1,8\%$), тобто в 1,54 рази частіше при лікуванні відповідно до запропонованого способу. В першій групі за даними ультрасонографічного обстеження виявлено менше жінок, у яких через рік після завершення лікування відповідно до запропонованого способу зберігалися збільшені яєчники (9 - $47,4 \pm 2,2\%$ при показнику у другій групі 12 - $60,1 \pm 2,8\%$) на фоні гіперплазії стромы (8 - $42,1 \pm 2,6\%$ та 10 - $50,2 \pm 2,1\%$ відповідно). При цьому кількість жінок із значним числом атретичних фолікулів у діаметрі до 10мм, розташованих під

капсулою, в першій групі було вірогідно менше, ніж у другій (в 1,8 рази; $P < 0,05$).

В першій групі, хворі якої отримували лікування відповідно до запропонованого способу, високий рівень стресу був виявлений у 3 ($15,8 \pm 1,7\%$) жінок, при цьому середній бал складав 1-1,82, при показнику у другій групі 6 ($30,2 \pm 2,6\%$; $P < 0,01$), тобто в 1,9 рази був рідше. Низький рівень стресу в першій групі через один рік після завершення лікування виявлений у 12 ($63,2 \pm 2,4\%$) при показнику у другій групі 5 ($25,0 \pm 2,2\%$; $P < 0,01$), тобто в 2,5 рази частіше. Щодо шкали зниженого настрою і субдепресій, то в першій групі 1 та 2 ступінь (немає зниженого настрою або незначне його зниження) відмічені у 16 ($84,2 \pm 2,6\%$) жінок при порівнянні з другою групою - 10 ($50,0 \pm 2,1\%$; $P < 0,01$). В першій групі 3 ступінь (чітко виражене зниження настрою) відмічено лише у 3 ($15,8 \pm 1,7\%$) жінок, а 4 ступеня (субдепресія і депресія) не виявлено (у другій групі - по 5 випадків відповідно; $P < 0,01$).

Поряд з позитивним впливом на клінічні показники, у хворих першої групи відмічена чітко виражена позитивна динаміка вивчених імунологічних показників (таблиця 2).

Таблиця 2

Вплив запропонованого способу лікування на деякі лабораторні показники у жінок, хворих на СПКЯ з вираженим гірсутизмом

Показник	Перша група, n=19		Друга група, n=20		P
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
Пролактин, мМЕ/мл	524 ± 11	$352 \pm 12^{**}$	529 ± 14	425 ± 12	$< 0,05$
Прогестерон, нмоль/л	$43,2 \pm 12,7$	$67,7 \pm 11,2^*$	$40,1 \pm 9,1$	$52,1 \pm 10,6$	$< 0,05$
Естрадіол, пг/мл	$115,2 \pm 11,4$	$340,9 \pm 42,8^{*18}$	$110,9 \pm 12,7$	$192,0 \pm 42,8$	$< 0,05$
ФСГ, мМЕ/мл	$14,2 \pm 0,2$	$19,0 \pm 0,4^{**}$	$15,0 \pm 0,7$	$16,3 \pm 0,9^*$	$< 0,05$
ЛГ, мМЕ/мл	$35,7 \pm 2,1$	$26,6 \pm 0,8^{**}$	$34,9 \pm 2,4$	$33,2 \pm 2,5$	$< 0,01$
ЛГ/ФСГ	$2,55 \pm 0,9$	$1,4 \pm 0,4^{**}$	$2,33 \pm 0,7$	$2,04 \pm 0,9$	$< 0,01$
β -ендорфін, пмоль/л	$5,9 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,3^{**}$	$5,8 \pm 0,5$	$5,2 \pm 1,9$	$< 0,01$

Примітка: вірогідність між показником до і після лікування в кожній групі при $P < 0,05$ - *; $P < 0,01$ - **; P - вірогідність відмінності між показником після лікування в першій і другій групах

При цьому відмічалася чітко виражена тенденція до зниження і відновлення рівня ЛГ, збільшення концентрації ФСГ з тенденцією до зменшення індексу ЛГ/ФСГ (у середньому до $1,4 \pm 0,4$ при значенні на початку лікування $2,55 \pm 0,9$; $P < 0,01$). В першій групі мала місце чітка тенденція до зростання рівня естрадіолу в периовуляторну фазу (у середньому до $340,9 \pm 42,8$ пг/мл при показнику у другій групі $192,0 \pm 42,8$ пг/мл; $P < 0,01$) та прогестерону в лютеїнову фазу (у середньому до $67,7 \pm 11,2$ нмоль/л та $52,1 \pm 10,6$ нмоль/л в першій та другій групах відповідно; $P < 0,05$).

