

витамина D (оксидевит, альфа-D3-ТЭВА, вигантол, 1-лео, ван-альфа и пр.) [1, 2, 3]. Однако, несмотря на то, что существует множество методов терапии ОП, осложняющего патологический климактерий у мужчин, следует отметить, что основным и наиболее патогенетически обоснованным является использование препаратов половых гормонов. Восполняя дефицит андрогенов, можно не только задержать развитие остеопороза, но и возможно обеспечить восстановление утраченной костной массы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации в отношении диагностики, предупреждения и лечения остеопороза в практике семейного врача. Т. ди Джи (Русский медицинский журнал Т. 3, № 1, 1996 г.).
2. Эпидемиология переломов бедра в возрастных группах повышенного риска по остеопорозу. Михайлов Е. Е., Беневоленская Л. И. Институт ревматологии РАМН, Ярославль 1992 г.
3. Проблема остеопороза в ревматологии. Насонов Е. Л., Скрипникова И. А., Насонова В. А. Москва 1997 г.

УДК 616.002—618.13:615.357

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ПРЕПАРАТОВ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КАСТРАЦИИ

И. И. Бенедиктов, А. А. Герасимов, А. В. Воронцова, М. А. Звычайный, М. Б. Грацинская, Р. А. Судницын

Уральская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета, г. Екатеринбург.

Остеопороз (ОП) является не только причиной страданий, снижения качества жизни, инвалидизации и преждевременной смерти, но и представляет важную социально-экономическую проблему [1, 2, 3].

В настоящее время установлено, что костная ткань является органом-мишенью для половых стероидов. Прекращение синтеза эстрогенов яичниками ведет к гиперактивности остеокластов и угнетению остеобластов, изменению уровня кальция в крови, что способствует значительному преобладанию процессов резорбции над остеосинтезом и возникновению ОП [1—3, 6]. Если первоначально в основном рассматривали роль гипоэстрогении в развитии ОП, то на сегодняшний день доказано, что при недостаточной секреции и прогестерона, и тестостерона также может раз-

виваться ОП: тестостерон обладает способностью активировать анаболические процессы в костях, а прогестерон оказывает антирезорбтивное действие в отношении костной ткани. Таким образом, возникающий вследствие овариэктомии дефицит половых гормонов приводит к сдвигам в костном ремоделировании, процессы резорбции преобладают над формированием костной ткани и возникает быстрая потеря костного вещества (от 3 до 7% в год) [1, 3].

С целью выяснить состояние костной ткани и влияние на нее современных препаратов заместительной гормональной терапии (ЗГТ) у женщин, перенесших оперативное удаление яичников, нами было проведено обследование 111 пациенток с кастрационной болезнью (КБ) различной степени тяжести (определялась по общему ММИ — менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е. В. Уваровой): I группа — 48 женщин с легким течением (общий ММИ от 12 до 34 баллов), II группа — 32 пациентки со средней степенью тяжести (общий ММИ — 35—58 баллов) и III группа — 31 больная с тяжелым течением КБ (общий ММИ выше 58 баллов).

Индивидуальный подбор препарата ЗГТ проводился в зависимости от тяжести посткастрационных расстройств (определялась по общему ММИ). Таким образом, овестин перорально получала 21 женщина, овестин сочетанно — 24 больных, климен — 25 пациенток и ливнал — 21 женщина. У 20 пациенток лечение не проводилось в связи с их отрицательным отношением к ЗГТ или наличием противопоказаний. Ни одна из женщин не получала гормональное лечение по крайней мере за 6 месяцев до начала исследования. Во время наблюдения исключался систематический прием других лекарственных средств.

Для выявления ОП больным до лечения и через 2 года ЗГТ проводились боковая рентгенография поясничного отдела позвоночника и определение выраженности ОП по Kruse:

- отсутствие ОП — отсутствие рентгенологических изменений;
- пограничные изменения — повышение прозрачности костной ткани, уменьшение трабекул;
- легкая степень — отчетливое истончение поперечных трабекул, утолщение вертикальных трабекул (грубая вертикальная исчерченность), подчеркнутость замыкательных пластинок, дальнейшее повышение прозрачности костной ткани;
- умеренная выраженность — снижение высоты тел позвонков, двояковыгнутость позвонков, клиновидная деформация 1—2 позвонков, дальнейшая убыль костной плотности;

● тяжелая степень — множественные «рыбы» или клиновидные позвонки, резко выраженная деминерализация — «стеклянные» позвонки.

Среди женщин с посткастрационными расстройствами при первичном обследовании отмечено повышение доли больных с рентгенологически подтвержденным ОП по мере утяжеления КБ (от 25,0% — в I группе до 67,7% — в III) и увеличение его рентгенологической выраженности — от пограничных изменений (у 12,5% — в I группе) до умеренной и тяжелой степени (соответственно у 22,6% и у 48,4% — в III группе).

При проведении заместительной терапии овестинном перорально на протяжении 24 месяцев дальнейшего прогрессирования ОП не наблюдалось — количество женщин с рентгенологическими признаками ОП оставалось исходным. В группе больных, применявших овестин сочетанно, за время проведения ЗГТ число пациенток с рентгенологическими проявлениями ОП не изменилось, а у одной женщины тяжелая их выраженность сменилась на среднюю. У пациенток, получавших климен, за время терапии выраженность ОП существенно уменьшилась — количество больных с рентгенологически выраженным ОП снизилось на 18,8%. За 2 года ЗГТ ливналом состояние опорно-двигательного аппарата у женщин данной группы значительно улучшилось — к окончанию лечения у 18,8% и у 25,0% пациенток соответственно тяжелая выраженность ОП сменилась на среднюю, а средняя — на легкую.

У женщин без ЗГТ выраженность ОП нарастала и за 2 года наблюдения доля больных с рентгенологически подтвержденным ОП увеличилась с 35,0% до 85,0%.

Таким образом, по мере утяжеления КБ выраженность ОП нарастает. Проведение ЗГТ овестинном препятствует дальнейшей остеорезорбции (отсутствие отрицательной динамики рентгенологических показателей состояния костной ткани у пациенток за 24 месяца лечения), в то время как применение климена и ливнала не только стабилизирует состояние опорно-двигательного аппарата, но и способствует восстановлению плотности костной ткани (снижение рентгенологической выраженности ОП у больных за 2 года ЗГТ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейкверкер Я. Стратегия лечения остеопороза // Первый Российский симпозиум по остеопорозу. — М., 1995. — С. 21—29.
2. Рожинская Л. Я. Системный остеопороз. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. — 208 с.
3. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология. С.-Петербург, 1995. — С. 172—174.