

Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – С.165-166

2. Нарзуллаева Е.Н., Гулакова Д.М. Современные аспекты этиопатогенеза гестозов. // Журнал «Здравоохранение Таджикистана». – 2007, №3. – С. 68-69

3. Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. Тактика ведение родов при гестозе. Издательство Российского университета дружбы народов. – М., 2004. – С.5

4. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Мусаева З.М. Гестоз, клиника, диагностика, акушерская тактика, интенсивная терапия. Монография. – М., ИнфорМед., 2007. – С.7-8

5. Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Кузнецов В.М., Королёва О.А., Проблемы репродукции. – М.: МедиаСфера. – 2008. – С.91

Хулоса

БАҲОДИҲИИ НИШОНДИҲАНДАҲОИ ҲЕМОДИНАМИКИИ МОДАРУ ЧАНИН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Н.С. Чаборова

Истифодаи доруҳои таъсирашон дарозмуддат (норваск) ҳангоми преэклампсия ба нузули (пастшавии) равону устувори фишори шараёни, беҳтаршавии нишондиҳандаҳои ҳемодинамикӣ мусоидат мекунад. Инчунин ба вазъи хунгардиши бачадон-ҳамроҳак таъсири мусбат мерасонад, ки ба давомдиҳии минбаъдаи ҳамл аҳамияти муҳим дорад ва шароити мусоидро барои мавқеи роҳатбахши дохилибатнии чанин фароҳам меорад.

Summary

THE ESTIMATION OF HEMODYNAMICS INDEXES OF MOTHER AND FOETUS UNDER TREATMENT OF PATIENTS WITH PREECLAMPSY

N.S. Jaborova

The use of prolonged preparations (norvaska) under preeclampsy provotes smooth stable decreasing AP, improving hemodynamics indexes, and influences on uterus-placenta circulation state positively that has significant importance for further prolongation of pregnancy and makes the favourable conditions for intrauterine stay of foetus.

ЗАВИСИМОСТЬ НАРУШЕНИЙ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМ ПАРИТЕТОМ

**М.Я. Камилова, Ш.Дж. Муджиддинова, Х. Хашимова
НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ**

Введение. Согласно данным Комитета экспертов ВОЗ (1), остеопороз занимает четвёртое место по социально-экономической значимости.

Если раньше большинство врачей думали, что это заболевание не лечится и является неизбежным следствием пожилого возраста, то сейчас определился новый взгляд на старую проблему. Факторы, влияющие на снижение минерализации костной ткани, в настоящее время широко изучаются различными специалистами, уже идентифицировано много причин и моментов, способствующих развитию данной патологии (4).

Нарушения минерализации костной ткани у женщин активного репродуктивного возраста чаще относятся к вторичному остеопорозу. Исследования, проведённые в Тайване (3), выявили несколько факторов, способствующих развитию остеопении и остеопороза в активном репродуктивном возрасте: недостаточное поступление с пищей продуктов,

содержащих кальций (Ca) и фосфор (P), нарушение абсорбции Ca и P при заболеваниях ЖКТ, повышенная экскреция при заболеваниях почек, наследственная предрасположенность, вредные привычки. Согласно данным различных авторов (3, 4), высокий паритет и длительная лактация также являются факторами развития нарушений минерализации костной ткани. Однако чаще действует одновременно несколько факторов риска развития остеопороза, и в этом смысле заболевание считается многофакторным (2, 4).

Цель. Изучение зависимости нарушения плотности минерализации костной ткани от различных факторов, влияющих на содержание кальция (Ca) и фосфора (P) в плазме крови у многорожавших женщин активного репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 90 женщин в возрасте от 20 до 45 лет. Для оценки минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у обследуемых пациенток использовался двухэнергетический фотонный денситометр фирмы Lunar prodigy, USA. Выраженность остеопении и остеопороза определялась согласно с рекомендациями ВОЗ по Т-критерию (1).

В анамнезе все пациентки имели 3 и больше родов. Обследованные были разделены на 3 группы.

I группа включала 30 женщин с нормальными показателями денситометрии.

II группа – 30 женщин, у которых показатели денситометрии соответствовали остеопении.

III группа – 30 женщин с показателями, соответствующими остеопорозу.

Результаты денситометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1

Минерализация костной ткани у обследованных женщин

	МКТ г/см ²
Контрольная группа (n=30)	Средний 1,22
Остеопения (n=30)	Средний 0,94
Остеопороз (n=30)	Средний 0,65

Наиболее высокий процент (70%) с низким интергенетическим интервалом (1 год) встречался в группе женщин с остеопорозом. Женщины с остеопенией и интергенетическим интервалом 1 год составили (56,6%). В контрольной группе наиболее высокий процент (50%) составили женщины с интергенетическим интервалом 3 года и больше.