Клінічна ефективність запропонованого способу лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом може бути підкріплена такими клінічними прикладами його використання.

Приклад 1.

Хвора С., 22 років, студентка політехнічного інституту, звернулася до лікаря із скаргами на відсутність вагітності протягом 2 років регулярного

статевого життя без застосування контрацептивів. З анамнезу встановлено, що менархе з 14 років, менструальний цикл встановився протягом перших півроку, місячні були регулярними, по 3-4 доби через 30 днів, помірно болісні. Початок статевого життя з 18 років, має одного постійного партнера. Спочатку використовувала механічну контрацепцію. У 19 років після значного емоційного навантаження (розпався шлюб батьків) менструальний цикл порушився, були затримки на 3-4 місяці. Вважала, що „хвороба пройде з часом, коли нормалізуються стосунки в родині” і за медичною допомогою не зверталася. Через півроку почала відмічати прибавку ваги, рідкі (1-2 доби) місячні, іноді кровотечі, які зупинялися самостійно, появу акне, надлишкового волосся на животі вздовж білої лінії, на грудях та обличчі. Використовувала різні креми та маски для обличчя, лікувалася у дерматовенеролога, спробувала декілька дієт для схуднення. Поряд з цим помітила, що

швидко втомлюється, без будь-якого приводу драгується, навчання, до якого раніше відносилася вельми акуратно та з зацікавленістю, тепер було недовподоби, хоча розуміє, що це необхідне; погіршилися стосунки з чоловіком внаслідок зниження лібідо. Мріяла про дитину, але ж вагітності не наставали.

При огляді правильної тілобудови, підвищеного харчування, численні акне на обличчі та спині; надлишковий рост волосся на обличчі, грудях, внутрішніх поверхнях стеген, по білій лінії живота; молочні залози розвинені відповідно віку. Остання менструація три місяці тому. Встановлено високий рівень стресу за шкалою Рідера (бал 1,82), 3 ступінь зниження настрою (чітко виражене зниження настрою).

У дзеркалах - шийка матки гіпертрофована, епітелій не ушкоджений. Зів зачинений, слизова вагіни суха. При дворучному обстеженні - тіло матки не збільшено, в ante flexio, безболісне; придатки з обох боків збільшені. Склепіння вільні. Через пряму кишку визначаються збільшені у розмірах, без болісні придатки матки. При ультразвуковому дослідженні органів малого тазу - тіло матки зменшено у розмірах, ендометрій - 3мм; правий яєчник 5х6 см, лівий - 6х6см, багато фолікулів під капсулою у діаметрі до 10мм, гіперплазія строми яєчників.

При лабораторному дослідженні: ПРЛ - 560мМЕ/мл; Пр - 39,6нмоль/л; Е - 110пг/мл; ФСГ - 14мМЕ/мл, ЛГ - 35мМЕ/мл, ЛГ/ФСГ - 2,5; β -ендорфін - 6,0пмоль/л. Отже, виявлені гормональні зсуви, які полягали у високому рівні ЛГ та β -ендорфіну, зниженому - ФСГ, естрадіолу та прогестерону. Підвищення індексу ЛГ/ФСГ та високий вміст β -ендорфіну свідчили про порушення в системі гіпоталамо-гіпофізарній та опіоїдній системі.

Встановлено діагноз: СПКЯ, ожиріння, виражений гірсутизм; первинне непліддя ендокринного генезу; астеноневротичний синдром.

