

ЗБІРНИК  
наукових праць

*Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України*

Київ  
Інтермед  
2008

Наприкінці курсу лікування усі пацієнтки відмітили емоційну стабільність, впевненість, працездатність, незважаючи на щоденні сімейні та професійні турботи. На періодичні гарячі припливи скаржились 4 (18,2%) жінки, але їх прояви були швидко минулими. У переважній більшості пацієнток нормалізувався також АТ, зникли приступи серцебиття, кардіалгії. У 3 (13,6%) пацієнток пароксизми АТ, що виходили за межі фізіологічних коливань, були розцінені як перші прояви гіпертонічної хвороби.

#### Висновки.

1. Успішність лікування КС значною мірою залежить від її патогенетичної спрямованості, отже в першу чергу має бути направлена на корекцію статевого гормонального фону та нормалізацію функціонування нервової й серцево-судинної систем.

2. Запропонована схема медикаментозної терапії достатньо ефективна, доступна та зручна для застосування.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Запорожан В.М.* Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія: Підручник. — К.: Здоров'я, 2000. — С. 99-103.
2. *Гилязутдинов И.А., Гилязутдинова З.Ш.* Нейроендокринная патология в гинекологии и акушерстве: Руководство для врачей /И.А. Гилязутдинов, З.Ш. Гилязутдинова, И.М. Боголюбова и др. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — С. 250-265.
3. *Манухин И.Б.* и др. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии / И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. — С. 201-206.
4. *Репродуктивная эндокринология.* В 2 томах. Том 1: Пер. с англ./Под ред. С.С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. — М.: Медицина. — 1998. — С. 560-587.
5. *Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В.* Гинекологическая эндокринология. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — С. 471-509.

### ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З МІОМОЮ МАТКИ

*Павловська О.М., Павловська К.М.*

Одеса

Міома матки відноситься до найпоширеніших доброякісних захворювань репродуктивної системи та діагностується до 40% жінок репродуктивного віку [1, 2].

Незважаючи на іноді безсимптомний перебіг, основним клінічним проявом захворювання є гіперменструальний синдром особливо при субмукозній та інтерстиціальній локалізації вузлів, що пов'язано з порушенням контрактильної здатності матки, збільшенням менструальної поверхні, наявності гіперпластичних процесів ендометрію тощо [3, 4]. Надмірні щомісячні крововтрати (кровотеча тривалістю понад 5 днів без утворення згустків, або понад 3 днів з утворенням останніх) неодмінно супроводжуються збільшенням транспортного фонду заліза та формуванням хронічної залізодефіцитної анемії (ЗДА), яка згодом обумовлює дистрофічно-атрофічні зміни в тканинах та органах, функціональні порушення насамперед з боку серцево-судинної та ендокринної систем з ініціацією/посиленням клінічних проявів міокардіодистрофії, стенокардії, вікової дисциркуляторної енцефалопатії, дисурії з нетриманням сечі, артропатії [5].

На сьогодні основним підходом в лікуванні ЗДА загальною визнана ферротерапія, незважаючи на її можливі наявні та відстрочені побічні ефекти особливо при парентеральному застосуванні, що змушує провідні фармацевтичні компанії постійно удосконалювати склад залізовмісних препаратів. Але, враховуючи результати сучасних нанодосліджень, фахівці припускають у майбутньому можливість природного поповнення функціонального фонду заліза шляхом ятрогенного впливу на рівень гепсидину (антимікробний пептид), який синтезується печінкою та регулює інтенсивність дуоденоінтестинального усмоктування цього біометалу, отже дієтотерапія знов займатиме провідне місце в лікувально-профілактичних програмах сидеропенії.

**Мета дослідження** — визначити ефективність антианемічного лікування у жінок з міомою матки.

**Матеріали та методи дослідження** — обстежено 30 жінок в віці 32-44 років з міомою матки розміром до 15-16 тижнів гестації, яким було показано планове оперативне лікування в об'ємі надпівчової ампутація/екстирпація матки без/з додатками матки, але відтермінована до 12 місяців з сімейних, соціальних, професійних або інших причин.

