

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Е. Кудрина, доктор медицинских наук,
И. Станоевич, кандидат медицинских наук, **А. Коновалова**,
ММА им. И.М.Сеченова
E-mail: ugljasha@mail.ru

Проанализирован опыт лечения больных железодефицитной анемией энтеральными и парентеральными препаратами железа. Предложена тактика периоперационной компенсации сидеропении у больных, подвергшихся гистерэктомии с помощью внутривенного препарата Венофер.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, сидеропения, гиперпластические заболевания матки, гистерэктомия.

Одной из ведущих причин железодефицитной анемии (ЖДА) у менструирующих женщин является меноррагия либо менометроррагия. При этом органическим субстратом для возникновения обильных, длительных менструаций в преобладающем большинстве случаев служат доброкачественные гиперпластические заболевания матки (ДГЗМ): миома, аденомиоз, сочетающиеся в 40–76,8% случаев с различными морфологическими вариантами гиперплазии эндометрия [4–6].

Репродуктивная система женщины с 35–37 лет до менопаузы характеризуется нарастающей физиологической гипопункцией яичников: постепенным развитием гиполутеинизма и закономерной относительной гиперэстрогенией. Естественное состояние относительной гиперэстрогении в указанном возрасте при сочетании с другими факторами риска (такими, как наследственная предрасположенность, низкий паритет, хронические генитальные и экстрагенитальные воспалительные заболевания, метаболический синдром и др.) способствует развитию миомы матки, аденомиоза, гиперплазии эндометрия. При этом частота сочетанной патологии возрастает к перименопаузе, а также при наличии нескольких факторов риска [6].

Ведущими у пациенток с сочетанными ДГЗМ являются жалобы на обильные, длительные, болезненные менструации, межменструальные кровянистые выделения из половых путей, а также проявления, указывающие на астенический синдром (характерный для анемии) и психоэмоциональную составляющую климактерического синдрома: снижение памяти, фона настроения, слабость, вялость, быстрая утомляемость и физическая утомляемость, уменьшение потребности в общении, нервозность, раздражительность [4–6].

Манифестные сочетанные ДГЗМ в перименопаузальном или позднем репродуктивном возрасте с реализованной генеративной функцией служат показанием для выполнения гистерэктомии [5].

В процессе обследования и предоперационной подготовки пациентки с ДГЗМ к гистерэктомии врач амбулатор-

но-поликлинического звена и стационара в 60–85% случаев встречается с различной степенью выраженности сидеропенического состояния: от прелатентного, латентного дефицита железа до ЖДА [1, 3].

При этом с учетом средней ожидаемой интраоперационной кровопотери 250–350 мл, а в ряде клинических ситуаций – 500–600 мл и более (значительные размеры матки, интралигаментарное расположение узлов миомы матки, распространенный аденомиоз III–IV стадии, выраженный спаечный процесс и др.) закономерно встает вопрос о режиме и длительности восполнения дефицита железа до операции и после нее.

Нами проанализированы результаты лечения анемии у 93 больных с сочетанными ДГЗМ и ЖДА I (Hb 91–109 г/л), II (Hb 81–90 г/л) и III (Hb ≤80 г/л) степени. I-ю группу составили 52 больные, получавшие терапию энтеральными препаратами двухвалентного железа в дозе 80–100 мг/сут элементарного железа после установления диагноза ДГЗМ и ЖДА на амбулаторном этапе до операции включительно (34,6±7 дней) и с 5–10-х суток послеоперационного периода до нормализации лабораторных показателей (содержания Hb, количества и морфологических особенностей эритроцитов). Сроки начала применения энтеральных препаратов железа в послеоперационном периоде определяли индивидуально, в зависимости от темпов восстановления нормальной перистальтики желудочно-кишечного тракта вследствие возможных диспепсических побочных эффектов при использовании лекарственных средств, содержащих двухвалентное железо.