Хворій призначено лікування відповідно до запропонованого способу - андрокур з 1-го до 15-го дня циклу, діане-35 з 5-го дня циклу у контрацептивному режимі, веропширон по 25мг 2 рази на добу протягом 3-6 місяців, ендоназальний електрофорез вітаміну В₁, діадинамотерапія та додатково інстенон по 1 таблетці (20мг гексобендідгідрохлорида, 60мг зтофіліна, 50мг етамівана) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль.

Під впливом проведеного лікування нормалізувався настрій і сон, ліквідувалася підвищена втомлюваність, зросла фізична та розумова працездатність, покращилися стосунки в родині. Після завершення лікування встановився двофазний менструальний цикл тривалістю 30 діб, місячні по 3-4 доби, помірні, безболісні; відмічає майже ліквідацію акне, помітне зменшення волосся на обличчі та грудях; при ультразвуковому дослідженні яєчники 3х4 та 4х5см, є домінуючий фолікул; матка збільшилася до нормальних розмірів та об'єму. При повторному лабораторному дослідженні через 1 місяць після завершення лікування: ПРЛ - 380мМЕ/мл; Пр (лютеїнова фаза) - 72нмоль/л; Е (періовуляторна фаза) - 325пг/мл; ФСГ -

16мМЕ/мл, ЛГ - 22мМЕ/мл, ЛГ/ФСГ - 1,4; β -ендорфін - 3,4пмоль/л. Встановлено низький рівень стресу за шкалою Рідера, 1 ступінь зниження настрою (немає зниження настрою). Через 4 місяці після завершення лікування настала вагітність, яка перебігала без явищ загрози переривання і завершилася нормальними пологами.

Приклад 2.

Хвора А., 25 років, тимчасово не працює, протягом 5 років страждає на СПКЯ, раніше отримувала комплексне протизапальне лікування, від застосування гормональної терапії відмовлялася, бо вважала, що від цих препаратів „буде рости волосся на обличчі і вага тіла". До лікаря звернулася з приводу того, що останні півроку немає місячних на фоні відсутності статевого життя. З анамнезу встановлено, що розвивалася відповідно до норми; менархе з 12 років, менструальний цикл встановився протягом першого року, місячні були регулярними, по 3-4 доби через 28 днів, безболісні. До 17 років займалася спортом (стайлер, майстер спорту). Початок статевого життя з 15 років, нерегулярне. Використовувала механічну контрацепцію. Закінчила інститут фізичної культури, але ж за фахом не працює. Займається

При огляді надає скарги на появу акне, надлишковий рост волосся на обличчі, животі вздовж білої лінії та на грудях; виражений астеничний синдром, плаксивість. При огляді атлетичної тілобудови, численні акне на обличчі та спині; надлишковий ріст волосся на обличчі, грудях, внутрішніх поверхнях стеген, по білій лінії живота; молочні залози розвинені відповідно віку, болісні при пальпації, визначаються ущільнення. Остання менструація півроку тому. Встановлено високий рівень стресу за шкалою Рідера (бал 1,82), 4 ступінь зниження настрою (субдепресія).

У дзеркалах - шийка матки без дефектів епітелію, зів зачинений, слизова вагіни суха. При дворучному обстеженні - тіло матки не збільшено, в ante flexio, безболісне; придатки з обох боків збільшені. Склепіння вільні. Через пряму кишку визначаються збільшені у розмірах, безболісні придатки матки. При ультразвуковому дослідженні органів малого тазу - тіло матки зменшено у розмірах, ендометрій - 5мм; правий яєчник 4х4см, лівий - 4х5см, багато фолікулів під капсулою у діаметрі до 10мм, гіперплазія строми яєчників.

При лабораторному дослідженні: ПРЛ - 700мМЕ/мл; Пр - 38нмоль/л; Е - 105пг/мл; ФСГ - 13мМЕ/мл, ЛГ - 36 мМЕ/мл, ЛГ/ФСГ - 2,77; β -ендорфін - 6,2пмоль/л. Отже, виявлені гормональні зсуви, які полягали у високому рівні ЛГ та β -ендорфіну, зниженому - ФСГ, естрадіолу та прогестерону. Підвищення індексу ЛГ/ФСГ та високий вміст β -ендорфіну свідчили про порушення в системі гіпоталамо-гіпофізарній та опіоїдній системі. Діагноз: СПКЯ, виражений гірсутизм; астенодепресивний синдром.

