

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ В РОДАХ НА ФОНІ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

Бортейчук Р.Ю.

Ужгородський державний університет, м.Ужгород

Однією з важливих проблем більшості країн світу, в тому числі і України, особливо після Чорнобильської катастрофи є проблема анемії вагітних як наслідок хронічного впливу малих доз радіації (МДР), так і токсичної дії забрудненого зовнішнього середовища важкими металами, нітратами та іншими токсичними сполуками [4, 7, 9, 10, 12, 14, 18, 20, 23, 24, 27, 28].

Не дивлячись на значну кількість публікацій, присвячених питанням ведення вагітності та пологів у жінок з анемією, до даного часу ряд моментів залишається ще повністю невизначеними. Хоча загально визнано, що анемія вагітних являється несприятливим фоном, на якому можуть розвиватись різні ускладнення як в час вагітності, так і під час пологів [2, 6, 11, 13, 17, 31]. Доведена роль анемії вагітних в розвитку акушерських кровотеч [8, 23, 24, 30, 35]. Так, при анемії вагітних I ступеня кровотеча в послідовому і ранньому післяродовому періодах виникає в 5,7% випадків, при анемії II ступеня - в 10,8%, а при анемії III ступеня - в 40% [23]. Більше того, вважається, що анемія вагітних є одним з факторів ймовірного розвитку порушень в системі гомеостазу зниження толерантності організму до крововтрати [15, 30, 35].

Відомо, що в динаміці розвитку фізіологічної вагітності збільшується об'єм циркулюючої крові (ОЦК), головним чином за рахунок об'єму циркулюючої плазми (ОЦП), що спричинює виникнення гіперволемічної гемодимочії [1, 30].

Однак в умовах анемії ОЦК може не тільки не збільшуватись, але навіть значно знижуватись, досягаючи дефіциту ОЦК до 40% [30]. Тому, як відмічають деякі автори, застосування різних

препаратів заліза при лікуванні анемії вагітних як для ентерального, так і для парентерального введення, направлених на ліквідацію дефіциту заліза не завжди є ефективним [1, 18, 26, 29, 30].

Хоча загально визнано, що скорочення запасів заліза в організмі впливає не тільки на кількість гемоглобіну. Роль заліза в обміні речовин значно ширша. Залізо бере участь в обміні речовин, входить до складу ряду ферментів і цим самим бере участь в окисновідповідних процесах та роботі імункомпетентної системи [5, 9, 22, 34].

Біологічне значення заліза визначається його безпосередньою участю в тканинному диханні. В зв'язку з чим у вагітних при залізодефіцитній анемії характерна тканинна і гемічна гіпоксія с послідовим розвитком вторинних метаболічних розладів [9, 11, 13, 18, 30, 33].

В розвитку залізодефіцитної анемії у вагітних важливе місце займають передуючі скриті залізодефіцитні стани, які виявляються у 20-40% невагітних і у 33-90% вагітних [3, 10, 13].

Дані стани можуть бути обумовлені клімато-географічними умовами, характером харчування, екологічним середовищем [15, 24].

В деяких випадках у однієї і тієї ж вагітної може бути поєднана дія декількох факторів [26, 30]. Без сумніву, вагітність сприяє зниженню транспортного заліза в крові внаслідок зменшення його запасів в медулярній ретикуло-гістіоцитарній системі [23].

Питання про роль змін в шлунково-кишковому тракті і його значення у виникненні анемії залишається маловивченим. За даними одних авторів залізодефіцитна анемія часто виникає у вагітних з ахілією, ерозивними і загальними

захворюваннями шлунку і кишечника [5, 12]. Дані інших дослідників залізодефіцитну анемію у вагітних пов'язують з порушенням трансформації заліза при збереженій його реарсорбції [12, 30].

Однією з важливих ланок патогенезу залізодефіцитної анемії вважається дефіцит вітамінів, особливо таких як вітамін С, фолієвої кислоти, ретінолу, токоферолу та інших [5, 9, 30].

Важлива участь відводиться мікроелементам, зокрема, кобальту, марганцю, магнію, міді [30].

До важливих ланок регуляції еритропоезу багато авторів відносять як гормони фенотипічного комплексу, та гормон коркового шару нирок - еритропоетин [23, 30].

За даними В.Н.Демідова і співавт. (1975) прогестерон і андрогени стимулюють впливають на еритрогенез. Екстрогени навпаки пригнічують його [23].

Фізіологічна роль плацентарних гормонів таких як хоріогонічного гонадотропіну та плацентарного лактогену в процесі регуляції еритропоезу кінцево не вивчена [23].

Залишається невивченим питання впливу тиреоїдних гормонів ( $T_3$   $T_4$ ) в процесах еритропоезу. Хоча як відомо дані гормони відіграють важливу роль в обміні білків [25], а такі білки крові як трансферин приймають безпосередню участь в регуляції обміну заліза [19].