Во 2-ю группу вошли больные (n=41) ЖДА, в лечении которых на дооперационном госпитальном этапе применяли внутривенное введение препарата Венофер в дозе 5,0 мл (Vifor International Inc., Швейцария) – 1–2 инъекции с последующим продолжением курса до 5 введений в послеоперационном периоде на фоне низкокалорийного энтерального питания Нутризон (Nutricia, Германия) – по 300 мл/сут в течение 14–16 дней. Это обеспечивало дополнительную коррекцию пищевого рациона по микроэлементам и витаминам, потребность в которых возрастает как в послеоперационном периоде, так и при оживлении гемопоэза.

Целесообразность использования Венофера во 2-й группе пациенток при анемии I и II степени решалась ex consilium с учетом того, что гипохромная микроцитарная анемия служит лишь одним из проявлений сидеропенического синдрома, включающего также иммунодепрессию (в основном Т-клеточного звена, Т–В-клеточной кооперации), поражение быстро регенерирующих тканей (эпителий желудочно-кишечного тракта, кожа), снижение адаптационных способностей организма к различным стрессорным факторам (в том числе к операционной травме) [3]. Наличие ЖДА у больного перед операцией – независимый фактор риска развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде [1, 2].

Кроме того, у 7 (19,5%) больных прогнозировалось превышение средней интраоперационной кровопотери с учетом причин, указанных выше.

Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст – 47,4±3,3 года), характеру генитальной и экстрагенитальной патологии. Среди перенесенных и имеющихся экстрагенитальных заболеваний у женщин с сочетанной патологией матки отмечена высокая частота хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов,

достигающая 36,6%; патологии сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, гипертоническая болезнь, начальные проявления хронической ишемической болезни сердца) – 29,0%; заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит, синдром раздраженной толстой кишки, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки) – 44,1% и гепатобилиарной системы (жировой гепатоз, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, хронический панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей) – 49,5%; избыточной массы тела – 30,1% и абдоминального типа ожирения – 51,6%.

Параллельно с увеличением степени выраженности ожирения нарастали частота снижения толерантности к глюкозе и сахарного диабета типа 2, а также атерогенные изменения в липидном спектре крови, в 86,0% случаев опережавшие увеличение индекса массы тела и соотношение окружности живота и бедер.

Таким образом, помимо меноррагии или менометроррагии, факторами, способствовавшими развитию анемии, были хронический забрюшинный желудочно-кишечного тракта и длительное несбалансированное питание.

В процессе проведения диагностических мероприятий перед гистерэктомией больные 1-й группы получали энтеральное железо в течение 21–42 дней. При этом компенсация ЖДА к моменту операции произошла у 19 (36,5%) больных с исходной анемией I степени и у 2 (13,3%) – II степени при сохранении латентного дефицита.

На степень дооперационной компенсации сидеропении у пациенток 1-й группы существенно влияло количество менструаций после начала использования препаратов железа.

Таким образом, медлить с операцией в попытке компенсировать анемию II и особенно III степени энтеральными препаратами железа мы считаем нецелесообразным. Кроме того, у 4 из 5 пациенток 1-й группы с анемией III степени за время подготовки к операции (сбор анализов, получение результата морфологического исследования соскобов эндометрия и эндометрия и др.) произошло достоверное увеличение размеров матки (дальнейший быстрый рост узлов миомы матки и прогрессирование аденомиоза). Это позволяет рассматривать тяжелую ЖДА не только как следствие основного симптома сочетанной доброкачественной патологии матки – менометроррагии, но и как фактор, вторично потенцирующий дальнейшее прогрессирование процесса, приведшего к его развитию [2].

Состояние хронической гипоксии стимулирует неоангиогенез за счет повышения экспрессии сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) – главного регулятора роста сосудов. Таким образом, в условиях ДГЗМ, при которых патологический неоангиогенез является одним из ключевых патогенетических механизмов, происходит его дополнительная активация [6].

Кроме того, некоторые исследователи указывают на увеличение частоты спонтанных мутаций в тканях, испытывающих длительную гипоксию, что способствует клональному отбору клеток, резистентных к гипоксии, а также возникновению гипермутабельного состояния (мутаторной нестабильности), служащего триггером дальнейшего прогрессирования и малигнизации ДГЗМ [2].

