

исходила нормализация температуры и послеоперационная активация больных, значительно реже развивался парез кишечника. Средняя продолжительность госпитализации сократилась в 2,5 раза.

Выводы. Высокая диагностическая точность, малая травматичность и инвазивность, ранняя реабилитация и косметический эффект обуславливают при лапароскопическом доступе высокое качество лечения, улучшая не только качество жизни, но и выявляя причины и механизмы развития гинекологической патологии, позволяя в будущем избежать нежелательных осложнений. Повышение качества жизни в связи с восстановлением репродуктивной функции документировано у 71,4% наших пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М. Современные взгляды на некоторые актуальные вопросы лапароскопической хирургии в гинекологии / Г.М.Савельева, М.А.Куриер, О.В.Азиев // Пленарный доклад Международного научного конгресса «Оперативная гинекология – новые технологии». Журнал акушерства и женских болезней. – 2005. – Т. I.IV, спецвыпуск. – С.16-18.

**СУДНИЦЫН Р.А., ЛИПЛАВК Н.А., ЗВЫЧАЙНЫЙ М.А.,
ГЕРАСИМОВ А.А., ВОРОНЦОВА А.В.**

ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ НА ИЗМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН

Уральская государственная медицинская академия

Климактерический период представляет собой закономерный этап жизни женщины, но при этом он не всегда протекает физиологически. Известно, что проявления патологического климактерия, различные по степени тяжести, встречаются у 40-70% женщин. Кроме этого, в связи с ростом числа гинекологических заболеваний, увеличивается частота оперативных вмешательств на органах половой сферы у женщин репродуктивного возраста и, следовательно, число пациенток с постовариозектомическим синдромом (ПОВЭС).

Известно, что половые гормоны оказывают регулирующее влияние на различные органы и ткани женского организма, связываясь со специфическими рецепторами, которые согласно данным последних исследований кроме репродуктивной системы локализуются и в костной ткани, которая является третьим «органом-мишенью» для воздей-

ствия половых стероидов.

Цель данного исследования - изучение влияния варианта развития дефицита половых стероидов (ДПС) у женщин на особенности изменения минеральной плотности костной ткани (МПКТ).

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 391 женщины с ДПС (установленным при гормональном обследовании): 230-в пре- и постменопаузе (45-60 лет), 139 - репродуктивного возраста (26-34 года) после двухсторонней овариоэктомии с гистерэктомией или без нее и 22 - с физиологическим климактерием (45-60 лет). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин репродуктивного возраста (25-35 лет). У всех женщин определена МПКТ в поясничном отделе позвоночника и в проксимальном отделе бедренной кости на двухэнергетическом рентгеновском костном денситометре "Lunar" (США).

Результаты. В ходе исследования получены следующие результаты: у здоровых женщин репродуктивного возраста по результатам денситометрии МПКТ как в поясничном отделе позвоночника, так и в проксимальном отделе бедренной кости у 100% соответствовала нормативным и средневозрастным показателям.

В группе обследованных, имеющих физиологический климактерий, так же как и в контрольной, не было выявлено ни одной женщины, имеющей существенные отклонения МПКТ (как по Т-, так и по Z-критериям) и в поясничном отделе позвоночника, и в проксимальном отделе бедренной кости.

Среди больных с патологическим течением климактерия при денситометрии поясничного отдела позвоночника нормальная МПКТ (по Т-критерию) обнаружена лишь у 7,0%, а у остальных - ее снижение, соответствующее: остеопении - у 63,0%, остеопороз (ОП) легкой выраженности - у 22,2% и ОП тяжелой степени - у 7,8%; в проксимальном отделе бедра нормальные значения МПКТ зафиксированы только у 33,5%, а ее уменьшение до остеопении и ОП выявлено соответственно - у 51,3 и у 15,2%.

Из пациенток с ПОЭС в поясничном отделе позвоночника только у четверых была МПКТ (по Т- и по Z-критериям) в пределах нормативных и средневозрастных показателей, а снижение МПКТ (Т-критерий) до значений остеопении, ОП легкой степени и тяжелого ОП диагностировано у 34,5, у 53,2 и у 8,6% соответственно; в проксимальном отделе бедренной кости отклонения МПКТ зарегистрированы - у 33,0%: остеопении - у 28,0%, а ОП - у 5,0%.

Заключение. Таким образом, влияние различных вариантов развития дефицита половых стероидов у женщин на особенности изменения минеральной плотности костной ткани выражается в следующем:

1. Для женщин с климактерием, протекающим физиологически, характерно отсутствие отклонений МПКТ в изучаемых областях не только от средневозрастных, но и от нормативных показателей.

2. Больным при патологическом климактерии типично наличие дефицита МПКТ, в первую очередь, в поясничном отделе позвоночника, имеющего различную степень выраженности.

3. У пациенток репродуктивного возраста с ПОЭС обращало на себя внимание резкое снижение МПКТ, безусловно выходящее за рамки и среднепопуляционных, и индивидуальных нормативных показателей, имеющее агрессивный характер (вплоть до тяжелого ОП) и склонность к генерализации (распространение на проксимальные отделы бедренной кости).