Вагітні з залізодефіцитною анемією потребують як медикаментозне, так дієтичне лікування. Правила корегуючої медикаментозної терапії залізодефіцитної анемії вагітних чітко сформульовані в літературі і заключаються в наступному:

Спробах поповнення дефіциту заліза.

Проведенні інтенсивної підготовки вагітних з анемією до пологів.

Раціональному використанні інфузійно-трансфузійної терапії при кровотечі в родах у жінок з анемією.

Рутинна терапія залізовмісними препаратами і ролевою кислотою у вагітних з анемією

збільшують майже в 2 рази масу еритроцитів не змінюючи при цьому гематокрит [16, 18, 21, 30]. Збільшення даного показника не дозволяє виявляти вагітних з гіповолемічним станом, який прогностично є більш небезпечним у розвитку таких ускладнень як гестоз другої половини вагітності, ретардації плода, виникнення передчасних пологів та хронічної внутрішньої гіпоксії і інших [30]. Тому орієнтування тільки на значення концентраційних показників червоної крові було б помилкою, так як при цьому неможливо віддиференціювати анемію, яка розвивається на фоні гіпо- і гіперволемії. При співставленні концентраційних показників червоної крові (вміст гемоглобіну, гематокрит, кількість еритроцитів) з показниками ступеня волемії-демолярності її складовими чітко відзначаються два різні форми анемії. Перша - дійсна, при якій визначається гемоконцентрація (високі гематокрит, осмолярність, концентрація  $Na^+$ ). Друга - відносна, для якої характерний низький рівень гемоглобіну і всіх концентраційних показників [29, 30]. В залежності від виду анемії спостерігається різна реакція породіль приблизно на однакові об'єми крововтрати в родах. Поєднання анемії з гіперволемією, крововтрата не викликає таких критичних змін, як при анемії на фоні гемоконцентрації [23].

На основі перегляду літературних даних можна зробити важливий практичний вислід, що залізодефіцитна анемія до родів є реальною загрозою для роділь є являється фактором високого ризику для плода [11, 12, 30, 32]. Лікарська тактика і комплексне лікування повинні базуватись при поповненні крововтрати у жінок з анемією до пологів не тільки на об'ємі втраченої крові та на концентраційних показниках червоної крові, але і на показниках волемії. Розробка даного питання потребує подальшого поглибленого дослідження.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Атаджанов Т.В. Особенности изменений показателей центральной гемодинамики и кислородотранспортной функции крови у беременных, больных анемией // Акуш. и гинеко.- 1990.-№10.- С.30-32.
2. Белокрыницкая Т.Е., Кузник Б.И. Новые подходы к терапии анемии гестационного периода (обмен мнением) // Рос. вестник перинатологии и педиатрии.- 1993.- №6.-С.13-16.
3. Булганов А.А., Саятина Е.В., Тураева А.Г. Сравнительная оценка эффективности препаратов железа при лечении железодефицитной анемии у беременных // Акуш. и гин.-1994.-№6.-С.16-18.
4. Вахрамеева С.Н., Денисова С.Н., Хотимченко С.А., Алексеева И.А. Латентная форма железодефицитной анемии беременных женщин и состояние здоровья их детей // Рос. вестник перинатол. и педиат.-1996.-Том 41.-№3.-С.26-30.
5. Герасимов Г.А., Свириденко Н.Ю. Йод-дефицитные заболевания. Диагностика, методы профилактики и лечения (обзор) // Тер. архив.- 1997.- №10.- С.1-3.
6. Горенбаум В.С. Оценка функционального состояния миокарда при анемии беременных // Акуш. и гинеко. - 1986.- №8.-С.55-57.
7. Гуадин И.В. Влияние сидеронения у матери на гематологические показатели и запасы железа у новорожденных // Акуш. и гинеко.-1990.-№12.-С.38-41.
8. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии // Рус. мед. журнал.- 1997.- Т.5.-№19.- С.1234-1242.

