

У 4 женщин (66,7 %) второй группы на фоне комплексной терапии гипоталамического синдрома отмечалась нормализация овуляторной функции и менструации без гормональной коррекции, у 2 женщин (33,3 %) менструальный цикл не восстановился. В третьей группе женщин менструальные реакции в 100 % случаев были только на фоне гормонотерапии и после ее окончания у 80 % женщин менструальный цикл не восстанавливался. Оценка гормональных исследований производилась в начале терапии и через 3 месяца после ее окончания. У всех пациенток с гипоменструальным синдромом до начала лечения отмечалось: снижение прогестерона до уровня нижней границы нормы, а также высокий индекс соотношения ЛГ/ФСГ > 2,5 (повышение ДЭА отмечалось в 66,7 % случаев). В ходе исследования выявились следующие закономерности: у пациенток I группы отмечалось уменьшение соотношения ЛГ/ФСГ в 1,5 раза, снижение уровня ДЭА до нормальных показателей, а также повышение уровня прогестерона с  $3,28 \pm 2,1$  нг/мл до  $22,8 \pm 4,6$  нг/мл. У пациенток II группы уровень соотношения ЛГ/ФСГ также имел тенденцию к снижению: снизился до 1,5 — в 66,7 % случаев и до 2 — в 33,3 % случаев, у 66,7% отмечалось повышение уровня прогестерона до средних границ нормы и у 33,3 % пациенток прогестерон остался сниженным  $3,3 — 10,5$  нг/мл (отмечалось незначительное повышение этого гормона), уровень ДЭА снизился во всех случаях с 5,2

мкг/мл до 1,8 мкг/мл. В III (контрольной) группе пациенток, получавших только гормональную терапию, отмечается незначительное снижение уровня соотношения ЛГ/ФСГ и только в 25 % случаев этот уровень достиг 1,5. Нормализация прогестерона до уровня  $15,8 — 20,2$  нг/мл отмечалась в 50 %, а ДЭА снизился до нормы ( $0,4 — 2,17$ ) мкг/мл в 25 % наблюдений. Важными критериями исследования являлось уменьшение массы тела и стабилизация веса после окончания лечения. У больных основной группы достигнуто стойкое снижение массы тела (в среднем ИМТ снижался на 2,69 и не восстанавливался после окончания лечения). Аналогичные результаты были достигнуты у пациенток второй группы, в то же время как 75 % женщин, получавших только традиционное лечение, отмечали незначительное снижение массы тела (ИМТ снизился на 1,5 и восстановился после окончания лечения). Небольшое число наблюдений не позволяет выполнить статистическую обработку данных, однако полученные результаты свидетельствуют о перспективах использования данного метода в комплексной терапии гипоменструального синдрома нейроэндокринного генеза и необходимости дальнейшего изучения.

**Выводы.** Применение структурно-резонансной терапии у больных с вторичными поликистозными изменениями яичников способствует достижению длительного и стойкого терапевтического эффекта.

<sup>1</sup>Зазерская И. Е., <sup>2</sup>Дячук А. В., <sup>2</sup>Гавриш Н. А.

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ

им. акад. И. П. Павлова;

<sup>2</sup>ЦМСЧ № 122 ФМБА РФ, Санкт-Петербург, Россия

## ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ, ПРОЖИВАЮЩИХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

**Актуальность.** Известно, что с увеличением возраста происходит снижение костной массы. Крайне важным является выяснение факторов риска развития раннего снижения плотности костной массы.

**Цель исследования:** определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у здоровых женщин в пременопаузе, и раннем постменопаузальном периоде, проживающих в Санкт-Петербурге. Мы поставили задачи выяснения характера распределения минеральной плотности в субрегионах скелета у женщин данного возраста и выявления у них факторов риска развития остеопороза.

**Материал и методы.** В поликлинике ЦМСЧ

№ 122 обследовано 96 женщин в возрасте от 45 до 50 лет (средний возраст  $47,9 \pm 0,1$  лет) и 120 пациенток от 48 до 60 лет (средний возраст  $56,2 \pm 0,4$  лет) в раннем постменопаузальном периоде. Состояние костной ткани оценивали в осевом (поясничный отдел позвоночника) и периферическом скелете (проксимальном отделе левого бедра, левом предплечье) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на остеоденситометре фирмы Hologic QDR 4500 Elite. Результаты измерений оценивались согласно рекомендациям ВОЗ.

