

© А.В. Бойчук, А.О. Котик, О.А. Франчук

ОСОБЛИВОСТІ ДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

ОСОБЛИВОСТІ ДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ. Встановлені зміни гормонального статусу та мінеральної щільності кісткової тканини при лейоміомі матки. Виявлено, що ступінь порушення мінеральної щільності кісткової тканини залежить від змін гормонального статусу.

ОСОБЕННОСТИ ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ. Установлены изменения гормонального статуса и минеральной плотности костной ткани при лейомиоме матки. Отмечено, что степень нарушения минеральной плотности костной ткани зависит от изменения гормонального статуса.

PECULIARITIES OF THE DENSITOMETER RESULTS OF WOMEN WITH UTERINE MYOMA. There have been defined the peculiarities of hormonal status and bone mineral density of uterine myoma. There has been noticed the degree of violations of bone mineral density depends on the changes in hormonal status.

Ключові слова: лейоміома матки, прогестерон, мінеральна щільність кісткової тканини.

Ключевые слова: лейомиома матки, прогестерон, минеральная плотность костной ткани.

Key words: uterine myoma, progesterone, bone mineral density.

ВСТУП. Лейоміома матки (ЛМ), яка також називається фіброміомою, фібромою, міофібромою, міомою, – гормонозалежна доброякісна пухлина міометрію, яка розвивається з м'язових та сполучнотканинних елементів [1].

ЛМ є найбільш поширеною пухлиною жіночих статевих органів і спостерігається в 20-30 % жінок репродуктивного віку. Визначити більш точний показник поширеності цього захворювання неможливо внаслідок його безсимптомного перебігу більш ніж в 70 % випадків. За даними літератури, середній вік пацієнток із діагностованою ЛМ складає 33 роки; активне хірургічне втручання з приводу ЛМ виконується в середньому в 44-річному віці [2]. В розвитку захворювання важливу роль відіграють порушення гіпоталамо-гіпофізарної системи, функції яєчників, наднирників, щитоподібної залози. Одне з провідних місць в патогенезі ЛМ займають проблеми гормонального статусу та функціонального стану репродуктивної системи. Тривалий час вважали, що в розвитку міоми матки важливу роль відіграє гіперестрогенемія. Але за даними чисельних досліджень встановлено, що підвищений рівень естрогенів виявляється не у всіх пацієнток. Провідним фактором в розвитку захворювання є порушення метаболізму естрогенів (переважно естрону та естрадіолу у фолікулінову, а естріолу – в лютеїнову фази циклу) та функції жовтого тіла [1].

Остеопороз – системне захворювання скелета, яке характеризується прогресивним зниженням кісткової маси, порушенням мікроархітектоніки кісткової тканини з подальшим підвищенням крихкості кісток і збільшенням ризику їх переломів. За даними світової статистики, кількість хворих на остеопороз перевищує 210 млн, що являє собою важливу медико-соціальну проблему. Насамперед це зумовлено значною частотою і тяжкістю його ускладнень – пере-

ломів хребців, шийки стегна, променевої кістки та ін., що суттєво впливає на перебіг захворювання, призводить до передчасної інвалідизації і навіть смерті від супутніх порушень з боку серцево-судинної і дихальної систем [3].

Остеопороз трапляється в осіб обох статей, переважно середнього і старшого віку, але у жінок – значно раніше і частіше [4].

Оскільки важливим чинником у формуванні кісткової маси є гормональний фон організму, який є порушеним при лейоміомі матки, вважали за доцільне дослідити стан кісткової системи у пацієнток репродуктивного віку із даним захворюванням та провести корекцію виявлених порушень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Під нашим спостереженням знаходилось 82 жінки із лейоміомою матки (ЛМ) віком від 26 до 42 років. Контрольну групу склали 20 практично здорових жінок репродуктивного віку. Дослідження гормонального статусу обстежених жінок проводили методом імуноферментного аналізу за допомогою КІТ наборів ТОВ НВЛ «Гранум» (Харків).

Мінеральну щільність губчастих кісток поперекового відділу хребта та стан кісткової тканини визначали методом двофотонної рентгенівської денситометрії поперекового відділу хребта в зоні L₁– L₄ на апараті DPX-A №2589 фірми «LUNAR». Отримані результати дослідження порівнювали із даними контрольної групи, показники якої співпадали з референтною базою даних фірми «Lunar Corp.» (США).

Перед призначенням лікування всім жінкам, згідно протоколу, проводилось дослідження аспірату з порожнини матки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Обстежених жінок за результатами проведеного гормонального дослідження розділено на дві груп. У жінок першої групи (31 пацієнтка) діагностовано аб-

солотну гіперестрогенемію на фоні зниженого рівня фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) і в межах лабораторної норми показників лютеїнізуючого гормону (ЛГ), пролактину і прогестерону. До другої групи увійшла 51 пацієнтка із явищами відносною гіперестрогенемії, виявлено виражену гіпогестагенію у першій і в другій фазі менструального циклу, достовірне ($p < 0,001$) підвищення концентрації ЛГ на фоні нормальних показників пролактину.