В 1-й группе к моменту выписки из стационара (12–16-е сутки) содержание Hb и эритроцитов нормализовалось у 22 (43,1%) и 8 (15,7%) пациенток с исходной анемией соответ-

ственно I и II степени. Оперированные этой группы с исходной анемией III степени были выписаны на 14–16-е сутки с показателями Hb >91 г/л и рекомендацией продолжить прием энтеральных форм железа в течение 30–60 дней – до ликвидации манифестного и латентного дефицита железа.

Основным побочным эффектом при применении энтеральных форм двухвалентного железа были различные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта (запор, понос, тошнота), частота которых возрастала с увеличением длительности использования препарата и превышала 40,0% после 1 мес его применения.

Больные 2-й группы в течение 3–7 дней до операции внутривенно получили 100 мкг (при анемии I и II степени) или 200 мкг (при анемии II и III степени) элементарного железа, что сказалось на росте уровня Hb до операции (на 3–12 г/л). После операции, на фоне дальнейшего применения парентерального железа показатели Hb и эритроцитов к выписке (12–16-е сутки после операции) вернулись к норме при исходной анемии I степени у 21 (51,2%) и II степени – у 9 (22,0%) больных. Пациенты с исходной анемией III степени были выписаны на 14–16-е сутки с показателями Hb >91 г/л. Им было рекомендовано восполнять сидеропению энтеральными препаратами железа или (при непереносимости энтеральных форм) продолжить внутривенное введение Венофера 5,0 мл с учетом расчетной таблицы кумулятивной терапевтической дозы препарата (в зависимости от уровня Hb и массы тела) в процедурном кабинете амбулаторно-поликлинического лечебно-профилактического учреждения под контролем лабораторных показателей недостаточности железа в организме.

Помимо скорости компенсации сидеропении, пациенты 2 групп различались по частоте проведения гемотрансфузии во время операции или после нее: соответственно 6 (11,5%) и 3 (7,3%) больных. В таблице представлены данные о количестве больных (n=93) с учетом тяжести анемии, которым была выполнена гемотрансфузия (интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде) в связи с усугублением анемического состояния, приведшего к возникновению нестабильной гемодинамики.

Использование внутривенного препарата железа до операции сказалось на снижении частоты переливания эритроцитарной массы, особенно при исходной ЖДА III степени. Аллергических и других побочных эффектов, а также осложнений при введении Венофера (5,0 мл) в указанном выше режиме не отмечено.

Обобщая сказанное, можно утверждать, что необходимо пересмотреть традиционную тактику коррекции сидеропенического синдрома перед гистерэктомией (одной из наиболее распространенных гинекологических операций) и после нее.

Частота гемотрансфузии, выполненной интраоперационно либо в раннем послеоперационном периоде (n=93)

Группа	Степень анемии	Количество больных с гемотрансфузией	
		абс.	%
1-я	I (n=32)	1	3,1
	II (n=15)	2	13,3
	III (n=5)	3	60,0
2-я	I (n=24)	1	4,2
	II (n=13)	1	7,6
	III (n=4)	1	25,0

ЖДА II и особенно III степени у пациенток с ДГЗМ, нуждающихся в радикальном оперативном лечении, требует быстрой (парентеральной) компенсации недостатка железа до хирургического вмешательства по нескольким причинам:

- с целью подготовки к предстоящей хирургической травме, сопровождающейся кровопотерей, высоким риском инфекционных осложнений;
- в связи с возможностью вторичной стимуляции прогрессирования ДГЗМ (рост узлов миомы, рост и дальнейшая инвазия очагов аденомиоза) при длительно существующей анемии III степени;
- для улучшения условий заживления раны;
- из-за низкого риска (по сравнению с энтеральными лекарственными формами) побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, что особенно важно вследствие высокой отягощенности больных с ДГЗМ по хроническим заболеваниям пищеварительной системы (44,1%), а также в связи с необходимостью восстановления нормальной перистальтики в послеоперационном периоде.

Кроме того, особое внимание в процессе компенсации сидеропении следует обращать на сбалансированность диеты по другим микроэлементам, витаминам, макроэлементам, относительный дефицит которых в условиях интенсификации гемопоза может лимитировать скорость восстановления гематологических и других показателей.

