

МЕНОПАУЗА ТА ОСТЕОПОРОЗ

Танько О.П., Вигівська Л.А., Мальцев Г.В., Самойлова М.В., Гайворонська С.І.

Міський пологовий будинок №1, м. Харків

Вступ. Менопауза й пов'язані з нею зміни у організмі є одним з основних факторів, що визначають якість і тривалість життя жінки [1, 2, 4].

У віковій та хірургічній (постоваріоектомічній) менопаузі (ПОМ) провідну роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що призводить до порушень у функціонуванні вегетативної нервової системи (ВНС) як відповідь на зміни у гормональній регуляції організму. Багатьма авторами підкреслюється, що розвиток ранніх психоневрологічних проявів відіграє провідну роль у прогресуванні менопаузального синдрому (МПС) і є надалі базою для формування важких ускладнень постменопаузи. Обмінно-ендокринні прояви МПС обумовлюють розвиток серцево-судинної та опорно-рухової патології, визначають захворюваність жінок у літньому й старечому віці та призводять до інвалідизації та передчасної смерті [1, 3, 5].

Остеопороз – системне захворювання скелета, яке характеризується зниженням кісткової маси внаслідок зміни мікроархітектури кісткової тканини, що призводить до підвищення ламкості кісток [3, 6, 8].

Останнім часом порушення стану кістково-суглобової системи в жінок перименопаузального віку набуло особливої актуальності. Це пов'язано з маніфестацією в літньому віці цілого ряду захворювань опорно-рухової системи, найбільш розповсюдженими з яких є остеопенічний синдром (ОПС), остеоартроз (ОА) і остеохондроз (ОХ).

Середня тривалість життя жінок в Україні складає 72,8 років, а фізіологічний діапазон менопаузи – від 45 до 52 років (середній вік 48,5 років). При цьому частка, яка припадає на ранню менопаузу (до 45 років), складає 23,1%, тоді як у розвинутих країнах Євросоюзу цей показник не перевищує 10,0% [1, 5, 7]

Метою даної роботи було виявлення особливостей перебігу постоваріоектомічної менопаузи та її зв'язок із захворюваннями опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи. Загальноклінічне дослідження проводилося за стандартною схемою, що передбачало з'ясування скарг на момент обстеження, анамнезу, також об'єктивне терапевтичне і гінекологічне обстеження. Для досягнення поставленої мети обстежено 116 жінок у віці 40-50 років, які знаходилися на обстеженні та лікуванні в пологовому будинку №1 м. Харкова.

I – основна група – 68 жінок з постоваріоектомічною менопаузою;

II – контрольна група – 48 жінок з фізіологічною менопаузою.

Тривалість менопаузи в групах становила від 6 місяців до 3 років. Жінкам, що увійшли до даного дослідження, раніше не проводилася замісна гормональна терапія.

З метою встановлення особливостей гормонального балансу проводили визначення вмісту лютеїнізуючого (ЛГ) та фолікулостимулюючого (ФСГ) гормонів гіпофіза та статевих стероїдних гормонів: естрадіолу, прогестерону та тестостерону імуноферментним методом. Визначення показників мінерального обміну проводилося шляхом оцінки рівня загального кальцію, фосфору й магнію в сироватці крові. Всім жінкам проводилася трансабдомінальна та трансагінальна ехографія та доплерометричне дослідження органів малого таза за допомогою ультразвукового сканера Medison 6000 СМТ (Корея). Всі хворі зі скаргами з боку опорно-рухової системи були проконсультовані ортопедом-травматологом. Стан кістково-суглобової системи вивчали рентгенологічним і денситометричним методами.

Результати дослідження та їх обговорення. Хірургічне виключення яєчників супроводжується розвитком постоваріоек-

Таблиця 1. Рівень статевих гормонів у жінок з постоваріоектомічною та фізіологічною менопаузою

Клінічні групи	n	ФСГ, мМЕ/мл	ЛГ, мМЕ/мл	Естрадіол, нмоль/мл	Прогестерон нмоль/мл	Тестостерон нмоль/мл
I	68	110,0±5,0*	81,0±7,3*	26,9±3,8*	0,78±0,2*	1,1±0,2*
II	48	51,0±5,3	32,5±10,8	33,9±2,0	1,17±0,4	1,8±0,4

Примітка. * – статистично вірогідний результат відносно контрольної групи при $p < 0,05$.

томічного синдрому (ПОС), що виявляється у вигляді нейровегетативних (35%), психоемоційних (40%) та обмінно-ендокринних порушень (25%), ступінь прояву яких значною мірою визначається тривалістю післяопераційного періоду. Жінки після оваріектомії найчастіше скаржилися на головний біль, порушення сну, дратівливість, підвищення артеріального тиску, “припливи”, що було характерно для нейровегетативних, психоемоційних порушень. Обмінно-ендокринні порушення характеризувалися загальною слабкістю, підвищеною втомлюваністю, болями в спині (між лопатками або в попереково-крижовій області), які підсилювалися після фізичного навантаження, тривалого перебування в одному положенні (стоячи або сидячи). Ці болі полегшувалися або зникали після відпочинку лежачи, який був необхідний хворим багаторазово протягом дня. У кожної другої жінки спостерігалось ожиріння різного ступеня тяжкості.

