

ситуації низькі рівні ЕП неспроможні попередити апоптоз ЕКП з високою чутливістю до ЕП, і внаслідок цього продукція ЕП зменшується, а значить виникає анемія важкого ступеня, яка не піддається корекції залізовмісними лікарськими засобами.

Висновки. Виходячи з попередньо наведених даних результатів роботи ми рекомендуємо в плані діагностики у вагітних з захворюваннями нирок та анемією середнього та важкого ступеня – визначати рівень ЕП в сироватці крові.

При показниках ЕП є в межах норми або вище норми – лікування такої анемії достатньо проводити як звичайну залізодефіцитну або гіпохромну анемію.

У тих випадках, коли показники ЕП є нижче норми до лікування слід включати введення рекомбінантного еритропоєтину.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше вивчення механізмів дії еритропоєтину на клітинному рівні дозволить виявити нові складові еритропоєтиндефіцитної анемії у вагітних жінок з інфекційним ураженням нирок, що дасть можливість вивчити патофізіологічні механізми даної патології.

Пошук механізмів регуляції продукції еритропоєтину дозволить розробити схеми профілактики та лікування анемії у вагітних з ураженням нирок.

Література

1. Гайдукова С.М., Видиборець С.В. Еритропоєтин: фізіологічна роль та клінічне застосування // Здоров'я України.- 2003.- № 13.- С. 26.
2. Эритропоэтин. Биологические свойства и клиническое применение // Под ред. проф. С.А. Гусевой и чл.-кор. АМН Украины проф. В.Г. Бебешко.- Киев.- 2005.- 422с.
3. Kubanek B. Introduction: the role of the microenvironment and cytokines on the modulation of erythropoiesis // Ann. N.Y.Akad.Sci.- 1994.- 718.- P.257-258.
4. Erslev A.J. Erythropoietin. / N. Engl. J. Med..- 1991; 324.- P. 1339-1344.
5. Коноводова Е.Н. Эритропоэтин у плода и новорожденного.// Акушерство и гинекология.- 2004.- №1.- С.13-16.
6. Щербак А.Ю., Сумцов Д.Г. Стан системи гемостазу у вагітних з хронічним пієлонефритом, ускладненим анемією.// ПАГ.- 2003.- №4.- С.61-64.
7. Запорожан В.М., Москаленко Т.Я., Гоженко А.І.

Фетоплацентарна недостатність при анемії вагітних та стан осморегулюючої функції нирок.// ПАГ.- 2004.- №2.- С.68-70

8. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Е. и др. Клиническое значение депонированного железа у беременных с анемией на фоне лечения эритропоэтином.// Проблемы репродукции.- 2001.- №1.- С.41-46.

9. Гусева С.А., Вознюк В.П., Дубкова А.Г. Анемии: принципы диагностики и лечения.- Киев: Логос, 1999.- 288с.

10. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Научно-практические итоги диагностики и лечения пиелонефрита беременных и родильниц.// Акушерство и гинекология.- 2005.- №6.- С.3-7.

11. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Альтернативные подходы к анемии беременных.// Акушерство и гинекология.- 2007.- №3.- С.65-67.

12. Резніченко Г.І., Павлюченко Н.П., Резніченко Ю.Г. Пошук шляхів до патогенетично обґрунтованої терапії анемії вагітних.// ПАГ.- 2001.- №6.- С.77-81.

УДК 618.14-002.18-048.341

А.Г. Коломійцева, Н.Я. Скрипченко, А.В. Діденко

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

ДУ „Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України”

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОД У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ. У роботі наведені дані обстеження 100 жінок з лейоміомою матки через 3,6-12 місяців після пологів. Усім хворим проведено загальноклінічне, гормональне, імунологічне, бактеріологічне та ультразвукове обстеження матки і придатків. У жінок через 3,6 та 12 місяців після пологів відмічалась відносна гіперестрогенія та гіпопрогестеронемія, що може сприяти росту міоматозних вузлів. Через 6 та 12 місяців спостерігався дисбаланс протизапальних і прозапальних реакцій організму. Через 12 місяців після пологів у жінок (50), які отримували рекомендовану терапію відмічена тенденція до нормалізації співвідношення гормонального та імунологічного статусу. У жінок (50), які отримували симптоматичну терапію або не лікувались взагалі зберігався прозапальний характер порушень, що проявлялось підвищенням концентрацій ФНП та зниженням співвідношення РР 75/ФНП. Такі зміни можуть стимулювати ріст лейоміоматозних вузлів.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД У ЖЕНЩИН С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ. В работе приведены данные обследования 100 женщин с лейомиомой матки через 3,6-12 месяцев после родов. Всем больным проведено в общих чертах клиническое,

гормональное, иммунологическое, бактериологическое и ультразвуковое обследование матки и придатков. У женщин через 3,6 и 12 месяцев после родов отмечалась относительная гиперэстрогения и гипопрогестеронемия, что может способствовать росту миоматозных узлов. Через 6 и 12 месяцев наблюдался дисбаланс противовоспалительных и прозапальных реакций организма. Через 12 месяцев после родов у женщин (50), которые получали рекомендованную терапию отмеченная тенденция к нормализации соотношения гормонального и иммунологического статуса. У женщин (50), которые получали симптоматическую терапию или не лечились вообще хранился прозапальный характер нарушений, что проявлялось повышением концентраций ФНП и снижением соотношения РР 75/ФПН. Такие изменения могут стимулировать рост лейомиоматозных узлов.