Таблица 2

Использование контрацептивных средств в группах обследованных женщин

Методы контрацепции	Контрольная группа (n=30)	Остеопения (n=30)	Остеопороз (n=30)
ВМС	16 (53,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)
КОК	10 (33,3%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)
МЛА	1 (3,3%)	-	1 (3,3%)
ППА	3 (10%)	-	2 (6,6%)
ДХС	-	-	-
Не использовали	-	18 (60%)	19 (63,3%)

Анкетирование обследованных женщин показало низкую информированность об остеопорозе, о потребностях организма в кальции и фосфоре в различные возрастные

периоды, во время беременности и лактации.

Зависимость использования контрацептивных средств среди обследованных женщин представлена в таблице 2.

Из приведённых данных видно, что процент использования комбинированных оральных контрацептивов (КОК) был разным в группах обследованных женщин: в контрольной - 33,3%, во второй группе с остеопенией - 6,6% и в третьей группе с остеопорозом - 3,3%.

Частота экстрагенитальных заболеваний возрастала по мере усугубления нарушений минерализации костной ткани (табл.3).

Таблица 3

Экстрагенитальная патология в группах исследованных женщин

	Контрольная группа (n=30)	Остеопения (n=30)	Остеопороз (n=30)
Заболевание почек	8 (26,6%)	23 (76,6%)	25 (83,3%)
Анемия	5 (16,6%)	25 (83,3%)	28 (93,3%)
Заболевание щитовидной железы	3 (10%)	7 (23,3%)	14 (46,6%)
Заболевание паращитовидной железы	-	1 (3,3%)	5 (16,6%)
Заболевание желудочно-кишечного тракта	6 (20%)	11 (36,6%)	12 (40%)
Сахарный диабет	-	-	2 (6,6%)
Гипертоническая болезнь	1 (3,3%)	-	2 (6,6%)
Бронхиальная астма	-	1 (3,3%)	-

Содержание ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови определяли по методике Леви и Элазара. Данные о содержании ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови обследованных женщин представлены в таблице 4.

Таблица 4

	Ионизированный кальций	Фосфор	Коэффициент кальций/фосфор
Контрольная группа (n=30)	2,39±0,02	1,12±0,02	2,16±0,05
Остеопения (n=30)	**1,86±0,05	**0,79±0,03	*2,38±0,05
Остеопороз (n=30)	**1,76±0,06	**0,78±0,02	*2,27±0,07

Примечание:* - отличие от соответствующих показателей в контрольной группе при P<0,05,** - при P<0,001

Выявлено достоверное снижение уровня ионизированного кальция и фосфора в крови обследованных - в группах с остеопенией (P<0,001) и остеопорозом (P< 0,001) по сравнению с контрольной группой. Коэффициент Ca/P также был достоверно (P< 0,05) снижен в группах женщин с остеопорозом и остеопенией по сравнению с контрольной группой. При сопоставлении данных о содержании в сыворотке крови ионизированного кальция и коэффициента минерализации костной ткани найдена положительная корреляция во всех обследованных группах: контрольной (r=0,86; n=30), с остеопенией (r=0,91; n= 30), с остеопорозом (r=0,93; n=30).

Корреляционный анализ содержания фосфора в сыворотке крови и минерализации костной ткани выявил тесную положительную корреляцию, также во всех обследованных группах: контрольной ($r=0,89$; $n=30$), с остеопенией ($r=0,94$; $n=30$), с остеопорозом ($r=0,98$; $n=30$).

Результаты и их обсуждение. Анализ проведённых исследований и полученных результатов показал, что способствующими факторами развития остеопении и остеопороза у многорожавших женщин активного репродуктивного возраста являются малый интергенетический интервал, низкая информированность о данной патологии, наличие определённых экстрагенитальных заболеваний. Достоверное снижение показателей ионизированного кальция и фосфора в плазме крови женщин с нарушением плотности минерализации костной ткани по сравнению с контрольной группой может быть обусловлено тремя причинами: недостаточным поступлением с пищей, нарушением абсорбции и повышенной резорбцией кальция и фосфора.

Наиболее часто встречаемая экстрагенитальная патология в группах женщин с остеопорозом и остеопенией – заболевания почек, щитовидной железы, паращитовидной железы, анемия, заболевания ЖКТ (гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь и др.) обуславливают недостаточную абсорбцию или повышенную резорбцию кальция и фосфора.

Наши данные показали, что изменение уровня ионизированного кальция и фосфора в сыворотке крови женщин с нарушением плотности минерализации костной ткани носили однонаправленный характер - достоверное снижение. Это и объясняет тесную корреляцию между данными показателями и минерализацией костной ткани. Высокие коэффициенты корреляции позволяют использовать показатели кальция и фосфора в сыворотке крови в качестве прогностических критериев остеопении и остеопороза.

