

(51,14±5,33%). Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью распределялись по типу нарушений менструальной функции следующим образом: нарушение менструального цикла по типу персистенции фолликула отмечено у 5 (20,83±8,28%), по типу атрезии фолликула – у 4 (16,66±7,61%), недостаточность лютеиновой фазы - у 15 (62,5±9,88) человек. При гипогонадотропной овариальной недостаточности ановуляторный менструальный цикл по типу атрезии фолликула выявлен у 2 (33,33±19,25%), по типу персистенции фолликула - у 3 (50±20,41%), недостаточность лютеиновой фазы – у 1 (16,66±15,21%) женщин.

Распределение пациенток по длительности бесплодия показало, что бесплодие в 1-3 года имели 28 (29,47±36,8%), 32 (33,68±4,85%) имели продолжительность бесплодия от 3 до 5 лет. Длительность бесплодия более 5 лет отмечено у 35 (36,84±4,95%) соответственно.

У женщин с нормогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 60 (68,18±4,96%), хронический пиелонефрит - у 35 (39,77±5,22%), анемия - у 6 (6,82±2,69%), ожирение - у 13 (14,77±3,78%) и дефицит массы тела - у 17 (19,32±4,21%).

Женщины с гипергонадотропной овариальной недостаточностью имели йоддефицитное состояние - 16 (66,67±9,62%), патологию почек - 13 (54,17±10,17%), анемию - 3 (12,5±6,75%), дефицит массы тела - 1 (4,17±4,08%) и ожирение - 5 (20,83±8,29%) человек. У женщин с гипогонадотропной овариальной недостаточностью диффузное увеличение щитовидной железы выявлено у 2 (33,33±19,25%), хронический пиелонефрит - у 1 (16,66±15,31%) анемия - у 1 (16,67±19,25%), дефицит массы тела - у 3 (50±20,41%) человек.

Результаты денситометрического исследования выявили, что из 118 женщин с овариальной недостаточностью, 105 (88,9%) имели нормальную МПКТ, 13 – нарушения МПКТ. Среди женщин с нормальной МПКТ у 70 (59,32±4,52) человек имела место нижняя граница нормы. Среди женщин с нарушениями МПКТ остеопения выявлена у 11 (84,6±10%), остеопороз - у 2 (15,4±10,0%). Среди женщин с остеопениями 4 (36,36±14,50%) человека имели нормогонадотропную, 2 (18,18±11,62%) - гипогонадотропную и 5 (45,45±15,01%) - гипергонадотропную овариальную недостаточность. Женщины с МПКТ, соответствующей нижней границе нормы, составляли 21 (60±8,28%) человек с нормогонадотропной, 12 (34,2±8,02%) - с гипергонадотропной и 2 (5,71±3,92%) - с гипогонадотропной овариальной недостаточностью. У 2 (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 ановуляторном менструальным циклом по типу атрезии фолликула назначались:

1) 0,03мг этинилэстрадиола и 0,15мг дезогестрела (регулон) и 0,02мг этинилэстрадиола и 0,15мг дезогестрела (новинет) по 1 табл. 1 раз в день с 3 по 21 день менструального цикла в циклическом режиме; 2) ципратерон ацетат 2мг и этинилэстрадиол 0,035мг (Диане35) – при диагностированном поликистозе яичников.

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

Кроме гормональной терапии половыми стероидными гормонами, ведение пациенток также включало назначение кальция 1000 мг в сутки и витамин Д3 400 МЕ (Са Д3 никомед по 1 таблетке 1 раз в день) в течение минимально 6 месяцев.

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 месяцев. Как видно из приведённых данных в таблице, у женщин с нижней границей нормы и остеопенией средние значения МПКТ в поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра, дистальном отделе предплечья после гормональной терапии в сочетании с препаратом Са и витамина Д имели тенденцию к повышению, однако достоверных отличий по сравнению с соответствующими показателями до начала лечения не выявлено.