Діагноз залізодефіцитної анемії встановлювали на підставі виявлення ознак анемічного та сидеропенічного синдромів, зниження рівня гемоглобіну (<120 г/л), еритроцитів (<3,5Ч10<sup>12</sup>/л), кольорового показника (<0,8), сировоткового заліза (<11,5 ммоль/л) та феритина сироватки крові (<12 мкг/л), підвищення загальної залізо зв'язуючої здатності сироватки (333С), наявності мікроцитозу, анізоцитозу, пойкилоцитозу тощо.

Пацієнток розділили на 2 підгрупи:

I підгрупа — 15 жінок, які отримували ферумбо по 10 мл/доб на протязі 8 тижнів (до нормалізації показників крові) з послідовним зниженням дози до 5 мл/доб.

II підгрупа — 15 жінок, яким призначали до оперативного лікування ферумбо по 10 мл/доб з 5 по 15 день менструального циклу.

Слід зазначити, що з сучасних позицій доцільним є призначення саме неіонних з'єднань заліза, представлених гідроксид-полімальтозним комплексом Fe<sup>3+</sup> (ферумбо, мальтофер, біофер), структура яких максимально

наближена до природних сполучень заліза з ферритином та забезпечує на відміну від іонних з'єднань потрапляння  $Fe^{3+}$  з кишечника в кров шляхом активного засвоєння. Крім того, відсутність процесу дисоціації з утворенням вільних іонів заліза і взаємодії з компонентами їжі значно знижує вірогідність гастроентеральної дисфункції, дозволяючи призначати ці препарати незалежно від прийому їжі.

Незважаючи на твердження деяких фахівців про неефективність дієтотерапії при ЗДА та доцільність лише ферротерапії, більшість науковців урівнює значення цих методів лікування. Доведено, що ефективний гемопоєз можливий лише за наявності складної синергетично-антагоністичної взаємодії між мікроелементами, вітамінами та біологічно активними речовинами, які мають надходити саме з їжею, а не в складі, наприклад, полівітамінних комплексів та біододатків. Отже пацієнткам обох підгруп обов'язково призначали дієту з підвищеним вмістом залізовмісних продуктів тваринного й рослинного походження (м'ясо дичини, молода яловичина, кролятина, курятина, печінка, нирки, яловичий язик, геркулесова та гречана каші, білі гриби, горох, квасоль, морська капуста, мідії, сардини, шпинат, буряк, персики, ізюм, узвар з сухофруктів). Рекомендували також вживання кефіру, квашеної капусти, меду темних сортів (при відсутності протипоказань), які посилюють усмоктування заліза, та обмежувати вживання молока до 500 мл/доб, консервованих продуктів, міцного чаю тощо.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

За результатами лабораторного дослідження у всіх пацієнток була виявлена ЗДА різного ступеня виразності. Так, ознаки ЗДА I ступеня було діагностовано у 7 (46,7%) та 8 (53,3%) жінок I та II підгруп, II ступеня – 7 (46,7%) та 5 (33,3%), III ступеня – 1 (6,7%) та 2 (13,3%), відповідно.

При контрольному клініко-лабораторному обстеженні через 2 місяці 5 (33,3%) жінок I підгрупи відмітили збільшення об'єму менструальної крововтрати з посиленням загальної слабкості, втоми, серцебиття, залишки при фізичних навантаженнях. ЗДА I ступеня було діагностовано у 5 (33,3%) пацієнток, II ступеня – 9 (60,0%), III ступеня – 1 (6,7%). Відмічалась також тенденція до зниження кольорового показника з  $0,75 \pm 0,07$  до  $0,74 \pm 0,06$  ( $p > 0,05$ ), рівня сировоткового заліза з  $11,34 \pm 0,12$  до  $11,32 \pm 0,14$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ), феритина сировотки крові з  $11,71 \pm 0,16$  до  $11,67 \pm 0,17$  мкг/л ( $p > 0,05$ ) та підвищення ЗЗЗС з  $92,1 \pm 3,9$  до  $93,3 \pm 3,6$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ).