Одной из возможностей сбалансировать диету в послеоперационном периоде является использование энтерального питания Нутризон в качестве дополнительного источника микроэлементов и витаминов.

Литература

1. Блошанский Ю.М., Geisser P., Хасабов Н.Н. Анемия беременных // Гинекология. – 2006; 8 (2): 47–50.
2. Бредер В.В., Горбунова В.А. Анемия при злокачественных опухолях. В кн.: Руководство по онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 840 с.
3. Кудрин А.В., Громова О.А. Микроэлементы в иммунологии и онкологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 544 с.
4. Кудрина Е.А. Современные подходы к патогенезу, диагностике и лечению генитального эндометриоза. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1999. – 58 с.
5. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения) / Под ред. И.С. Сидоровой. – М.: Мед. информ. агентство, 2002. – 256 с.
6. Станович И.В. Дифференцированный подход к диагностике и лечению гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 157 с.

PERIOPERATIVE CORRECTION OF IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN CONCOMITANT BENIGN UTERINE PATHOLOGY

E. Kudrina, MD; I. Stanovich, Candidate of Medical Sciences; A. Konovalova,

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The experience in treating patients with iron-deficiency anemia with enteral and parenteral iron preparations is analyzed. A tactic for perioperative compensation of sideropenia with intravenous Venofer is proposed for posthysterectomy patients.

Key words: iron-deficiency anemia, sideropenia, uterine hyperplastic diseases, hysterectomy.

ГИСТЕРОСКОПИЯ В УСЛОВИЯХ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

А. Луговая,

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий на базе инновационного отделения малоинвазивных технологий ГКБ им. С.П. Боткина
E-mail: anlu@yandex.ru

С целью коррекции нарушений микробиоценоза влагалища в качестве предоперационной подготовки использовали препарат широкого спектра действия Споробактерин, что позволило в несколько раз снизить частоту рецидивов дисбиоза в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: гистероскопия, профилактика инфекций, бактериальный вагиноз, Споробактерин.

Серьезной медицинской и социальной проблемой в акушерстве и гинекологии являются нарушения микроценоза влагалища и шейки матки, выявляемые при скрининговом обследовании у 9–24% клинически здоровых женщин и у 45–86% больных гинекологических стационаров. Они приводят к инфекционным осложнениям после хирургических вмешательств на органах малого таза, способствуют возникновению воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в несколько раз повышают риск акушерских и перинатальных осложнений [5, 7, 9].

Гистероскопия, применяемая для диагностики и оперативного лечения внутриматочной патологии (полипы эндометрия, гиперплазия эндометрия и др.), – достаточно сложная гинекологическая операция, требующая строгого соблюдения показаний и противопоказаний. Соблюдение условий для ее проведения во многом служит профилактикой ближайших и отдаленных инфекционно-воспалительных осложнений гистероскопии.

Ретроспективный анализ, проведенный в гинекологической клинике больницы им. С.П. Боткина, показал, что инфекционно-воспалительные осложнения в виде эндометрита, сальпингоофорита и гематометры развились: после офисной гистероскопии – у 5 (0,3%) больных из 1570 (2001–2006 гг.); после гистероскопии с расширением цервикального канала в сочетании с эндохирургическим вмешательством – у 9 (0,17%) больных из 5100 и после расширения цервикального канала в сочетании с гистероскопией и кюретажем – у 23 (0,39%) больных из 5730 (1996–2006 гг.); после гистерорезектоскопии миоматозных узлов, полипов, перегородок в полости матки, синехий и аблации эндометрия – у 51 (0,98%) больной из 4960 (1996–2006 гг.). Манифестировали указанные осложнения в первые 3 сут после гистероскопии.

Не вызывает сомнений необходимость совершенствования методов профилактики инфекционно-воспалительных осложнений при внутриматочных хирургических вмешательствах.

В то же время отмечается широкое распространение нарушений микробиоценоза влагалища при отсутствии выраженных клинических проявлений. По данным разных авторов, частота бактериального вагиноза (БВ) составляет от 4 до 64% [2, 3, 6, 7].