

УДК: 576.344:618.3

Б.К.Коимдодова

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
Министерства здравоохранения Республики Таджикистан*

(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан М.Ф. Додхоевой 04.08.2010 г.)

Приведен алгоритм ведения женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью, который включал установление уровня и типа овариальной недостаточности, состояния минеральной плотности костной ткани и кальций-фосфорного обмена, а также гормональную коррекцию яичниковой недостаточности, консультирование и лечение у смежных специалистов, а также профилактику нарушений минеральной плотности костной ткани. Показано, что адекватная гормональная терапия, применение препаратов кальция в течение 12 мес. способствовали приросту минеральной плотности костной ткани у женщин с остеопенией и нижней границей нормы содержания минералов в кости.

Ключевые слова: овариальная недостаточность – гормональная терапия – минеральная плотность костной ткани – алгоритм ведения – бесплодие.

Овариальная недостаточность является главной причиной нарушений минерализации костной ткани у женщин старших возрастных групп [1,2]. Дефицит половых стероидных гормонов усиливает процесс резорбции костной ткани и замедляет костеобразование [3]. У женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью, как правило, на первое место выходят проблемы бесплодного брака, в связи с чем первично такие пациентки обращаются к гинекологам. Другими последствиями овариальной недостаточности у молодых женщин являются нарушения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [4]. Поэтому алгоритм ведения женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью должен включать диагностику и профилактику остеопении и остеопороза.

Целью данного исследования явилась оценка результатов ведения женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью согласно предложенному нами алгоритму.

Методы исследования

Нами обследованы 118 женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью. Из них 95 (72.9%) обратились по поводу бесплодия и 23 (27.1%) ввиду нарушений менструального цикла. В 60 (50%) случаях имело место сочетание бесплодия с нарушением менструального цикла. Средний возраст обследованных женщин составил 25.5 ± 0.45 года.

Адрес для корреспонденции: Коимдодова Бадахшон Козидавлатовна. 734002, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. М.Турсун-Заде, Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ. E-mail: bKoimdodova@com

Алгоритм ведения женщин репродуктивного возраста включал обследования с целью определения уровня и типа овариальной недостаточности, состояния минеральной плотности костной ткани, а также гормональную коррекцию яичниковой недостаточности, консультирование и лечение у смежных специалистов, а также профилактику остеопороза.

С целью диагностики типа и уровня нарушений овариального цикла определяли уровни гормонов в сыворотке крови иммуноферментным методом. Содержание эстрадиола (Э2), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ) определяли на седьмой день менструального цикла, прогестерона (Р) на двадцать пятый день менструального цикла. С целью диагностики типа овариальной недостаточности производили мониторинг фолликула ультразвуковым методом на 7, 9, 11, 13 дни и измерение диаметра желтого тела на 25-й день менструального цикла.

Определение ионизированного кальция (Са) и фосфора (Р) в сыворотке крови проводили по методике Леви-Элазара.

С целью оценки минеральной плотности костной ткани всем обследованным женщинам проводилась двухэнергетическая денситометрия.

Расчет абсолютного значения минеральной плотности костной ткани позволил изучить состояние костной массы. Диагноз остеопороза и остеопения устанавливался на основании значений Т- и Z- критериев. Статистическая обработка проведена на компьютере с использованием стандартных программ «Excel».

Результаты и их обсуждение

У 88 (74.6%) женщин имела место нормогонадотропная недостаточность функции яичников, у 24 (20.3%) гипергонадотропия и у 6 (5.1%) гипогонадотропия.

Среди женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью у 13 (14.8%) диагностирован ановуляторный менструальный цикл по типу персистенции фолликула, у 30 (34.1%) по типу атрезии фолликула, недостаточность лютеиновой фазы – у 45 (51.2%). Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью распределялись по типу нарушений менструальной функции следующим образом: нарушение менструального цикла по типу персистенции фолликула отмечено у пяти (20.8%), по типу атрезии фолликула – у четырех (16.7%), недостаточность лютеиновой фазы – у 15 (62.5%) человек. При гипогонадотропной овариальной недостаточности ановуляторный менструальный цикл по типу атрезии фолликула выявлен у двух (33.3%), по типу персистенции фолликула – у 3 (50%), недостаточность лютеиновой фазы – у одной (16.7%) женщины.

