

«КОРРЕКЦИЯ АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ И НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С УЧЕТОМ АНАЛИЗА МАРКЕРОВ ФЕРРОКИНЕТИКИ»

(Курлович И.В., Бурьяк Д.В., Демидова Р.Н., Зубовская Е.Т., Юркевич Т.Ю.,

Капора Т.Ч.) РНПЦ «Мать и дитя»

ВВЕДЕНИЕ

Основная причина анемии у пациентов с воспалительными и невоспалительными заболеваниями женских половых органов – маточные кровотечения, обильные и/или длительно существующие, а также внутрибрюшные кровотечения, возникающие остро при разрыве маточной трубы при трубной беременности, разрыве кисты, апоплексии яичника. Зачастую маточные кровотечения требуют проведения хирургического гемостаза. Внутрибрюшные кровотечения – показания для экстренной операции, в ходе которой устанавливается и устраняется источник кровотечения, оценивается объем кровопотери. При выявлении анемического синдрома у пациенток необходимо проведение антианемической терапии, а также динамического контроля показателей красной крови и маркеров феррокинетики. Определение характеристик анемии при патологии половой сферы у женщин позволяет оптимизировать проводимую антианемическую терапию, выявить группы пациенток, нуждающихся в коррекции анемического синдрома с использованием компонентов крови в периоперационном периоде.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность коррекции анемического синдрома у женщин с гинекологической патологией с учетом анализа маркеров феррокинетики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

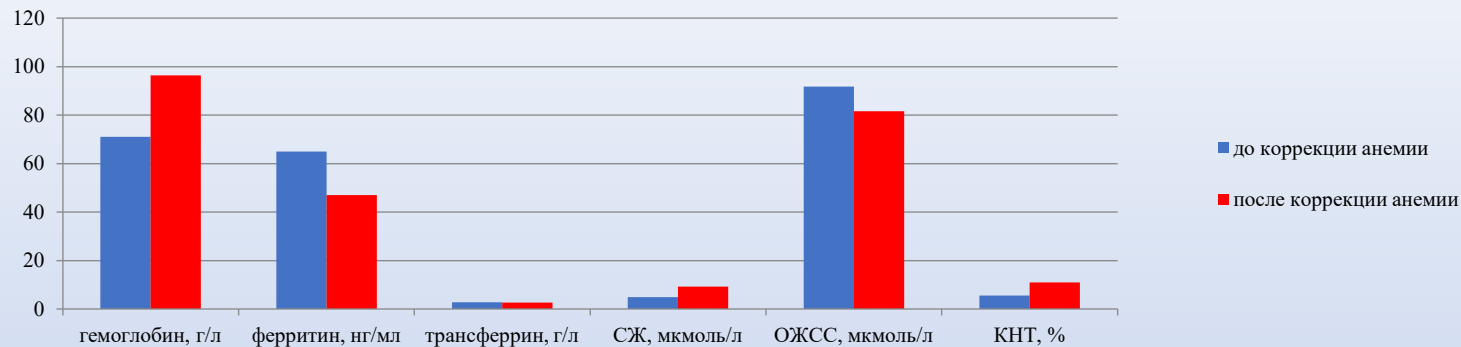
Выполнено клинико-лабораторное обследование 30 женщин с гинекологической патологией при наличии анемией средней степени тяжести, проходивших стационарное лечение в гинекологическом отделении РНПЦ «Мать и дитя». Проанализированы маркеры феррокинетики (гемоглобин, ферритин, трансферрин, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС)), коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ) рассчитывали по формуле:

$$\text{КНТ} = \frac{\text{Сывороточное железо} \times 100}{\text{ОЖСС}}$$

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота встречаемости миомы матки у женщин исследуемой группы составила 20 (66,7%) случаев, в ряде случаев сочетанного характера, гиперплазия эндометрия, в том числе атипическая – 5 (16,7%), аномальное маточное кровотечение (АМК) диагностировано в 11 (36,7%) случаях. Уровень показателей красной крови у пациенток при поступлении в гинекологическое отделение свидетельствовал о наличии анемии средней степени тяжести ($E_r - M_e = 3,71 (3,31; 4,15) \times 10^{12}/л$, $H_b - 89,0 (83,0; 96,3) г/л$, $H_t - 28,6 (26,1; 30,8) \%$). Наиболее низкие показатели красной крови регистрировались на $M_0 = 2$ сутки у пациенток с метроррагией и в ряде случаев в послеоперационном периоде ($E_r - M_e = 3,43 (2,81; 3,76) \times 10^{12}/л$, $H_b - 79,4 (70,8; 87,0) г/л$, $H_t - 25,1 (23,5; 27,4) \%$). Всем женщинам проведена терапия анемического синдрома, в том числе внутривенное введение препаратов железа в 4 (13,3%) случаях, в 10 (33,3%) случаях был реализован хирургический гемостаз.

Наблюдалось изменение клинической картины анемического синдрома у женщин в зависимости симптоматики гинекологической патологии, продолжающегося кровотечения, отсутствия эффекта от хирургического гемостаза, объема оперативного вмешательства. С учетом персонализированного подхода, в каждом конкретном случае, в соответствии с поставленным диагнозом, коморбидным состоянием, возрастом, тяжестью состояния пациентки, при возникновении неблагоприятного прогнозирования тяжести анемии, связанной с прогрессированием дефицита железа в периоперационном периоде в 13 (43,3%) случаях выполнена трансфузия эритроцитных компонентов крови. Оценка эффективности коррекции анемического синдрома у женщин с гинекологической патологией проводилась с учетом анализа маркеров феррокинетики (рис.1).

Рис.1

При дефиците железа трансферрина в организме становится больше, таким образом, этот белок связывается с небольшим количеством железа в сыворотке и соответственно увеличивается ОЖСС. До проведения коррекции анемии у пациенток отмечалась тенденция к повышению верхнего квартиля уровня трансферрина (Me=2,84(2,52;3,42) г/л) и снижению допустимого нормативного диапазона среднего и нижнего квартиля сывороточного железа (5,0 (3,5;8,2) мкмоль/л), а показатель ОЖСС был выше референсных значений (91,8 (89,6;93,6) мкмоль/л). Положительная динамика наблюдалась после проведенной коррекции анемии: снижение уровня трансферрина (2,48 (1,79;2,91) г/л) и ОЖСС (81,6 (72,0;88,4) мкмоль/л), повышение уровня сывороточного железа (10,2 (8,1;12,8) мкмоль/л). На фоне проведенной терапии наблюдалось повышение КНТ с 5,6 (4,3;8,9) % до 33,3 (7,0;34,4) %, но отмечалось его снижение в динамике контроля коррекции анемического синдрома (11,7 (9,4;20,5) %). Насыщенность трансферрина менее 20 % указывает на дефицит железа и необходимость дальнейшего проведения антианемической терапии гинекологическим пациентам под контролем общего анализа крови.

ВЫВОДЫ



При мониторинговании общего анализа крови прослеживалась гемодинамическая нестабильность показателей красной крови ниже референтных значений, что подтверждало высокую вероятность повышения степени тяжелой анемии при продолжающемся кровотечении и необходимости принятия в ряде случаев решения о назначении трансфузионной терапии в периоперационном периоде с учетом объема планируемого оперативного вмешательства, объема кровопотери, мониторинга витальных функций и системной гемодинамики.



Оценка запасов железа в организме с использованием коэффициента насыщения трансферрина железом позволяет определить прогноз и длительность антианемической терапии у пациенток с воспалительными и невоспалительными заболеваниями женских половых органов.



На основании оценки показателей феррокинетики у гинекологических пациенток на фоне проводимой терапии восполнение дефицита железа не является стабильным, что требует дальнейшего проведения антианемической терапии.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ivan.kurlovich@gmail.com