9. Димитров Д.Я. Анемии беременных.- София: Медицина и физкультура, 1980.- 198 С.
10. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии.-М.: Медицина, 1981.- 190 С.
11. Экстрагенитальная патология и беременность. Под ред. З.М.Гилязутдиновой.- М.: «МЕДпрес», 1998.- 442 С.
12. Кадырова А.А., Джаббарова Ю.К. Железодефицитные анемии беременных.- Ташкент: - М.Уз.СССР, 1983.- 196 С.
13. Казакова Л.М. Железодефицитная анемия у беременных // Мед. помощь.- 1993.- №1.- С.15-17.
14. Козарева Т.И. Апластические анемии и миелодиспластический синдром у детей Республики Беларусь (эпидемиология, этиология, молекулярно-мелебранные механизмы патогенеза): Автореф. дис... докт. мед. наук.- Минск, 1995.-48 С.
15. Козловская Л.В. Гипохромные анемии, дифференциальный диагноз и лечение // Новый мед. журнал.- 1996.-№5-6.-С.8-12.
16. Мандельбаум А.Я. Нужны ли какие-либо «лекарственные добавки» кроме препаратов железа для лечения железодефицитной анемии? // Тер. архив.-1987.-№6.- С.119-123.
17. Мижерев Ю.Г., Валова Г.М., Замчий А.А. Профилактика и лечение железодефицитной анемии беременных // Анемия и анемические синдромы.- Уфа.- 1991.- С.99-101.
18. Мордухович А.С., Джаббарова Ю.К., Пахомова Ж.Е. Взаимоотношения матери и плода при железодефицитной анемии.- Ташкент: - Изд. ИБН СИНУ, 1991.- 177 С.
19. Овчар Т.Т. Показатели белкового обмена у беременных с железодефицитной анемией // Здравоохранение Белоруссии.- 1992.- №7.- С.59-60.
20. Петров В.Н. Физиология и патология обмена железа.- Л.: Медицина, 1982.- 204 С.
21. Поспелова Т.И., Агеева Т.А., Лосева М.М. и др. Об отрицательных эффектах препарата феррум лек // Гематол. И трансфузиол.-1992.-№9-10.-С.25-38.
22. Рустамова М.С. Динамика изменения запасов железа в организме женщины в течение беременности // Вопр. охраны матер. и дет.- 1991.- №1.- С.51-53.
23. Сабуров Х.С., Хамдамов Ф.К. Современное состояние проблемы анемии беременных и вопросы корректирующей терапии кровотечения в родах // Акуш. и гинек.- 1990.- №7.- С.10-12.
24. Смирнова О.В., Чеснокова Н.П., Михайлов А.В. Железодефицитная анемия у беременных. Этиология и патогенез метаболических и функциональных расстройств. - Саратов: Изд. Полет, 1994.- 30 С.
25. Турияница И.И., Фабри З.И., Пашенко А.Е. и др. Йодно-тиреоидный статус организма в условиях природного йодного дефицита.- Ужгород, 1996.- 130 С.
26. Хакимова С.Х., Рустамова М.С. Скрытый дефицит железа и профилактика железодефицитной анемии у беременных женщин (методические рекомендации)// Душанбе.- 1984.- 16 С.
27. Шагалова К.Ф., Жукова О.М., Герменчук М.Г. и др. // IV Респ. конф. «Научно-практические аспекты сохранения здоровья людей, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС» Тез. Докл.- Могилев.- 1994.- Часть 2.-С.34-36.
28. Шамов И.А. К вопросу о некоторых факторах, приводящих к дефициту железа в организме // Тер. архив.-1990.- №11.- С.81-84.
29. Шехтман М.М., Горенбаум В.С., Романовская А.Р. Особенности гемодинамики при анемии у беременных// Акуш. и гинек.-1985.- №1.- С.46-48.
30. Шехтам М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. -М.: «Триада-Х», 1999.- 812 С.
31. Hershko C., Vitelis A., Braverman D.Z. Causes of iron deficiency anemia in an adult in patient population.// Blut.- 1984.-Vd.49.-№4.- S.347-352.
32. Kaltwasser I.P. Die gefahrung der schwangerschaft durch Anamien.// Arch.Gynakol.-1981.-Vol.232.-№1-4.-P.339-359.
33. Kalenga M.K., Mutach K., Nsungula K. Et al. Les anemias en cours de la grossesse.// Rev Franc. Gynec. Obstet.- 1989.- V.84.-№5. P.393-399.
34. Puolakka I., Janne O., Pakarinen A. et al. Serum ferritin as a measure of iron during pregnancy.// Acta obstet gynec. Scand.-1980.- Suppl.95.-P.43-51.
35. Schumak K.H., Rachkewich R.A. Transferritin receptors on human reticulocytes: Variation in site number in hematologic disorders.// Amer. J.Hematol.-1984.-Vol.16.-№1.-P.23-32.

## РЕЗЮМЕ

### Современные аспекты корректирующей терапии при кровотечениях в родах на фоне анемии беременных

#### Р.Ю. Бортейчук

В статье представлены современные аспекты этиопатогенеза, профилактики и лечения железодефицитной анемии у беременных.

**SUMMARY**

**Modern aspects of the correcting therapy at delivery bleedings on the background of anemia in pregnant women**

**Borteychuk R.Yu.**

In the article the modern aspects of etiopathogenesis, prevention measures and treatment of the ferrum-deficient anemia in pregnant women are studied.

---