При проведенні денситометричного обстеження пацієнток із ЛМ діагностовано зміни мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ).

Оцінюючи розподіл МЩКТ у пацієнток із абсолютною гіперестрогенемією по хребцях L₁, L₂, L₃, L₄ виявля-

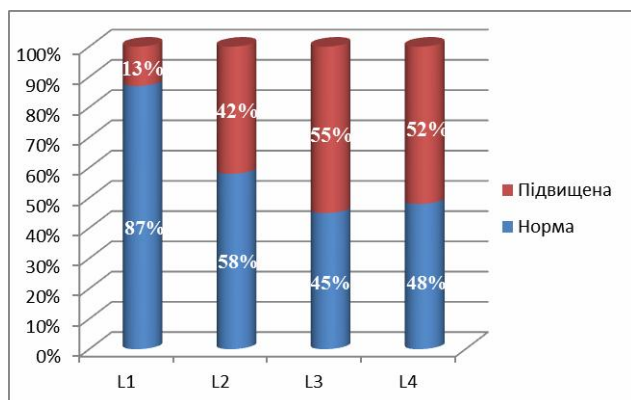


Рис. 1. Стан мінеральної щільності кісткової тканини у пацієнток із абсолютною гіперестрогенемією першої групи.

Як свідчать дані денситометрії, у жінок із ЛМ та відносною гіперестрогенемією другої групи відмічалась схильність до розвитку остеопенічного синдрому переважно в ділянці L₁ хребця.

Аналіз змін мінеральної щільності кісткової тканини у жінок другої групи виявив середній кореляційний взаємозв'язок ($r=0,33$) між показниками денситограми BMD, Young-Adult та рівнем прогестерону в сироватці крові.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дубініна В. Г. Міома матки: сучасний погляд на етіопатогенетичні ланки // В. Г. Дубініна, Н. Г. Кузева // Одеський медичний журнал. – 2003. – № 2. – С. 88–91.
2. Іванюта Л. І. Лейоміома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) / Л. І. Іванюта, С. О. Іванюта // Діагностика та лікування. – 2002. – № 3. – С. 44-48.
3. Поворознюк В. В. Профілактика та лікування остеопору.

но зростання щільності кісткової тканини та розвиток остеосклеротичного синдрому (рис. 1).

Підвищення мінеральної щільності кісткової тканини у жінок першої групи корелює зі змінами гормонального статусу (прямий середній кореляційний зв'язок між показниками BMD, Young-Adult та рівнем ФСГ в сироватці крові $r=0,36$; прямий середній кореляційний зв'язок між показниками BMD, Young-Adult та рівнем естрадіолу в сироватці крові $r=0,31$).

Аналізуючи отримані дані денситометричного обстеження пацієнток другої групи із відносною гіперестрогенемією, виявлено тенденцію до зменшення мінеральної щільності кісткової тканини та розвитку остеопенії різного ступеню (рис. 2).

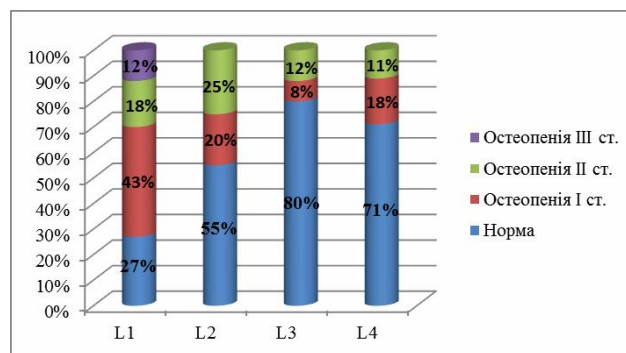


Рис. 2. Стан мінеральної щільності кісткової тканини у пацієнток із відносною гіперестрогенемією другої групи.

ВИСНОВКИ. Таким чином, у жінок із лейоміомою матки репродуктивного віку діагностуються різні порушення мінеральної щільності кісткової тканини, ступінь проявів яких залежить від змін гормонального статусу.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Планується оцінити зміни гормонального статусу та мінеральної щільності кісткової тканини у жінок репродуктивного віку із лейоміомою матки після проведеної корекції виявлених порушень.

4. Рожинская Л. Я. Системный остеопороз: практ. руководство для врачей / Л. Я. Рожинская. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издатель Мокеев, 2000. - 196 с.
5. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / И. С. Сидорова – М.: «Медицинское информационное агентство», 2002. – 256 с.

Отримано 25.02.13