**Нікіфорова Софія Петрівна. Клінічні, параклінічні особливості постменопаузального остеопорозу, який індукований тотальною оваріоектомією у жінок репродуктивного віку. : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2002.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Нікіфорова С.П. Клінічні, параклінічні особливості постменопаузального остеопороза, який індуційований тотальною оваріоектомією у жінок репродуктивного віку.  Рукопис. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.  Спеціальность 14.01.01 - акушерство і гінекологія.  Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України.  Дніпропетровськ, 2002.  Дисертація включає результати комплексного клініко-лабораторного, гормонального, інструментального, біохімічного досліджень 159 жінок у постменопаузі. З них 120 жінок після тотальної оваріоектомії в репродуктивному віці і 39 жінок у фізіологічній постменопаузі.  Метою справжнього дослідження стало виявлення особливостей клінічного перебігу СПТО у жінок репродуктивного віку і визначення впливу двостороннього хірургічного видалення яєчників на зміни гормонального профілю, розвиток постменопаузального остеопороза і порушення показників фосфорно-кальцієвого обміну у жінок репродуктивного віку для оптимізації профілактики наслідків тотальної оваріоектомії.  Встановлено, що стан постменопаузи у жінок репродуктивного віку, як результату тотальної оваріоектомії, супроводжується більш вираженим клінічним перебігом, чим при фізіологічній постменопаузі. Рівень естрадіола в перші три роки після операції у жінок основної групи виявився в 3 рази менше контрольного і навіть після трьох років, при включенні позагонадних механізмів синтезу естрадіола і достовірному його зростанні, залишається в 2 рази нижче контрольного. Вже в перший рік після тотальної оваріоектомії, на фоні різкої гіпоестрогенії, спостерігається активізація процесу резорбції, внаслідок якого через три роки після операції МЩКТ на дільниці L1, L2 поперекового відділу знижується до ступеня остеопенії. У фізіологічній постменопаузі активізація процесу резорбції спостерігається після трьох років стану гіпоестрогенії. Проксимальный відділ стегнової кістки при прогресуючому зниженні МЩКТ у жінок з СПТО не знижується до ступеня остеопенії, але достовірно нижче, ніж у фізіологічній постменопаузі. Біохімічні зміни, що спостерігаються у жінок після тотальної оваріоектомії, укладаються в загальноприйняту схему обмінних процесів, які характерні для первинного остеопороза. | |
| |  | | --- | | 1. Тотальна оваріоектомія, що супроводжуює надпіхвову ампутацію або екстирпацію матки становить 34% всіх оперативних втручань у жінок до 49 років, з яких 64% складають жінки до 45 років. Онкологічна настороженість приводить до того, що у 10% жінок (сер. вік 43,7±0,47), згідно з гістологічною відповіддю були видалені яєчники звичайної будови, у 67,8% жінок (сер. вік 43,4±0,2) варіант норми. 2. 80% жінок вже через рік після операції відмічали СПТО різного ступеня перебігу, а через п'ять років - 100%. Клініка СПТО протягом п'яти років після операції, на відміну від фізіологічної постменопаузи, визначається більш вираженим ступенем тяжкості перебігу і тенденцією до наростання не тільки обмінно-ендокринного, але і психоемоційного і нейровегетативного симптомокомплексів. 3. Тотальна оваріоектомія супроводжується вираженими змінами гормонального фону: передусім, достовірно низьким (в 3 рази) рівнем естрадіола, який в перші три роки приводить до активізації компенсаторно-пристосувальних механізмів і відповідного достовірного зростання концентрації прогестерона, тестостерона, ФСГ, ЛГ. У жінок через три роки після оперативного втручання на фоні достовірного зростання концентрації естрадіола, в порівнянні з попередніми роками, але достовірно низькому (в 2 рази) в порівнянні з контрольним, спостерігається відповідне зниження концентрацій прогестерона, тестостерона, ФСГ, ЛГ. Позагонадний механізм секреції естрогенів у жінок після тотальної оваріоектомії залишається недостатнім для досягнення відповідного рівня естрадіола у жінок в фізіологічній постменопаузі. 4. Різка гіпоестрогенія у жінок з СПТО приводить до стрімкої втрати МЩКТ. Найбільш чутливим до процесу резорбції виявився поперековий відділ хребта, МЩКТ якого на дільницях L1 і L4 вже через три роки після операції знизилася до ступеня остеопенії. Зниження МЩКТ на ділянці проксимального відділу стегнової кістки у жінок основної групи хоча і не досягає рівня остеопенії, але являється достовірно нижчим, чим в контрольній групі. Патологічне порушення кісткової тканини в перші три роки відмічалося у 57%, після трьох років у 87% жінок після тотальної оваріоектомії, наслідком чого явились переломи в 9,9% жінок основної групи (66,7% - променевої кістки, 33,3% - щиколотки), а 2,6% в контрольній групі. Таким чиним постменопаузальний остеопороз, який індуційований тотальною оваріоектомією, протікає по типу первинного сенільного остеопороза. 5. Гіпоестрогенія, що викликана оваріоектомією, і компенсаторне збільшення функції наднирників і гіпофізарних гормонів приводять до порушень фосфорно-кальцієвого обміну, які характерні для розвитку системного остеопороза з високим типом обміну. Вказані зміни аналогічні змінам в період постменопаузи у жінок, вік яких на 10 років старше, ніж у жінок, що перенесли оваріоектомію, але ступінь їх вираженості більш значний. 6. Профілактика постменопаузального остеопороза на стадії остеопенії, як наслідок СПТО полягає в ранньому призначенні (на 2-3 добу) і тривалому застосуванні (мінімум до настання менопаузального віку) гормонозамісної терапії. | |