WOMEN HAVE PUERPERIUM WITH LEIOMYOMA OF UTERUS. These inspections are in-process resulted 100 women with the leiomyoma of uterus in 3,6- 12 months after births. All patient is conduct the clinical, hormonal, bacteriological and ultrasonic immunoassay of uterus and appendages in general lines. For women through 3,6 and 12 months after births relative giperestrogeniya was marked and gipoprogesteronemiya, that can be instrumental in growth of miomatoznikh knots. Through 6 and 12 months there was a disbalance of protizapal'nikh and prozapal'nikh reactions of organism. In 12 months after births for women (50), which got the recommended therapy the noted tendency to normalization of hormonal and immunological status. For women (50) which got symptomatic therapy or did not treat oneself prozapal'niy character of violations was in general kept, that showed up the increase of concentrations of FNP and decline of correlation of RR of 75/FPN. Such changes can stimulate growth of leyomiomatoznikh knots.

Ключові слова: лейомиома матки, післяпологовий період, імунологічні, гормональні, УЗД-дослідження, лікування.

Ключевые слова: лейомиома матки, послеродовой период, иммунологические, гормональные, УЗД-исследования, лечения.

Key words: the leiomyoma of uterus, puerperium, is immunological, hormonal, BRIDLES-research, treatment.

ВСТУП. Післяпологовий період – один із самих напружених періодів в житті жінки. В цей період відбувається нормалізація порушених в період вагітності функцій гомеостазу жінки, проходить інволюція матки та розпочинається лактація.

Всі ці зміни пов'язані зі значними гормональними та імунологічними змінами в організмі жінки. Особливо це стосується жінок з лейомиомою матки, у яких під час вагітності гормональні та імунологічні порушення більш значні ніж у здорових жінок [1,2].

Мета роботи: вивчення деяких особливостей перебігу післяпологового періоду, гормональних та імунологічних показників у жінок з лейомиомою матки в перший рік після пологів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Окрім клінічних обстежень вивчено концентрацію гормонів (естріол, прогестерон) у сироватці крові радіоімунологічним методом (лічильник Гама-12) стандартні тест-системи виробництва ХОП ІБОХ АНБ (Білорусь). Вміст вільного естрадіолу в крові визначався імуноферментним методом (фотометр MSR-1000, тест-системи фірми Equipar – Італія). Вивчення вмісту в сироватці крові і слизу цервікального каналу IgA, IgM, sIgA, IgG, C-3 компоненту компліменту, лізоциму проведено моноспецифічними антисироватками за методом Mancini et al.

Цитокіни в плазмі крові (Іл-4, Іл-6, Іл-8) вивчались імуноферментним методом з використанням наборів реагентів „Human” Іл-6, Іл-8, Іл-4.

Фактор некрозу пухлин в плазмі крові – за допомогою імуноферментного аналізу, на основі моноклональних антитіл, визначення концентрації розчинних рецепторів ФНП I і II типів – імуноферментним методом з використанням наборів реагентів фірми „Farimingen” (США).

Обстеження проведені у жінок з лейомиомою матки через 3,6 і 12 місяців після пологів. Жінки

розподілені на 2 групи: 50 жінок, які отримували симптоматичну терапію або не лікувались взагалі (1 група) і 50 жінок, які отримували рекомендовану терапію (2 група).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ. В рекомендовану терапію для жінок з лейомиомою матки після пологів входили:

1. Режим харчування
2. Підтримка і пролонгування лактації. Додаткове призначення Vitrum+D₃ та пренатал – форте.
3. Пектинопрофілактика
4. Нормалізація психоемоційного стану жінок.
5. При наявності бактеріального вагінозу або вагініту – санація залежно від флори, пробіотики.
6. Контрацепція в період годування груддю – бар'єрний метод, сперміциди, можливо – ексклютон.
7. Обов'язкове обстеження через 6 і 12 місяців після пологів на наявність інфекції, особливо, генітально, обстеження гормонального статусу, УЗД-обстеження матки і додатків.
8. При наявності гормональних порушень корекція, гормональна контрацепція.
9. При наявності великих лейоматозних вузлів або при ознаках центрального росту – консервативне лікування з послідуочим хірургічним лікуванням.

