

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИОЭКТОМИИ

© Шалина М.А.¹, Ярмолинская М.И.^{1,2}

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта», г. Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

Роль эстрогенов в формировании скелета и в предотвращении потерь костной массы в последующем общеизвестна. Адекватная секреция эстрадиола обеспечивает развитие полового диморфизма скелета в репродуктивном возрасте, поддержание минерального гомеостаза и костного баланса, формирование «пика» костной массы. С наступлением менопаузы наблюдается существенное увеличение скорости ремоделирования костной ткани, в случае резкого снижения эстрогенов после овариоэктомии в репродуктивном возрасте изменения минеральной плотности костной ткани (МПК) более существенны.

Цель. Оценить состояние МПК у женщин после двухсторонней овариоэктомии.

Материалы и методы. Обследовано 58 женщин в возрасте от 38 до 56 лет ($49,8 \pm 3,9$ года), обратившихся для выполнения остеоденситометрии с целью обследования. Все женщины были разделены на 3 группы: первую группу составили 18 ($31,0 \pm 6,1$ %) женщин с постовариоэктомическим синдромом, которые не получали препараты менопаузальной гормональной терапии (МГТ) после операции, вторую – 20 ($34,5 \pm 6,2$ %) женщин с таким же объемом операции, которые получали МГТ, включающую эстрогены, биоидентичные натуральным, в дозировке не менее 0,5-1 мг в сутки на фоне прогестагенов в непрерывном или циклическом режиме, в зависимости от возраста климактерия, третью (контрольную) группу составили 20 ($34,5 \pm 6,2$ %) женщин, у которых менопауза наступила своевременно. Остеоденситометрия выполнялась методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с помощью денситометра (Hologic Discovery). Определялась МПК поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и проксимальных отделов бедра, результаты оценивали по абсолютным (BMD, г/см²) и относительным (Т-критерий) величинам, согласно критериям ВОЗ. Всем пациенткам проводилось общее клиническое и гормональное обследование. В случае выявления потери костной массы по данным остеоденситометрии женщинам проводилось дообследование показателей костного метаболизма.

Результаты. Возраст наступления хирургической менопаузы у женщин первой и второй группы варьировал от 28 до 44 лет и в среднем составил $38,4 \pm 4,7$ года. Возраст наступления менопаузы у женщин контрольной группы – $49,7 \pm 4,3$ года. Двухсторонняя овариоэктомия у женщин первой и второй группы выполнялась по причине доброкачественных образований яичников, распространенного эндометриоза. К сожалению, такой значительный объем вмешательства у молодых женщин не во всех случаях был необходим. Постовариоэктомический синдром различной степени выраженности выявлен у 15 ($83,3 \pm 8,8$ %) женщин первой группы, из них у 5 ($33,3 \pm 12,2$ %) – тяжелой степени тяжести, у женщин второй группы постовариоэктомический синдром выявлен у 6 ($30,0 \pm 10,2$ %) и соответствовал легкой степени тяжести. Проявления климактерического синдрома у женщин третьей группы выявлены у 7 ($35,0 \pm 10,7$ %) обследованных. Из общего числа пациенток, по данным остеоденситометрии остеопороз поясничного отдела позвоночника или бедра выявлен у 19 ($32,8 \pm 6,2$ %) женщин, остеопения – у 34 ($58,6 \pm 6,5$ %). Наиболее часто снижение МПК определялось у женщин первой и второй группы, потеря МПК была наиболее выраженной у женщин первой группы и чаще наблюдалась в двух отделах скелета. В среднем, значения BMD (L1-L4) у женщин первой группы составили $0,809 \pm 0,013$ г/см², BMD (шейки бедра) – $0,645 \pm 0,018$ г/см², показатели МПК у женщин второй группы были выше, достоверно отличались от предыдущих показателей в области поясничного отдела позвоночника: BMD (L1-L4) $0,843 \pm 0,011$ г/см² ($p < 0,05$), BMD (шейки бедра) – $0,660 \pm 0,017$ г/см². В контрольной группе МПК была достоверно более высокой во всех регионах, чем у предыдущих обследованных и составила: $0,919 \pm 0,012$ г/см² ($p < 0,001$) и $0,698 \pm 0,019$ ($p < 0,05$) г/см², соответственно.

Заключение. Остеопения и остеопороз значительно чаще выявляются у женщин с постовариоэктомическим синдромом. Снижение МПК наблюдается во всех отделах скелета, что существенно увеличивает риск переломов. Своевременное назначение МГТ у женщин после двухсторонней овариоэктомии необходимо, так как приводит к повышению качества жизни, связанного с симптомами эстрогенного дефицита и позволяет влиять на скорость и выраженность потери МПК.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Овариоэктомия; остеопения; остеопороз.

BONE MINERAL DENSITY IN WOMEN AFTER BILATERAL OVARECTOMY

© Shalina M.A.¹, Yarmolinskaya M.I.^{1,2}

¹Research Institute of Obstetrics, Gynecology, and Reproductology D.O. Ott, Saint Petersburg

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg

KEYWORDS: Ovariectomy; osteopenia; osteoporosis.