Заключение. Среди многорожавших женщин активного репродуктивного возраста необходимо формировать группы риска по развитию остеопении и остеопороза. Разработка протокола ведения данного контингента женщин, включающего обследование, профилактику и при необходимости терапию нарушений минерализации костной ткани, позволит улучшить качество жизни женщин как в активном репродуктивном возрасте, так и в последующем - в перименопаузе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад рабочей группы ВОЗ. – Женева, 1994. – С.183
2. Carter L.W. Calcium intake in young adult women: Implications for osteoporosis risk assessment. // Journal of Community Health. – 2002. – Vol. 27. – P. 307-320
3. Chang C.F. Across-sectional survey of calcium intake in relation to knowledge of osteoporosis and feliefs in young adult women // International Journal of Nursing Practice. – 2006. – Vol.12. – P.21-27
4. Sedlak C.A., Doheny MO, Jones SL. Osteoporosis prevention in young women // Orthopaedic Nursing. – 1998. – Vol. 15. – P. 53-60

Хулоса

ВОБАСТАГИИ ИХТИЛОЛИ МАЪДАННОКШАВИИ БОФТАИ УСТУХОНХО АЗ КАЛТСИЙ ВА ФОСФОРИ ЗАРДОБИ ХУНИ ЗАНХОИ СИННИ РЕПРОДУКТИВИИ ФАЪОЛ БО ФОСИЛАХОИ ГУНОГУНИ ТАВАЛЛУД

М.Я. Комилова, Ш.Ч. Мучиддинова, Х. Ҳошимова

Дар мақола доир ба сабабҳои пайдоиши остеопороз ва остеопения дар занҳои синни репродуктиви фаъол, ки дар собиқа аз се ва ё зиёд зоиш доштаанд, маълумот дода шудааст.

Ба ақидаи муаллифон дар байни занҳои зоишашон зиёд, ки дар синни репродуктивии ғаёол мебошанд, зарурияти ташкили гурӯҳҳои хавфнок аз рӯи инкишофи остеопения ва остеопороз ба миён меояд. Камшавии миқдори калтсий ва фосфор дар плазмаи хун бо пастшавии зичии бофтаҳои устухонҳо вобастагии дутарафа дорад. Коррелятсияи мусбӣ байни зичии маъдани бофтаи устухонҳо ва миқдори калтсию фосфор дар плазма аз он шаҳодат медиҳад, ки он усулияти иттилоотӣ аст. Бо назардошти он, ки дар Тоҷикистон фоизи занҳои зоишашон зиёд хеле баланд аст, омӯзиши проблемаҳои остеопения ва остеопороз дар шароити ҷумҳурӣ хеле муҳим мебошад.

Summary

THE DEPENDENCE OF INFRACTIONS OF OSTEOMINERALIZATION FROM AMOUNT OF CALCIUM AND PHOSPHORUS IN BLOOD PLASMA OF WOMEN OF ACTIVE REPRODUCTIVE AGE WITH DIFFERENT PARITY

M.Ya. Kamilova, Sh.J. Mujidinova, H. Hashimova

In the article the information about the causes of osteoporosis and osteopeny in women of active reproductive age wich had 3 and more child-births. On opinion of the authors, it is needed to form the risk groups of multidelivered women on inication of osteopeny and osteoporosis. Decreasing amount of calcium and phosphorus in blood plasma with decreasing of solidity of bone tissues has the connection. Positive correlation between mineral density of bone tissue and the amount of calcium and phosphorus of blood plasma show that the method is very informative. The problem is very actual for Tajikistan because procent of multidelivered women at the country is very high.



ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, СОСТОЯНИЕ ПЛОДА И НОВОРОЖДЁННОГО ПРИ ГИПОФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Хакназарова, М.Д. Кадамалиева
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Введение. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины относится к числу важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии. Особое её значение обусловлено высоким уровнем заболеваемости беременных и рожениц с поражением плодов и новорождённых и значительной долей бактериально-вирусных заболеваний в структуре материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов.

Несмотря на более чем полувековое изучение врождённых внутриутробных инфекций, в настоящее время нет достоверных представлений об их распространённости, о вероятности заражения плода инфицированной матерью и частоте его заболевания.

В последние десятилетия как за рубежом, так и в Таджикистане наблюдается значительный рост инфекций, передаваемых половым путём, а в отдельных регионах ситуация близка к эпидемической. Значительная часть этих инфекций относится к TORCH-комплексу. При отсутствии адекватной терапии во время беременности, при наличии у матери хотя бы одной инфекции из группы TORCH-комплекса, до 50% новорождённых рождаются с различными повреждениями: внутриутробная инфекция, гипотрофия, врождённые уродства, нарушения мозгового кровообращения и др. При смешанной инфекции заболеваемость новорождённых приближается к 100%.