Жінки II підгрупи за означений період на збільшення щомісячної крововтрати не скаржилися, але й показники крові залишилися на тому ж рівні.

При обстеженні через 6 місяців вже 11 (73,3%) хворих I підгрупи вказували на збільшення об'єму та тривалість маткової щомісячної крововтрати з посиленням клінічних ознак анемічного та сидеропенічного синдромів. ЗДА I ступеня було діагностовано у 4 (26,7%) пацієнток, II ступеня – 9 (60,0%), III ступеня – 3 (20,0%) з достовірним зниженням кольорового показника до  $0,73 \pm 0,09$  ( $p < 0,05$ ), сировоткового заліза –  $11,18 \pm 0,1$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), феритина сировотки крові –  $11,49 \pm 0,16$  мкг/л ( $p < 0,05$ ) та подальшим збільшенням ЗЗЗС до  $96,1 \pm 1,9$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Обстежувані II підгрупи навпаки відмічали поліпшення загального стану, впевненості, підвищення працездатності, зменшення епізодів головкружіння, серцебиття, залишки. ЗДА I ступеня було виявлено у 9 (60,0%) пацієнток, II ступеня – 6 (60,0%), III ступеня – жодної з достовірним підвищенням кольорового показника з  $0,74 \pm 0,06$  до  $0,79 \pm 0,01$  ( $p < 0,05$ ), рівнів сировоткового заліза з  $11,36 \pm 0,11$  до  $11,47 \pm 0,09$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ), феритина сировотки крові з  $11,70 \pm 0,16$  до  $11,97 \pm 0,16$  мкг/л ( $p < 0,05$ ) та зниженням ЗЗЗС з  $91,7 \pm 3,7$  до  $87,8 \pm 3,6$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

Перед операцією лише у 2 (13,3%) жінок I підгрупи гемоглобін крові перевищував 90 г/л, ЗДА II ступеня було діагностовано у 10 (66,7%), III ступеня – 3 (20,0%). В підгрупі порівняння у 4 (26,7%) пацієнток відмічалась нормалізація показників крові, ЗДА I ступеня була виявлена у 8 (53,3%) пацієнток, II ступеня – 3 (20,0%), III ступеня – у жодної.

Таким чином, при медикаментозній корекції ЗДА у жінок репродуктивного віку з міомою матки лікарю необхідно пам'ятати про особливості гемостазіологічних коливань на протязі оваріально-менструального циклу. Так, в перiovуляторному періоді наявна гіперестрадіолемія обумовлює підвищення саме гемокоагуляційного потенціалу крові для запобігання значної кровотечі при розриві фолікула, але наприкінці лютеїнової фази за для швидкого виведення менструальних виділень та попередження інфікування й утворення внутришньоматкових синехій відбуваються протилежні процеси. Враховуючи доведену властивість залізовмісних препаратів підвищувати рівень плазміну, їхнє застосування в другій половині менструального циклу призводить до ефекту «нашарування» з порушенням формування гемостатичних тромбів в спіральних артеріолах, збільшенням крововтрати та, як наслідок, нівелюванням антианемічних очікувань. Отже доцільно призначати ферротерапію з 5 днів менструального циклу по 100–200 мг/доб та прийняти її за 10 днів до настання чергової менструації.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Залоражан В.М.* Акушерство і гінекологія. Книга 2. Гінекологія: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 195–201.
2. *Безнощенко Г.Б.* Неоперативная гинекология. Москва: Медицинская книга. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – С. 289–313.
3. *Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л.* Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 116–124.
4. *Дуда И.В. и др.* Клиническая гинекология. В 2 т. Т.1. /И.В. Дуда, Вл. И. Дуда, В.И. Дуда. – Мн.: Выш. шк., 1999. – С. 302–325.
5. *Гилезутдинов И.А., Хасанов Р.Ш.* Опухоли гормонально-зависимых и гормонпродуцирующих органов. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 264–287.