Таблица

Результаты денситометрического исследования до и после проведённой терапии в течение 12 месяцев

	L1 - L4			Проксимальный отдел бедра		
	МПКТ	T – критерии	Z- критерии	МПКТ	T- критерии	Z- критерии
Нижняя граница нормы до начала терапии	1,045±0,02	-0,5±0,2	-0,3±0,2	0,904±0,03	-0,07±0,2	0,02±0,19
Через 12 месяцев	1,073±0,02	-0,4±0,16	-0,3±0,15	0,923±0,03	-0,04±0,2	0,05±0,19
Остеопения до начала терапии	0,949±0,02	-1,3±0,2	-1,2±0,2	0,877±0,04	-0,5±0,3	-0,4±0,4
Через 12 месяцев	0,980±0,006	-1,2±0,04	-1,1± 0,05	0,896±0,01	-0,4±0,10	-0,4±0,11

Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией через 12 месяцев гормональной терапии в сочетании с Са Д3 никомед в поясничном отделе позвоночника составил 3,12±0,09%, по T-критерию – 2,92±0,09%, по Z-критерию –1,55±0,04%, в проксимальном отделе бедра – 2,03±0,36%, 2,3±0,37%, 1,97±0,76% соответственно.

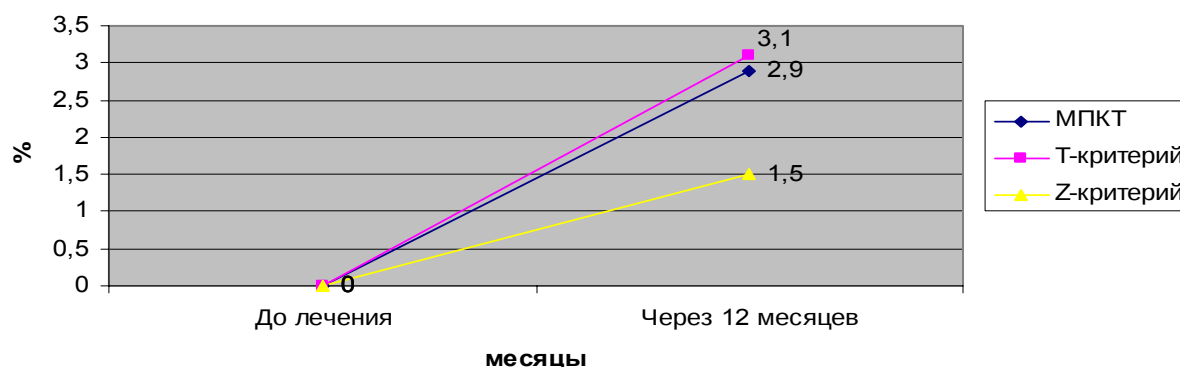


Рис. Средний прирост МПКТ у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью и остеопенией

Выявлена достоверная ($p < 0,05$) прямая корреляционная зависимость между приростом МПКТ и длительностью бесплодия ($r = 0,37$; $p = 37$), обусловленной овариальной недостаточностью.

Выводы:

1. Овариальная недостаточность у женщин молодого возраста является одним из факторов риска развития остеопороза.
2. Правильная диагностика и гормональная коррекция нарушений менструального цикла способствуют своевременной профилактике остеопороза у женщин репродуктивного возраста с овариальной недостаточностью.
3. Наличие прямой корреляционной обусловленности между приростом МПКТ и длительностью бесплодия.

Литература

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы // Под ред. Э.К. Айламазяна. М. 2004, -447 с.
2. Манушарова Р.А., Черкезова Э.И. Гинекологическая эндокринология // М. 2008. -271 с.

ХУЛОСА

НАТИЧАҶОИ ПЕШГИРИИ ИХТИЛОЛОТИ МАЪДАННОКШАВИИ БОҒТАИ УСТУХОНӢ ДАР ЗАНОНИ СИННИ НАСЛОВАРӢ БО НОРАСОИИ ТУХМДОН

М.Я.Комилова, Б.Қ.Қоимдодова, Ф.З.Ҳамидова

Дар мақолаи мазкур далелҳои пажӯҳиши денситометрӣ ва усулҳои гормонии таҳқиқ дар занони синни насловарӣ бо норасоии тухмдон то ва баъди пешгирии ихтилолоти маъданнокшавии боғтаи устухон пешниҳод карда шудааст. Зикр карда мешавад, ки дар ин гурӯҳи беморон пастшавии маъданнокшавии зичии боғтаи устухон, инчунин, дараҷа ва типҳои гуногуни ихтилоли давраи ҳайзбинӣ ба қайд гирифта шудааст.