Распределение пациенток по длительности бесплодия показало, что бесплодие 1-3 года имели 28 (29.5%), 32 (33.7%) имели продолжительность бесплодия от трех до пяти лет. Длительность бесплодия более пяти лет отмечена у 35 (36.8%). Средняя длительность бесплодия у женщин основной группы составила 3.3 ± 0.4 года.

У женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 60 (68.2%), хронический пиелонефрит – у 35 (39.7%), анемия – у 6 (6.8%), ожирение – у 13 (14.7%) и дефицит массы тела – у 17 (19.3%) пациенток. Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью имели йоддефицитные состояния 16 (66.7%), патология почек отмечена у 13 (54.2%), анемия – у 3 ($12.5 \pm 6.75\%$), дефицит массы тела – у 1 ($4.17 \pm 4.08\%$) и

ожирение – у 5 (20.8%) человек. У женщин с гипогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 2 (33.3%), хронический пиелонефрит – у 1 (16.7%), анемия – у 1 (16.7%), дефицит массы тела – у 3 (50%) больных.

Результаты денситометрического исследования выявили, что из 118 женщин с овариальной недостаточностью 105 (88.9%) имели нормальную МПКТ, 13 (11%) – ее нарушения. Среди женщин с нормальной МПКТ у 70 (59.3%) человек имела место нижняя граница нормы. У женщин с нарушениями минеральной плотности костной ткани остеопения выявлена у 11 (84.6%), остеопороз – у 2 (15.4%). Женщины с остеопорозом, помимо терапии овариальной недостаточности, наблюдались и лечились у травматологов.

Среди женщин с остеопенией 4 (36.4%) пациентки имели нормогонадотропную, 2 (18.2%) – гипогонадотропную и 5 (45.5%) – гипергонадотропную овариальную недостаточность. Группу женщин с МПКТ, соответствующей нижней границе нормы, составили 21 (60%) больная с нормогонадотропной, 12 (34.2%) – с гипергонадотропной и 2 (5.71%) – с гипогонадотропной овариальной недостаточностью. У двух (100%) женщин с остеопорозом диагностирована гипергонадотропная овариальная недостаточность.

При ановуляторном менструальном цикле по типу персистенции фолликула и при недостаточности лютеиновой фазы назначали дидрогестерон с 11-го по 25-й день менструального цикла по 10 мг 2 раза в день.

Женщинам с ановуляторным менструальным циклом по типу атрезии фолликула назначались:

1) 0.03 мг этинилэстрадиола и 0.15 мг дезогестрела (регулон) и 0.02 мг этинилэстрадиола и 0.15 мг дезогестрела (новинет) 1 раз в день с 3 по 21 день менструального цикла в циклическом режиме;

2) ципратерон ацетат 2 мг и этинилэстрадиол 0.035 мг (Диане-35) – при диагностированном поликистозе яичников.

Гормональная терапия у всех женщин проводилась в сочетании с циклической витаминотерапией, включающей фолиевую кислоту в первую фазу цикла и аскорбиновую кислоту во вторую фазу цикла. Альфа-токоферол ацетат: 300 мг по 1 капсуле 2 раза в день с 17 дня цикла в течение 5 циклов. Продолжительность гормональной терапии составляла не менее 6 мес. При необходимости проводилась стимуляция овуляции.

Кроме гормональной терапии половыми стероидными гормонами, ведение пациенток также включало назначение: кальций 1000 мг в сутки и витамин Д3 400 МЕ (Кальций – Д3 никомед по 1 таблетке один раз в день) в течение 6 мес. (минимальный срок лечения). При необходимости женщины с экстрагенитальной патологией лечились у смежных специалистов - уролога, эндокринолога и терапевта.

Результаты терапии и профилактики нарушений минерализации костной ткани оценивались через 12 мес (рис.). Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией через 12 мес гормональной терапии в сочетании с Кальций – Д3 никомед в поясничном отделе позвоночника составил $3.12 \pm 0.09\%$, по Т-критерию – $2.92 \pm 0.09\%$, по Z-

критерию – $1.55 \pm 0.04\%$, в проксимальном отделе бедра – $2.03 \pm 0.36\%$, $2.3 \pm 0.37\%$, $1.97 \pm 0.76\%$ соответственно.