У жінок після оваріоектомії порівняно з фізіологічною менопаузою, на 20% частіше зустрічалися нейровегетативні, психоемоційні та обмінно-ендокринні порушення. Серед пацієток після хірургічного втручання спостерігається статистично достовірне збільшення кількості жінок зі скаргами на біль у кістках, суглобах (75%).

Гормональне дослідження продемонструвало низкий рівень естрадіолу, прогестерону, тестостерону та підвищення рівня ФСГ, ЛГ у жінок з ПОС. Вміст ФСГ у них був у два рази вищий, а ЛГ – у три рази вищий за рівень базальної секреції ЛГ, ніж у пацієток з фізіологічною менопаузою (табл.1).

Показники середнього рівня концентрації всіх досліджуваних гормонів достовірно відрізнялися в жінок досліджуваних клінічних груп, що вказує на те, що збереження яєчникової тканини сприяє підтримці гормонального гомеостазу.

При ультразвуковому скануванні в жінок II клінічної групи виявлено зменшення розмірів матки (довжина – 52 ± 20 мм, передньо-задній – $29,5 \pm 14,5$ мм, ширина – 40 ± 14 мм) та яєчників, фолікули в них були повністю відсутні. Причому, чим триваліша була менопауза, тим більш виражені були інволютивні зміни. При доплерометричному дослідженні показник індексу резистентності в судинах паренхіми яєчників у більшості випадків перевищував 0,6, а пульсаційний індекс знаходився в межах 1,2-1,3, що свідчило про зниження перфузії яєчників.

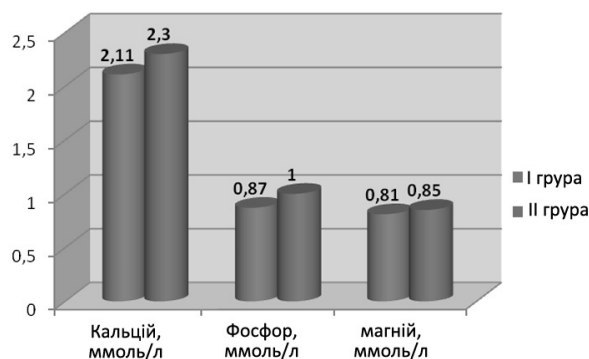


Рис. 1. Показники мінерального обміну в жінок з постоваріоектомічною та фізіологічною менопаузою.

Достовірне зниження показників мінерального обміну (рис. 1) у жінок досліджуваних груп та дані рентгенологічного й денситометричного дослідження дали можливість ортопедам-травматологам у жінок зі скаргами з боку опорно-рухового апарату, діагностувати в 78% жінок I клінічної групи та в 57% жінок II клінічної групи ознаки остеопорозу та остеопенії в 12% – у I клінічній групі, в 9% – у II клінічній групі.

Висновки. У жінок з постоваріоектомічною менопаузою відбувається збільшення частоти розвитку ПОС і захворювань опорно-рухового апарату в порівнянні з жінками у віковій менопаузі. Наявність яєчникової тканини є важливим чин-

ником збереження гормонального гомеостазу й профілактики розвитку ПОС та його ускладнень.

Література

1. *Битчук Е.Д.* Влияние гистерэктомии и овариэктомии на развитие менопаузального синдрома у женщин в хирургической менопаузе // Харьковская хирургическая школа. – 2004. – №3. – С. 76-81.
2. *Венцовский Б.М.* Остеопороз, обусловленный синдромом истощения яичников, у женщин репродуктивного возраста / Б.М. Венцовский, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян / Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010. – №7 (35). – С. 5-12.
3. *Йен С.К.* Репродуктивная эндокринология / С.К. Йен, Р.Б. Джаффе / Пер. с англ. – М., 1998. – Т.1. – 704 с.
4. Клинические рекомендации: Остеопороз: Диагностика, профилактика и лечение / [под ред. Л.И. Беневольской, О.М.Лесняк]. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2005. – 255с.
5. *Курицин А.В.* Досвід застосування замісної гормональної терапії після хірургічного втручання на матці та яєчниках / А.В. Курицин, О.М. Юзько, О.А. Андрієць / Буковинський медичний вісник. – 2001. – Т.5, №4. – С. 76-78.
6. Особливості клінічного перебігу постоварієктомічного синдрому в жінок репродуктивного віку / [Л.В. Гінчицька, Н.І. Генік, О.В. Нейко та ін.] // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2011. – №1. – С.38 – 42.
7. *Сметник В.П.* Постменопаузальний остеопороз // Медицина климактерия / В.П. Сметник. – Ярославль: Литера, 2006. – С. 622-632.
8. *Johnnel O., Oden A., Caullin F. et al.* Acute and long-term increaseing fracture risk after hospitalization for vertebral fracture. // Osteoporos Int. – 2001. – 12. – P. 207-214.