Клінічні дослідження свідчили про те, що більшість жінок після пологів почували себе добре, некрозу вузлів або маткових кровотеч в післяпологовому періоді не було.

Менструальна функція відновилась у 20% жінок через 3 місяці, у 32% - через 6 місяців, у решти – пізніше.

Розроблена терапія та годування дітей груддю сприяли більш швидкому зворотному розвитку змінених параметрів гормонального та імунологічного статусу. У жінок, які отримували розроблений комплекс терапії лактація до 3-х місяців

зберігалась у 54% жінок, до 6 місяців – у 95,9%, до 12 місяців – у 53%. При симптоматичній терапії відповідно: у 57,5%, 22,5% і 30%.

Відмічалась регресія міоматозних вузлів, об'єм великих вузлів (5 см в діаметрі і більші) зменшувались з $291,5 \pm 24,3 \text{ см}^3$ (на 5-6 добу) до $156,3 \pm 10,4$ через рік. Об'єм невеликих вузлів зменшився з $79,9 \pm 4,3 \text{ см}^3$ до $27,3 \pm 3,4 \text{ см}^3$ при симптоматичній терапії.

Процеси інволюції вузлів були більш виражені при інтрамуральній локалізації вузлів. Вивчення гормональних показників свідчили про наявність через 3, 6 та 12 місяців після пологів абсолютно та відносно гіперестрогені і гіпопрогестеронемі, що може бути небезпечним щодо стимуляції росту лейоматозних вузлів. У 17,5% жінок на УЗД через 12 місяців спостерігалось підвищення ангіогенезу, що може бути проявом стимуляції росту, всі ці жінки були в групі жінок, які отримували симптоматичну терапію. Всі випадки активації ангіогенезу супроводжувались високими концентраціями естрогенів в крові, які досягали в I фазу менструального циклу $8,5 \pm 0,21 \text{ нмоль/л}$, при нормі $0,5 \pm 0,15 \text{ нмоль/л}$ та в II фазу циклу - $1,2 \pm 0,03 \text{ нмоль/л}$ при нормі $0,21 \pm 0,07 \text{ нмоль/л}$ ($p < 0,05$). Цей факт підтверджує існуюче положення про те, що гіперестрогенія може бути стимулюючим фактором росту лейоміоми.

Через 3 місяці після пологів не відмічено суттєвих змін в субпопуляції лімфоцитів та в концентрації протизапальних (Іл-4) та прозапальних (Іл-6, Іл-8) інтерлейкінів. Через 6 та 12 місяців після пологів виявлено підвищення Іл-4 та зниження Іл-8, що можна трактувати як показник дисбалансу протизапальних і прозапальних реакцій організму. Через 3 і 6 місяців після пологів концентрації ФНП перевищувала норму, а розчинних рецепторів була в межах норми. Через 12 місяців після пологів у жінок, які отримували рекомендовану терапію, спостерігалась тенденція до нормалізації ФНП,

pp55 та співвідношення pp75/ФНП. Співвідношення pp55/ФНП нормалізувалось.

У жінок, що не отримували терапію через 12 місяців після пологів зберігався прозапальний характер порушень, що проявлялось підвищенням концентрації ФНП та зниженням співвідношення pp75/ФНП.

В той же час доведено, що цитокіни (Іл-8, ФНП) функціонують не тільки як медіатори імунної відповіді, а й як фактори росту і ангіогенезу, тому такі зміни можуть стимулювати ріст лейоматозних вузлів.

Таким чином, як свідчать проведені дослідження розроблений комплекс терапії сприяв позитивному перебігу післяпологового періоду, нормалізації гормонального та імунного статусу та інволюції лейоматозних вузлів протягом першого року після пологів.

Це підтверджує необхідність ретельного нагляду за жінками з лейоміомою матки після пологів та необхідність проведення розроблених лікувально-профілактичних заходів з метою збереження репродуктивного здоров'я.

ВИСНОВОКИ. 1. У жінок з лейоміомою матки, розроблений комплекс терапії, сприяв позитивному перебігу післяпологового періоду, нормалізації гормонального імунного статусу та інволюції лейоматозних вузлів протягом року після пологів.

2. Проведені дослідження підтверджують необхідність ретельного нагляду за жінками з лейоміомою матки після пологів та необхідність проведення розроблених лікувально-профілактичних заходів з метою збереження репродуктивного здоров'я.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Подальше вивчення гормонального та імуннологічного статусу у жінок з лейоміомою матки в післяпологовому періоді дозволить розробити нові схеми лікування з метою продовження репродуктивного здоров'я.

Література

1. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки, проблемы патогенеза и патогенетической терапии /Москва, Изд «ЭЛБИ-СПб», -2000.- 235с.

2. Скрипченко Н.Я. Лейоміома матки при вагітності і після пологів (патогенез ускладнень, профілактика, лікування у вагітних та породіль). //Автореф.дис...докт.мед.-наук.Ки в.-2007.- 35с.