**Борис Олена Миколаївна. Особливості діагностики, профілактики та лікування постменопаузального остеопорозу у жінок різного віку з природньою та хірургічною менопаузою: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Інститут геронтології АМН України ; Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України. - К., 2002. - 196арк. - Бібліогр.: арк. 160-193.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Борис О.М.** Особливості діагностики, профілактики та лікування постменопаузального остеопорозу в жінок різного віку із природньою та хірургічною менопаузою. - Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 - акушерство і гінекологія. - Інститут геронтології АМН України; Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Київ, 2002.Робота присвячена питанням діагностики, профілактики та лікування структурно-функціональних порушень кісткової тканини залежно від стану гіпофізарно-гонадної системи та трофічних процесів, віку настання менопаузи, обсягу оперативного втручання та тривалості постменопаузального періоду у жінок із природньою та хірургічною менопаузою. В умовах лонгітудінального рандомізованого дослідження обстежено 431 жінку, з метою визначення нормативних показників ультразвукової денситометрії в умовах одномоментного епідеміологічного дослідження обстежено 772 жінки із природньою та хірургічною менопаузою. Встановлено фактори ризику остеопенічного синдрому та створено алгоритми і математичні моделі з прогнозування його виникнення при різній етіології менопаузи. Отримані дані дали можливість розробити і запропонувати в клінічну практику диференційовані комплекси профілактики та лікування остеопенічного синдрому з використанням препаратів замісної гормонотерапії, кальцію та вітаміну Д. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації вирішена актуальна медична задача по оптимізації перебігу постменопаузального періоду у жінок з природньою та хірургічною менопаузою шляхом розробки, клінічної апробації та впровадження в практику диференційованих методів профілактики та лікування постменопаузального остеопорозу на основі вивчення особливостей ендокринного статусу, трофічних порушень та структурно-функціонального стану кісткової тканини в залежності від етіології менопаузи та тривалості постменопаузального періоду.1. Ступінь вираженості дисгормональних розладів у жінок як з хірургічною, так і з природньою менопаузою визначається більшою мірою тривалістю постменопаузального періоду, ніж віком настання менопаузи.
2. Особливості дисгормональних порушень визначаються типом менопаузи: при хірургічній менопаузі виявляється виражене зниження вмісту статевих стероїдних гормонів при незначному підвищенні рівня гонадотропних гормонів, переважно ФСГ (індекс ЛГ/ФСГ = 0,64), що обумовлює в цьому періоді більшу вираженість трофічних розладів та структурно-функціональних порушень кісткової тканини в жінок із хірургічною менопаузою, тоді як при природній менопаузі поряд з підвищенням вмісту гонадотропних гормонів (індекс ЛГ/ФСГ = 1,2) спостерігається незначне зниження показників статевих стероїдних гормонів, переважно прогестерону.
3. У жінок з хірургічною менопаузою в ранньому постменопаузальному періоді (2 роки після операції) обсяг оперативного втручання обумовлює вираженість дисгормональних розладів гіпофізарно-гонадної системи, трофічних змін та структурно-функціональних порушень кісткової системи в ранньому постменопаузальному періоді: при гістероваріоектомії виявлені більш виражені ендокринні порушення, трофічні розлади слизової оболонки вагіни та порушення структурно-функціонального стану кісткової системи, що обумовлює доцільність проведення органозберігаючих операцій. Вже через 2 роки після операції відмінності в стані гормонального гоместазу, вираженості трофічних розладів та порушення стану кісткової тканини нівелюються, що вказує на розвиток синдрому передчасного виснаження яєчників у цього контингенту жінок.
4. Ступінь вираженості порушень структурно-функціонального стану кісткової тканини при хірургічній менопаузі в більшій мірі співвідноситься з показниками, що відображають стан трофічних процесів слизової оболонки вагіни, ніж із вмістом статевих стероїдних гормонів в сироватці крові, що визначає трофічні розлади як можливий маркер розвитку остеопорозу.
5. Найбільший темп втрати кісткової маси спостерігається в перші дванадцять років постменопаузи, особливо в ранньому постменопаузальному періоді (від одного до трьох років після настання менопаузи) і поступово знижується до 12 років. В подальшому суттєвої динаміки в ультразвукових параметрах залежно від тривалості постменопаузального періоду (від 12 до 21 року) не спостерігається.
6. Для жінок постменопаузального періоду характерні вірогідні взаємозв’язки між показниками ультразвукової денситометрії та антропометричними характеристиками (зростом, масою тіла та індексом маси тіла): найбільш тісний кореляційний зв’язок спостерігається між показником ШОУ (характеризує якість кісткової тканини) та ІМТ. Ожиріння має остеопротекторну дію тільки в перші 9 років постменопаузального періоду: серед жінок з надмірною масою тіла в цей період частка хворих з остеопорозом є вірогідно нижчою в порівнянні з жінками, які мають нормальну масу тіла.
7. Розроблені алгоритми та математичні моделі прогнозування остеопенічного синдрому в жінок із природньою та хірургічною менопаузою дають можливість формування груп ризику його розвитку для своєчасного проведення індивідуалізованих профілактично-лікувальних заходів.
8. Застосування замісної гормональної терапії на тлі препаратів кальцію та вітаміну Д у жінок з постменопаузальною остеопенією та остеопорозом забезпечує редукцію клінічної симптоматики вже на протязі перших трьох місяців лікування, тоді як вірогідне поліпшення денситометричних показників структурно-функціонального стану кісткової тканини у них спостерігається тільки через шість місяців та деяких показників - після 1 року терапії.
 |

 |