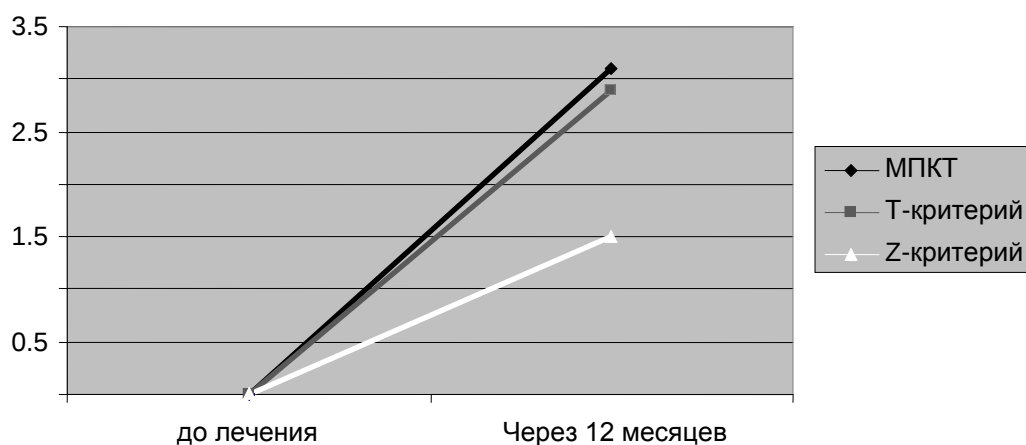


Рис. Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией.

Выявлена достоверная ($P < 0.05$) прямая корреляционная зависимость между приростом МПКТ и длительностью бесплодия ($r = 0.37$; $n = 37$). У 35% женщин с бесплодием восстановилась репродуктивная функция и у 45% женщин с нарушениями менструального цикла восстановилась менструальная функция.

В ы в о д ы

Овариальная недостаточность у женщин репродуктивного возраста вызывает изменения кальций-фосфорного обмена и снижение минеральной плотности костной ткани.

Диагностика типа и уровня нарушений регуляции менструального цикла у женщин репродуктивного возраста с яичниковой недостаточностью способствует правильному подбору гормональной терапии.

Правильная коррекция гормональных нарушений у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и применение препаратов кальция в сочетании с витамином Д3 способствует приросту минеральной плотности костной ткани.

Поступило 04.08.2010 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дедов И.И. – Акушерство и гинекология, М., 2001, №3, с. 25-35.
2. Риггз Б.Л., Л. Джозеф Мелтон III Остеопороз: этиология, диагностика, лечение. – М.: Бином, 2000.
3. Amelio P., Grimaldi A., Di Bellas. – Bone, 2008, v.40, Issue 3, pp. 386-388.
4. Шалина М.А. - Акушерство и женские болезни, М., 2006, т. VI, №4, с. 35-40.

Б.К. Коимдодова

АЛГОРИТМИ НАЗОРАТИ ЗАНҲОИ СИННУ СОЛИ РЕПРОДУКТИВӢ БО НОРАСОИИ ТУХМДОНҲО

*Пажӯҳишгоҳи илмию тадқиқоти акушерӣ, гинекологӣ ва перинатологии назди
Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон*

Дар тадқиқоти мазкур дар бораи алгоритми назорати занҳои синну соли репродуктивӣ, бо норасоии тухмдонҳо маълумот дода мешавад. Дар алгоритм маълумот дар бораи ҷойгиршавии норасоии ҳормонҳо ва баъд пешгирии аломатҳои вайроншавии минералии бофтаҳои устухон ва нишондодоҳои таххисҳои ҳормонали додашудааст.

Калимаҳои калидӣ: норасоии тухмдонҳо – табобати ҳормонали – минерали бофтаҳои устухон – безуретӣ.

B.K.Koimdodova

TREATMENT METHODOLOGY FOR THE WOMEN, WHO ARE IN THEIR PUBERTY AGE, WITH THE OVARIAL IMPAIRS

*Tajik Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology,
Ministry of Health of the Republic of Tajikistan*

A sequential treatment methodology for the women, who are in their puberty age, with the ovarian impairs is demonstrated in our research. Defining the level and type of ovarian impair, the mineral density of the bone tissue and its condition and calcium-phosphate exchange were included in our survey. In addition, the hormonal correction of ovarian impair, preventive actions for mineral balance in the bone tissue and collaboration with the other medical experts were done. Observations showed that appropriate hormonal therapy and the use of calcium drugs in 12 month duration helped patients with the ovarian impair to achieve mineral balance in the bone tissue and reach the minimum necessary amount of mineral (cm2) in the bones.

Key words: ovarian impair – mineral density of the bone – hormonal therapy – methodology for the women.