

Для реализации репродуктивной функции применялись следующие методы: криоконсервация эмбрионов 2 пациентки, криоконсервация ооцитов 1 пациентка. во время проводимого исследования 5 планировали беременность. Всем была проведена одно- или двусторонняя цистэктомия. У 2 пациенток беременность наступила спонтанно и закончилась естественными родами. Трём пациенткам выполнено ЭКО с собственными эмбрионами. У 2 беременность закончилась естественными родами в срок. У 1 пациентки произошел самопроизвольный выкидыш раннего срока. У всех пациенток сохранилась менструальная функция, пациентки после аднексэктомии получали заместительную гормонотерапию.

Выводы: при ПО яичников у женщин репродуктивного возраста целесообразна консервативная хирургия (аднексэктомия на стороне поражения) или ультраконсервативная (цистэктомия). При рецидивах у женщин с нереализованной репродуктивной функцией возможна повторная консервативная хирургия. Реализация репродуктивной функции может быть осуществлена после хирургического лечения.

Литература

1. Новикова Е.Г., Шевчук А.С. Современные подходы к лечению больных с пограничными опухолями яичников. Опухоли придатков матки. Онкогинекология. 2014; (4): 45–58.
2. Nam, J.-H. (2010). Borderline ovarian tumors and fertility. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 22(3), 227–234.

ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Начёрная В.В., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Зуйкова А.А.

Кафедра поликлинической терапии

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность: климактерический синдром (КС) сопровождается нервными, вегетативными, обменными и психоэмоциональными нарушениями, что может ухудшать качество жизни пациенток [1].

Цель исследования: оценить качество жизни у женщин с КС легкой и умеренной степени тяжести.

Материалы и методы: включено 55 женщин в возрасте от 43 до 73 лет, возраст $55,9 \pm 7,5$ лет. Для выявления степени тяжести КС был использован модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Куппермана-Уваровой: Группа 1 — лёгкая степень ($n=29$), Группа 2 — умеренная степень ($n=27$). Качество жизни оценивали по опроснику sf-36.

Результаты: все показатели качества жизни при лёгкой степени тяжести оказались выше, чем при умеренной и составили соответственно: PF $64,0 \pm 20,5$ и $52,6 \pm 19,0$ ($p=0,037$), RP $48,0 \pm 31,4$ и $38,0 \pm 32,0$ ($p=0,251$), BP $64,1 \pm 21,6$ и $49,0 \pm 28,0$ ($p=0,019$), GH $51,2 \pm 14,8$ и $39,0 \pm 12,0$ ($p=0,002$), VT $56,3 \pm 11,3$ и $49,3 \pm 13,7$ ($p=0,086$), SF $64,0 \pm 13,0$ и $51,3 \pm 22,0$ ($p=0,024$), RE45, $0 \pm 31,2$ и $44,0 \pm 32,2$ ($p=0,907$), MH $53,0 \pm 13,2$ и $48,4 \pm 14,4$ ($p=0,207$), физический компонент здоровья $42,8 \pm 5,1$ и $37,3 \pm 5,9$ ($p=0,001$), психологический $41,1 \pm 6,9$ и $38,9 \pm 7,8$ ($p=0,225$). При проведении корреляционного анализа Спирмена была выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между ММИ и показателями качества жизни: физическим компонентом здоровья ($r = -0,409$, $p=0,0002$), показателем SF ($r = -0,396$, $p=0,0002$), GH ($r = -0,431$, $p=0,0002$), PF ($r = -0,452$, $p=0,0002$) обследованных женщин. Чем выше уровень ММИ, тем показатели КЖ ниже, а значит, качество жизни у больных ухудшается.

Выводы: у пациенток с легкой степенью тяжести КС выявлено более высокое качество жизни, чем у женщин с умеренной степенью, главным образом по показателям, связанным с физическим компонентом здоровья.

Литература

1. Иванова О.В., Брюхина Е.В., Усольцева Е.Н. Состояние здоровья и качество жизни женщин с климактерическими расстройствами в естественной и хирургической менопаузе до и по-

сле терапии фитоэстрогенами / О.В. Иванова, Е.В. Брюхина, Е.Н. Усольцева // Человек. Спорт. Медицина. 2013. Т. 13, № 2. С. 92–93.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МАРКЕРОВ ОЖИРЕНИЯ НА КОСТНЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Омарова А.Р.

Научный руководитель: д. м. н., проф., Эседова А.Э.
Кафедра акушерства и гинекологии
Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность: остеопорозом (ОП) в России страдают около 14 млн человек, а 20 млн. — остеопенией. Связь ОП с ожирением — самый обсуждаемый в настоящее время. Причем, ассоциация низкой массы тела (МТ) и ОП в целом ясна, но постулат о том, что ожирение является фактором риска ОП, все еще вызывает ряд вопросов.

Цель исследования: оценить в сравнительном аспекте состояние костного метаболизма у женщин с ожирением в менопаузе (М).

Материалы и методы: обследовано 165 женщин в М: основная группа — 87 пациенток с ожирением, группа контроля — 78 женщин без ожирения. Использовались такие методы исследования, как антропометрический, гинекологический, биохимический, иммунофлюоресцентный анализ, цитологический, рентгенологический и денситометрия.

Результаты: учитывая индекс массы тела (ИМТ) из 87 пациенток основной группы 75 имели ожирение различной степени тяжести и 12 женщин — избыточной МТ. В липидном спектре в основной группе выявлено статистически значимое увеличение атерогенных фракций и снижение антиатерогенных. В основной группе показатели обмена кальция ниже, чем в группе контроля, а тенденцию к повышению обнаружил показатель экскреции оксипролина с мочой. По результатам денситометрии Т-критерий в основной группе соответствовал 58,6% — остеопении и 13,8% — ОП, в группе контроля 47% имели остеопению и 24% — ОП. В основной группе содержание лептина превалировало над его уровнем в группе контроля. Выявлена обратная связь между минеральной плотностью кости (МПК) в позвоночнике, в шейке бедра и уровнем лептина. В основной группе выявлено снижение витамина D относительно группы контроля. Причем, у пациенток со сниженной МПК выявлена прямая связь Т-критерия с витамином D и обратная — витамина D с ИМТ у пациенток с избыточной массой тела.

Выводы: в постменопаузальном периоде у женщин с ожирением уровень лептина гораздо выше, чем у женщин без ожирения. Таким образом, действие лептина на кости можно объяснить его способностью действовать положительно непосредственно в периферических тканях или отрицательно через центральные механизмы регуляции, приводящие к активации симпатической нервной системы. Поэтому было выдвинуто предложение о «двойном контроле» лептина за формированием костей. Исходя из того, едва ли можно рассматривать ожирение как «защитный» фактор в отношении ОП, а лептин, витамин D и атерогенные фракции липидов могут выступать, как самостоятельные маркеры ОП у женщин с ожирением.

Литература

1. Беневолентская Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР — Медиа 2009. С. 8–9 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. М.: 2006, 456 с. 7.
3. Чигарькова О.В., Бутрова С.А., Никванкина Л.В., Люльева Е.Г., Мельниченко Г.А. Лептин и показатели состояния костной ткани у женщин с ожирением в постменопаузе // Ожирение и метаболизм. 2005. Вып 3. С. 29–32.