**Гінчицька Людмила Володимирівна. Особливості перебігу остеопорозу у жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2008.**

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

|  |
| --- |
| Гінчицька Л.В. Особливості перебігу остеопорозу у жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 –акушерство та гінекологія. Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського», м. Тернопіль, 2008.Дисертація присвячена вивченню етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування остеопорозу у жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії. Встановлено, що дисбаланс статевих та гонадотропних гормонів при менопаузі призводить до порушення ремоделювання кісткової тканини та фосфорно-кальцієвого обміну, що сприяє розвитку остеопорозу. При хірургічній менопаузі остеопороз розвивається значно швидше.На підставі проведеного клініко-параклінічного обстеження встановлено закономірності патогенетичного перебігу остеопорозу у жінок з фізіологічною менопаузою та після тотальної оваріоектомії, обґрунтовано методи комлексного лікування з використанням препаратів Клімодієну та Са-Д3 – нікомеду, які підвищують ефективність лікування хворих і зменшують ускладнення остеопорозу. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено клінічне обґрунтування та представлено нове вирішення актуального наукового завдання, щодо зниження частоти менопаузального остеопорозу, на основі вивчення особливостей ендокринного статусу, трофічних порушень урогенітального тракту та структурно-функціонального стану кісткової тканини в залежності від типу менопаузи і тривалості менопаузального періоду шляхом оптимізації методів лікування, прогнозування даного ускладнення у жінок з фізіологічною та хірургічною менопаузою.1. Тотальна оваріоектомія складає 25,5% всіх оперативних втручань у жінок від 40 до 50 років, з яких 25,3% складають жінки до 45 років, причому онкологічна настороженість призводить до того, що у 10,0% жінок згідно гістологічного дослідження проводили видалення яєчників нормальної будови, а в 66,7% - варіанти патології, які не потребували тотального їх видалення.
2. Виявлено достовірний взаємозв’язок між клінічною симптоматикою, гормональним статусом і ступенем атрофічних процесів слизової оболонки піхви у жінок після тотальної оваріоектомії та при фізіологічній менопаузі. Так у основній і порівняльній групах відмічається зменшення симптоматики нейровегетативного (на 3,5-6,8%) і психоемоційного (на 17,8-11,8%) синдромів та поступове наростання обмінно-ендокринного синдрому (на 41,5%-44,5%). У жінок в перші два роки після тотальної оваріоектомії концентрація естрадіолу в 2,4 рази менша, ніж у жінок в фізіологічній менопаузі (р<0,001), а від двох до п’яти років збільшується в 1,4 рази (р<0,05). Вже до двох років гіпоестрогенемії нормальні показники вагінального здоров'я в основній групі зустрічаються майже в 1,5 рази рідше, ніж в групі порівняння (р<0,05).
3. За результатами денситометрії оваріоектомія приводить до зниження мінеральної щільності кісткової тканини у 78,6% жінок протягом двох років спостереження, причому у 14,3% - на стадії остеопорозу, тоді як у групі жінок з природною менопаузою у 53,8% випадків реєструються лише остеопенії. Від двох до п’яти років остеопенія в основній групі становить 100%, з яких у 27,3% діагностовано остеопороз, а в групі порівняння - 75,0%, і 10,0% відповідно. Тобто, у жінок з хірургічною менопаузою до двох років остеопенічний синдром більш виражений, ніж у жінок із фізіологічною менопаузою від двох до п’яти років(р<0,05).
4. Виявлено достовірний взаємозв’язок між рівнем естрадіолу, МЩКТ та показником вагінального здоров’я як при ПОС, так і при фізіологічній менопаузі (р<0,05). Тому показник вагінального здоров’я можна використовувати як скринінговий маркер трофічних розладів кісткової тканини.
5. Ранньє і тривале використання гормонозамісних препаратів, а саме клімодієну протягом 6 місяців і більше за безперевною схемою, запобігає розвитку ранніх та пізніх менопаузальних розладів у жінок із постоваріоектомічним синдромом, сприяє покращенню денситометричних показників стану кісткової тканини вже через 6 місяців терапії.
6. Клінічна ефективність лікувального комплексу, що складався із клімодієну та Са-Д3-нікомеду забезпечує зворотній розвиток клінічної симптоматики, позитивно відображається на концентрації статевих та гонадотропних гормонів. Ефективність даного лікувального комплексу, оцінена за денситометричними показниками була у 3 рази була вищою, ніж при застосуванні лише препаратів Са-Д3-нікомеду.
 |

 |