Хворій призначено лікування відповідно до запропонованого способу - андрокур з 1-го до 15-го дня циклу, діане-35 з 5-го дня циклу у контрацептивному режимі, веропширон по 25мг 2 рази на добу протягом 3-6 місяців, ендоназальний елект-

рофорец вітаміну В і, діадинамотерапія та додатково інстенон по 1 таблетці (20мг гексобендін-дігідрохлорида, 60мг этофіліна, 50мг етамівана) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль.

Під впливом проведеного лікування залишається зниження настрою, хоча за цей час знайшла роботу і почала працювати за фахом; покращилися стосунки в родині; познайомилася з юнаком, мріє про одруження. Після завершення лікування встановився менструальний цикл тривалістю 29 днів, місячні по 3 доби, помірні, безболісні; відмічає зменшення акне, волосся на обличчі та грудях; при ультразвуковому дослідженні яєчники 3х4 та 4х4см, але ж домінуючого фолікулу протягом 3-х циклів не виявлено; тести функціональної діагностики вказують на недостатність щодо естрогенної насиченості організму. Але ж вже через 1 місяць після завершення лікування знову почала турбуватися, що не зможе мати дітей; настрої погіршилися, іпохондрічна, часто апатична, звинувачує у своєму стані здоров'я свої надмірні заняття спортом.

При повторному лабораторному дослідженні через 1 місяць після завершення лікування: ПРЛ - 652мМЕ/мл; Пр (лютеїнова фаза) - 46нмоль/л; Е (періовуляторна фаза) - 25пг/мл; ФСГ - 12мМЕ/мл, ЛГ - 30мМЕ/мл, ЛГ/ФСГ - 2,5; β-ендорфін - 5,4пмоль/л.

Враховуючи наявність астенодепресивної симптоматики, призначено повторно інстенон по 1 таблетці (20 мг гексобендін-дігідрохлорида, 60мг этофіліна, 50мг етамівана) 3 рази на добу протягом 4 тижнів поспіль.

Під впливом повторного лікування нормалізувався настрої і сон, ліквідувалася іпохондрія, зросла фізична та розумова працездатність, покращилися стосунки в родині, вийшла заміж.

Через 5 місяців після завершення лікування встановився двофазний менструальний цикл тривалістю 30 днів, місячні по 4 доби, помірні, безболісні; відмічає майже ліквідацію акне, помітне зменшення волосся на обличчі та грудях; при ультразвуковому дослідженні яєчники 3х4см, є домінуючий фолікул; матка нормальних розмірів та об'єму. При повторному лабораторному дослідженні: ПРЛ - 350мМЕ/мл; Пр (лютеїнова фаза) - 70 нмоль/л; Е (періовуляторна фаза) - 350пг/мл; ФСГ - 16мМЕ/мл, ЛГ - 20мМЕ/мл, ЛГ/ФСГ - 1,25; β-ендорфін - 3,8пмоль/л. Встановлено низький рівень стресу за шкалою Рідера, 2 ступінь зниження настрою (мінімальне зниження настрою). На час останнього обстеження скарг не надає, планує вагітність.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність і перспективність призначення інстенону для лікування СПКЯ у жінок з вираженим гірсутизмом. Інстенон - це препарат покращуючий кровообіг та метаболізм головного мозку, який є в достатній кількості в аптечній мережі України. Даний спосіб не потребує використання дефіцитних та коштовних препаратів, доступний для лікарів та пацієнтів. Умовний економічний ефект від використання запропонованого способу складає 175грн. на одну хвору завдяки відновленню нормального циклу, зниженню метаболічних порушень та покращенню якості життя пацієнток (ліквідація патологічної психоневрологічної симптоматики). Це дозволяє рекомендувати запропонований спосіб лікування для поширеного використання в умовах гінекологічних стаціонарів та центрів планування сім'ї.