**Результаты исследования.** При сопоставлении данных остеоденситометрии, результатов анкетирования пациенток, данных клинико-ла-

бораторного обследования выявлено следующее. Остеопению, требующую лечения (по Т критерию  $\leq -2,0$  SD) в области позвоночника имеют в пременопаузе 6 женщин (6,3 %), бедра — 3 (3,1 %), системную — 3 (3,1 %), в постменопаузе соответственно 22 (18,3 %), 15 (12,5 %) и 4 (3,3 %). Остеопения по Т критерию  $\leq -1,5$  SD в области позвоночника в постменопаузальном периоде выявлена у 17 женщин (17,7 %), в области бедра — у 16 (16,7 %), системная — у 5 (5,2 %), в постменопаузе соответственно у 63 (52,5 %), 22 (18,3 %) и 15 (12,5 %). Среди обследованных с невысокими показателями МПКТ дополнительные факторы риска развития остеопороза имеют: 1 фактор —

65 % женщин, 2 фактора и больше — 3,2 %. Сильная корреляционная связь МПКТ с индексом массы тела выявлена в области поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра.

**Заключение.** Настоящее исследование подтверждает положение о том, что губчатая ткань поясничного отдела позвоночника является наиболее чувствительной к изменениям костного обмена и своего рода маркером начальных изменений МПКТ в пременопаузе. Скорость, с которой происходит снижение костной массы у женщин в пременопаузе, зависит от различных факторов, многие из которых независимы от секреции половых гормонов.

**Иванов В. В., Пучков К. В.**

ГУП «Медицинский центр» Управления делами Мэра и Правительства г. Москвы,  
Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Россия

## ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**Актуальность проблемы.** Стандартная профилактика тромбгеморрагических осложнений у пациенток с метаболическим синдромом включает в себе назначение подкожных инъекций низкомолекулярных гепаринов. Эффективность данного воздействия зависит от уровня эндогенного кофактора — антитромбина-III, уровень которого значительно снижается при проведении, как абдоминальных вмешательств, так и операций на опорно-двигательном аппарате. Причем у ряда пациенток (до 30 %) это снижение превышает критические значения, т.е. вводимый извне гепарин в силу естественных физиологических причин, не может оказать противосвертывающего эффекта, что приводит не только к фатальным эмболическим осложнениям, но в большей степени к тромботическому повреждению микроциркуляторного русла, что служит как фоном, так и причиной развивающихся системных и местных осложнений.

**Материал и методы.** Нами разработана схема предоперационной подготовки пациентов с метаболическим синдромом. Она включает в себя назначение в течение 30 дней метформина в дозе не менее 500 мг/сут и детралекса в дозе 800 мг/сут. При пограничных значениях или повышении уровня ТТГ (даже в случае нормальных значений  $T_3$  и  $T_4$ ) дополнительно назначается тироксин в дозе 50 мг/сут. За 2 часа до оперативного вмешательства и на протяжении 7 суток после него подкожно вводится низкомолекулярный гепарин в адекватной весу пациента дозе. Интраоперационно про-

водится инфузия оксиэтилированного крахмала в дозе 0,5–1,0 мл/кг. Во всех случаях проводится эластическая компрессия нижних конечностей.

**Результаты исследования.** Назначение комплекса включающего сочетание тиреоидного гормона и препарата влияющего на обмен глюкозы способствует в первую очередь улучшению метаболических процессов в тромбоцитах, стенках сосудов, а также коррекции атерогенной дислипидотеинемии, что способствует снижению тромбофилической направленности системы гемостаза у данной категории больных, а также росту резерва естественных антикоагулянтов и согласованности регулирующих влияний (как нейрональных, так и гуморальных) в секреции элементов плазменного, сосудистого и тромбоцитарного звеньев. Включение микроионизированной фракции флавоноидов обеспечивает увеличение фонового уровня содержания протеина С, как в тромбоцитах, так и в стенках сосудов, что вместе с выраженным венотонизирующим эффектом препарата и воздействием на лимфодренаж тканей, повышает резистивность веноз-лимфатического русла и создает благоприятный фон для течения репаративных процессов. Введение в анестезиологическое обеспечение должного объема внутривенной инфузии препаратов гидроксэтилированного крахмала способствует связыванию его с активированными формами плазменных факторов на фосфолипидных элементах в плазме крови, тем самым, ограничивая