

А.Ю. Смирнова
ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН
Краевой клинический центр охраны материнства и детства . Владивосток*

Перед гинекологом, наблюдающим женщин в климактерическом периоде, стоят две основные задачи: лечение имеющихся климактерических расстройств и профилактика отдаленных осложнений менопаузы. В настоящее время заместительная гормональная терапия широко назначается пациенткам для купирования вегетативных симптомов, урогенитальных, метаболических нарушений, а также с целью профилактики потери массы костной ткани и развития остеопороза.

Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, микроархитектурным повреждением костной ткани с последующим повышением хрупкости костей и учащением риска переломов.

Дефицит половых гормонов в климактерии может оказывать прямое и опосредованное влияние на костную ткань. Установлено прямое влияние эстрогенов на костные клетки через эстрогенные рецепторы.

Механизм защитного влияния эстрогенов на костную ткань:

- блокада активации остеокластов;
- активация синтеза кальцитонина;
- блокада активности паратгормона посредством снижения синтеза его или снижения чувствительности остеокластов;
- снижение чувствительности костной ткани к рассасывающему действию метаболитов витамина D3;
- активация процессов гидроксилирования витамина D3 в почках и превращения его в активную форму;
- усиление всасывания Са в кишечнике;
- снижение катаболического эффекта тироксина за счет усиления синтеза тиреоглобулина.

Если первоначально, в основном, рассматривали роль гипострогении в развитии остеопороза, то в настоящее время показано, что и при недостаточной секреции прогестерона (ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, гиперпролактинемия, аменорея) также может развиваться остеопороз. Особую роль играет и тестостерон — активный анаболический гормон. При двухсторонней овариэктомии в любом возрасте довольно быстро развивается остеопороз, и в этом важную роль играет и дефицит всех трех гормонов — эстрогенов, прогестерона и тестостерона.

Защитное влияние гестагенов на костную ткань:

- прямое — через специфические рецепторы на остеобlastах, стимулируя формирование костной ткани;
- опосредованное — блокада рецепторов к глюкокортикоидам и снижение их ингибирующего влияния на кость.

В центре «Здоровье женщин после 40 лет» ЦПСПР ККЦОМД наблюдается 35 женщин с различными проявлениями дефицита половых стероидов, из них 25 женщин с климактерическим син-

дромом, 4 — с синдромом раннего истощения яичников, 2 — с синдромом постовариозэктомии. У 91,4 % пациенток при обследовании выявлены проявления остеопенического синдрома. Основными клиническими симптомами являются боли в костях, особенно часто в костях поясничного или грудного отдела позвоночника, изменения осанки, прогрессирующее ограничение двигательной активности позвоночника. У двух пациенток в анамнезе — переломы лучевой кости, у одной — перелом шейки бедра.

Всем женщинам с целью исследования состояния костной ткани была проведена ультразвуковая денситометрия, для оценки процессов формирования и резорбции кости определялись биохимические маркеры (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза). У 72,2 % при денситометрии выявлено снижение минеральной плотности костной ткани, в 32 % случаев в крови отмечена гипокальциемия, в 37% — повышение уровня фосфора, в 15 % — снижение уровня щелочной фосфатазы.

Ввиду того, что патогенез постменопаузального остеопороза довольно сложен и неоднозначен, в терапии остеопороза преследуются две цели:

- блокада процессов резорбции костной ткани;
- активация процессов формирования кости.

К антирезорбтивным препаратам наряду с другими относятся препараты для заместительной гормонотерапии. Установлены оптимальные дозы эстрогенов для профилактики и терапии остеопороза. Для эстрадиола валерата эта доза равна 2 мг в сутки, для конъюгированных эстрогенов — 0,625 мг.

Заместительная гормонотерапия назначалась 33 пациенткам. Назначение ЗГТ осуществлялось с учетом противопоказаний, а также индивидуальных особенностей анамнеза и данных обследования каждой пациентки. Применялись оральный (таблетки — климен, климонорм, ливал, фемостон, трисиквенс) и трансдермальный (пластырь — климара) пути введения препаратов. Для более эффективной профилактики и терапии остеопороза, а также для профилактики гиперпластических процессов в эндометрии при интактной матке предпочтение отдавалось комбинации эстрогенов и гестагенов: двух-, трех- и монофазных.

На фоне применения ЗГТ в течение года отмечалось улучшение самочувствия, а также показателей денситометрии, биохимических маркеров крови практически у всех пациенток (97,4 %).

Таким образом, наиболее обоснованной и рациональной профилактикой и патогенетической терапией постменопаузального остеопороза является использование препаратов половых гормонов. Гормонопрофилактика и терапия снижают риск потери массы кости в любом возрасте и остается терапией выбора при постменопаузальном остеопорозе.

Соловьева Н.П., Попов А.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ДЕРМОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

*Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток
Краевая клиническая больница № 2*

Система диагностики заболеваний с использованием компьютерного дермографа «КД-01» (патент-1531993 от 20.06.1987г.) предназначена для функционально-топической диагностики выраженных дисфункций и заболеваний внутренних органов человека. Метод «Компьютерной дермографии» осуществляет измерение вегетативного локального сегментарного тонуса в системе координат «Сегментарная матрица».

Метод компьютерной дермографии выгодно отличается от привычных способов обследования, так как это доступный неинвазивный метод обследования, достаточно информативен, прост в использовании. Программа реализована на IBM — совместимом компьютере с операционной системой MS — DOS версии 2.0 и выше с использованием языка PASKAL.

Сделаны съемки показаний КД 22 больным с вирусными поражениями печени. Острый вирусный гепатит А (HAV) установлен у 3 из 22 больных, острая и хроническая HBV-инфекция у 8 из 22, хроническая HCV-инфекция у 11 из 22. Диагноз паци-

ентов подтвержден специфическими лабораторными тестами ИФА, ПЦР, методами УЗИ, биопсии печени. Получены 66 графика КД от 22 пациентов.

При исследовании графических изображений в 54 (81,8%) случаях установлено снижение функции F5-1 в области сегмента ТН6. Причем, у нас получилась характерная форма графика в виде «W» с эпицентром в ТН6, что следует расценивать как признак поражения печени у обследуемых больных. Кроме этого, в 27 (40,9%) отмечено повышение функции F2, F3, отвечающих за тонус артериальных и венозных сосудов, а также синхронизация их с другими функциями, что практически никогда не встречается у здоровых людей. На 12 (18,2%) графических изображениях каких-либо признаков, характерных для поражения печени не обнаружено.

Таким образом, применение метода компьютерной дермографии у больных с вирусными гепатитами различной этиологии позволило определить признаки, характерные для поражения печени.

Соколова Н.М., Ермоленко Л.В., Белогодова Н.В., Соложонкова А.П., Лысенко О.Г.
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА α-ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ
У БОЛЬНЫХ, С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ;