

©А.О. Котик

ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

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

ЗМІНИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА СПОСОБИ КОРЕКЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ. Проведено оцінку гормонального статусу та мінеральної щільності кісткової тканини при лейоміомі матки. Виявлено порушення гормонального фону та мінеральної щільності кісткової тканини. Проведено корекцію виявлених порушень.

ИЗМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ И СПОСОБЫ КОРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ. Проведена оценка гормонального статуса и минеральной плотности костной ткани при лейомиоме матки. Обнаружены нарушения гормонального фона и минеральной плотности костной ткани. Проведена коррекция обнаруженных изменений.

CHANGES OF BONE MINERAL DENSITY AND WAYS OF CORRECTION IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA. There have been evaluated the hormonal status and bone mineral density of uterine myoma. There has been founded violation of hormonal status and bone mineral density.

Ключові слова: лейоміома матки, мінеральна щільність кісткової тканини, остеопенія, остеосклероз.

Ключевые слова: лейомиома матки, минеральная плотность костной ткани, остеопения, остеосклероз.

Key words: uterine myoma, bone mineral density, osteopenia, osteosclerosis.

ВСТУП. Лейоміома матки (ЛМ) є справжньою доброякісною пухлиною матки, яка, в свою чергу, належить до гормонально залежних органів [5]. Це сама поширена пухлина матки у жінок пізнього репродуктивного (35–45 років) та передменопаузального віку (46–55 років). Початок появи вузлів лейоміоми матки припадає на 30 років, коли у жінок накопичуються соматичні, гінекологічні та нейроендокринні порушення [2, 4].

Остеопенія – це порушення, яке характеризується зменшенням мінеральної щільності кісткової тканини та призводить до ослаблення кісток і підвищення ризику переломів. Приблизно 80 % пацієнтів з остеопенією складають жінки. Однією з провідних причин виникнення остеопенії є зміни рівня статевих гормонів [3]. При даному захворюванні в більшості випадків больовий синдром відсутній і патологія діагностується вже на стадії переломів [1]. Тому, важливо вчасно виявляти у жінок із порушенням гормонального фону зміни мінеральної щільності кісткової тканини і проводити корекцію виявлених порушень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Проведено обстеження 82 пацієток репродуктивного віку із лейоміомою матки (ЛМ). Усі жінки підлягали динамічному клініко-лабораторному та інструментальному обстеженню перед та після проведеного комплексного лікування протягом 6 місяців та 2 років, які виконувались у міжкафедральній науково-клінічній лабораторії ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського». Проводилось визначення гормонального статусу, рівня біохімічних маркерів резорбції кісткової тканини, денситометричне обстеження.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Поділ жінок проведено на групи згідно із даними гормонального статусу. Перша група (n=31) представ-

лена пацієтками із явищами абсолютної гіперестрогенемії. При проведенні денситометричного обстеження в них виявлено зростання щільності кісткової тканини та розвиток остеосклеротичного синдрому. Друга група (n=51) включала жінок із явищами відносної гіперестрогенемії (достовірне ($p < 0,001$) зниження рівня прогестерону та підвищення концентрації ЛГ у першій і в другій фазі менструального циклу). У даних пацієток виявлено тенденцію до зменшення мінеральної щільності кісткової тканини та розвитку остеопенії різного ступеню переважно в ділянці L₁ хребця.

Пацієнти першої групи отримали лікування дідрогестероном по 100 мг двічі на добу з шістнадцятого по двадцять восьмий день менструального циклу протягом шести місяців. Про ефективність розробленого методу лікування свідчило те, що через шість місяців після отриманої терапії концентрація естрадіолу достовірно ($p < 0,001$) зменшилась порівняно з аналогічним показником до лікування і була в межах лабораторної норми. Слід відмітити, що явища остеосклерозу, які переважали в другому, третьому та четвертому поперековому хребці, зникли і показники мінеральної щільності кісткової тканини досягнули меж лабораторної норми (рис. 1).

Друга група жінок із ЛМ отримала терапію гестагеном дідрогестероном по 100 мг двічі на добу з шостого по двадцять восьмий день менструального циклу та препаратом кальцію третього покоління по 1 таблетці двічі на день протягом шести місяців. У пацієток відмічалась позитивна динаміка зростання МЩКТ (рис. 2).

Проте, у 8 (15,7 %) жінок повної ефективності не було досягнуто. Переважно в ділянці першого та другого поперекового хребця залишились явища остеопенії першого ступеня.

Враховуючи це, пацієткам другої групи було запропоновано продовжити комплексну терапію за вказаною схемою протягом 2 років. 20 жінок із другої

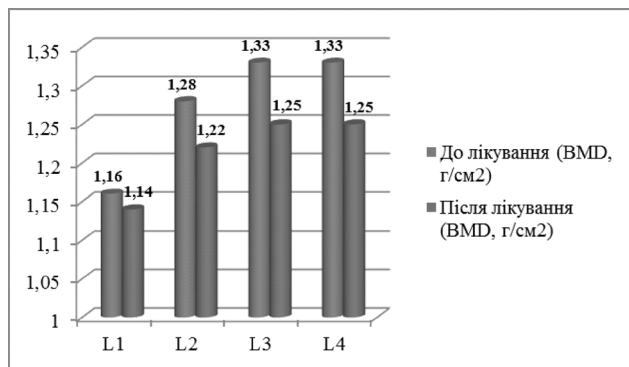


Рис. 1. Стан мінеральної щільності кісткової тканини у пацієток із абсолютною гіперестрогенемією до та після лікування за показником BMD, г/см².

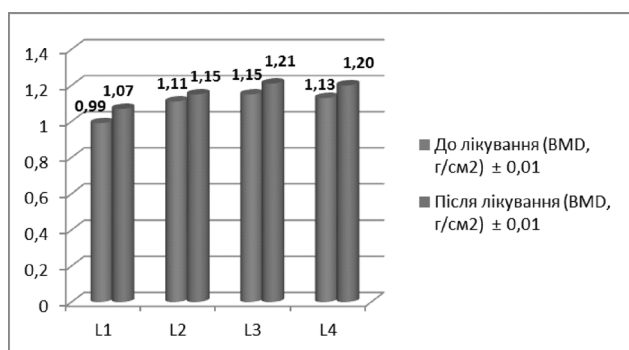


Рис. 2. Стан мінеральної щільності кісткової тканини у пацієток із відносною гіперестрогенемією другої групи до та після 6 місяців лікування за показником BMD, г/см².

групи погодилися продовжити лікування за схемою протягом 2 років для досягнення повної ефективності, оскільки, 18 пацієток за сімейними обставинами не змогли продовжувати терапію, 13 – виявили бажання реалізувати свою репродуктивну функцію.

ЛІТЕРАТУРА

- Беневоленская Л. И. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение: клинические рекомендации / Л. И. Беневоленская, О. М. Лесняк – М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005 – 326 с.
- Дубоссарская З. М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты): Учебно-методическое пособие. / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская – Д. : Лира ЛТД, 2008. – 416 с.

Слід відмітити, що показники BMD і Young-Adult (Т) в ділянці L₁, де найчастіше зустрічались явища остеопенії, після проведеного двохрічного лікування достовірно (p<0,01) відрізнялись від аналогічних показників у жінок після 6 місяців терапії і недостовірно (p>0,05) від показників контрольної групи (рис. 3).

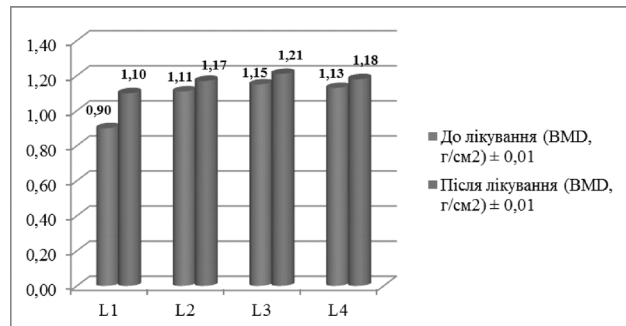


Рис. 3. Стан мінеральної щільності кісткової тканини у пацієток із відносною гіперестрогенемією другої групи після двох років лікування.

ВИСНОВКИ. Таким чином, у жінок репродуктивного віку із лейоміомою матки виявляються порушення мінеральної щільності кісткової тканини. Використання комплексної терапії за допомогою дідрогестерону та препарату кальцію третього покоління протягом 6 місяців у жінок із явищами остеопенії дозволяє досягнути позитивної динаміки зростання МЩКТ та покращення гормонального фону. Для повної нормалізації гормонального статусу і МЩКТ рекомендується продовжити лікування за вказаною схемою протягом 2 років.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Провести оцінку віддалених наслідків проведеного лікування жінок із лейоміомою матки та оцінити їх репродуктивну функцію.

- Поворознюк В. В. Менопауза и костно-мышечная система / В. В. Поворознюк, Н. В. Григор'єва. – К., 2002. – 356 с.
- Татарчук Т. Ф. Эндокринная гинекология / Т. Ф. Татарчук, Я. П. Сольский. – К. : Заповіт, 2003. – 300 с.
- Тихомиров А. Л. Миома матки / А. Л. Тихомиров, Д. М. Лубнин. – М. : ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 176 с.

Отримано 05.02.2013