Таъбобати ҳормонӣ, истеъмоли доруҳои калтсий, ҳуҷрокҳои серғизо, тарзи ҳаёти солим нишондиҳандаҳои остеоденситометриро беҳтар гардониданд.

SUMMARY

RESULTS OF DISORDER PREVENTING OF BONE MINERALIZATION IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OVARIAN FAILURE

M.J. Kamilova, B.K. Koimdodova, F.Z. Khamidova

In our study presents the densitometric studies and hormonal methods in women of reproductive age with ovarian failure before and after the prevention of violations of bone mineralization. It is shown that this contingent of patients is decreasing bone mineral density and different types and levels of menstrual irregularities hormone therapy, calcium supplements, balanced diet, active lifestyle improves osteodensitometry.

Key words: ovarian failure, bone mineral density, osteopenia, infertility

Адрес для корреспонденции:

М.Я. Камилова – доцент НИИ АГиП МЗ РТ, Таджикистан, г.Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31. Е-mail: marhabo1958@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА У ПАЦИЕНТОК С ИНФЕКЦИЕЙ, ПЕРЕДАЮЩЕЙСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

М.А.Хакназарова

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Автор на основании своих исследований пришла к заключению, что применение противовоспалительного цитокина «Суперлимф», фитоантиоксидантного сиропа «МАЗ» (производство Таджикистан), низколазерного излучения на биологически - активные точки, инстиляция влагалища 0,02%- ного раствора «Уресултан» (производство Таджикистан) в комплексной терапии послеродового эндометрита на фоне инфекций, передающихся половым путём, позволило повысить её эффективность, избежать развития генерализованных форм заболевания и откорректировать показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Ключевые слова: цитокины, послеродовый эндометрит, «Уресултан», антиоксидантная система, «Суперлимф», перекисное окисление липидов, сироп «МАЗ», ИППП

Актуальность. Проблема инфекционных заболеваний и сепсиса в акушерской практике остаётся наиболее сложной [6-9]. Поскольку, как указывает Краснопольский В.И. (1999), гнойно-септическая заболеваемость (ГСЗ) в родильных домах как среди родильниц, так и новорождённых традиционно мало анализируется клиницистами и выявляется в основном эпидемиологами. В то же время ГСЗ в материнской смертности занимают 2-4 места в разные годы и играют ведущую роль в структуре причин младенческой смертности. При этом многие авторы отмечают, что случаи смерти женщин и детей от ГСЗ являются предотвратимыми [1-5].

Цель исследования. Оценка эффективности применения противовоспалительных цитокинов и антиоксидантов в комплексной терапии послеродового эндометрита у пациенток с инфекцией, передающейся половым путём (ИППП).

Материал и методы. Для оценки эффективности применения цитокина «Суперлимф» и «Спленид», фитоантиоксидантного сиропа «МАЗ», 0.02%-ного раствора «Уресултан» и низколазерного излучения на биологически-активные точки (БАТ) в комплексной терапии послеродового эндометрита у пациенток с ИППП нами было обследовано 100 пациенток с послеродовым эндометритом на фоне ИППП в Городском родильном доме №2 г.Душанбе. 50 пациенткам, которые составляли основную группу, к комплексной терапии была добавлена обработка влагалища местным антисептиком 0,02%-ным раствором «Уресултан», внутриматочным введением раствора «Суперлимф» 100 мкг, растворённого в 200мл 0,9%-ного физиологического раствора по 40мл 2 дня подряд, употребление фитоантиоксидантного сиропа ежедневно по 100 мл 2 раза в день, низкочастотное лазерное излучение на БАТ.

50 пациенткам контрольной группы применялась общепринятая традиционная терапия. Лечение носило комплексный характер и с момента первых клинических проявлений эндометрита у родильниц контрольной группы включало: антибактериальную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию и утеротоники.

Результаты и их обсуждение. Средние гематометрические показатели у пациенток обеих групп почти не разнятся и достоверно не отличаются. Изменения показателей периферической крови