

УДК 618.36-007.4-036

© Коллектив авторов, 2012.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Н. А. Щербина, О. П. Липко, Л. В. Потапова, И. Н. Щербина*Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – профессор Н. А. Щербина), Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.*

PREGNANT WOMEN CONDUCTION OPTIMIZATION WITH PLACENTA PREVIA

N. A. Sherbina, O. P. Lipko, L. V. Potapova, I. N. Sherbina

SUMMARY

The given paper deals with the data testifying to the fact that an all round that inclusion of anti-anemic therapy of recombinant erythropoietin β results in a more rapid and effective increase of red blood indices before and after the cesarean section operation conduction.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

М. О. Щербина, О. П. Ліпко, Л. В. Потапова, І. М. Щербина

РЕЗЮМЕ

У статті наведено дані, які свідчать про те, що включення у комплекс антианемічних заходів рекомбінантного еритропоєтину β у вагітних з передлежанням плаценти та постгеморагічною анемією призводить до більш швидкого та ефективного підвищення показників червоної крові до та після проведення операцій кесарського розтину.

Ключевые слова: рекомбинантный эритропоэтин β , предлежание плаценты, анемия.

Частота предлежания плаценты, по данным различных авторов, в настоящее время варьирует в широких пределах от 1:167 до 1:327 беременности [1].

С 1945 года начали применять консервативное ведение беременности при предлежании плаценты. Данная тактика используется акушерами и в настоящее время, поскольку при отсутствии массивного кровотечения, угрожающего жизни женщины, основная цель пролонгирования беременности – это достижение определенной зрелости плода, позволяющее ему не погибнуть после рождения.

В связи с этим перед акушерами встает целый ряд вопросов, связанных с ведением таких беременных до срока родоразрешения. Это касается и токолитической терапии, и профилактики дистресса плода, и гемостатической и антианемической терапии.

В настоящее время в арсенале медикаментов у акушеров-гинекологов имеется огромное количество различных препаратов, позволяющих решать вышеперечисленные вопросы. Тем не менее, нам хочется обратить внимание на тот факт, что в случае, когда имеется выраженная анемия накануне родоразрешения, а при предлежании плаценты его, в большинстве случаев, приходится проводить путем операции кесарева сечения, которое также влечет за собой определенную кровопотерю, остро возникает вопрос: «Как в максимально короткие сроки провести антианемическую терапию, позволяющую про-

вести операцию в более благоприятных гемических условиях?»

Проведение антианемической терапии препаратами железа всегда требует длительности и не всегда имеет выраженный клинический эффект. Переливание крови беременной может привести к целому ряду осложнений и влечет за собой каскад иммунологических нарушений.

В последние годы в литературе появились данные об использовании рекомбинантных эритропоэтинов для лечения анемии при терапевтических и гинекологических заболеваниях [2-5]. Эритропоэтин стимулирует пролиферацию и дифференцировку эритроидных клеток в зрелые эритроциты, действует на поздние предшественники эритроцитов, является фактором терминальной дифференцировки эритроидных клеток (на уровне бурстообразующей, колониообразующей эритроидной единицы, далее на уровне проэритробласта, эритробласта и ретикулоцита). Эритропоэтин восстанавливает физиологический эритропоэз, увеличивает число эритроцитов, ретикулоцитов, активизирует синтез гема, увеличивает гематокрит и содержание гемоглобина в крови.

Целью настоящей работы явилась оптимизация ведения больных с предлежанием плаценты и постгеморагической анемией за счет включения в комплекс антианемической терапии (препараты железа, витамин B_{12} , фолиевая кислота) препаратов рекомбинантного эритропоэтина β (рекормона).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения работы нами была обследована 61 пациентка с предлежанием плаценты и наличием постгеморрагической анемии в сроках беременности 32-36 недель; женщины были разделены на 2 клинические группы: 1 клиническую группу составили 31 беременная, которые получали антианемическую терапию препаратами железа, витамином В₁₂ и фолиевой кислотой в стандартных терапевтических дозировках. 2 клиническую группу составили 30 беременных, которым в комплекс лечения был включен рекомбинантный эритропоэтин β. У всех беременных имелась среднетяжелая и тяжелая степень анемии. Контрольную группу составили 34 здоровые беременные с нормальными цифрами гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht) и эритроцитов. Для исключения сопутствующих экстрагенитальных заболеваний все беременные с предлежанием плаценты были проконсультированы терапевтом, по заключению которого сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, которые могли привести к анемии, у данного контингента беременных не было. Все беременные с предлежанием плаценты, кроме антианемической, получали терапию токолитиками, гемостатиками, проводилась профилактика дистресса плода. Рекомбинантный эритропоэтин β (рекормон) назначался в дозе 2 тысячи ЕД подкожно 2 раза в неделю в течение 2-х недель. Контроль уровня Hb, Ht и эритроцитов проводился 1 раз в неделю при отсутствии кровянистых выделений и 1 раз в 3 дня – при наличии умеренных кровянистых выделений. Контроль содержания железа в сыворотке крови проводился через 2 недели лечения.

Забор и исследование показателей красной крови проводился натощак. Hb определяли гемиглобинцианидным методом; подсчет эритроцитов проводили в счетной камере Горяева по стандартной методике; Ht определяли микрометодом в модификации Тодорова (1987); железо в сыворотке крови – калориметрическим методом с феррозином без депротеинизации («Фелисит», Днепропетровск).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе у здоровых беременных Hb составил 118,0±6,0 г/л; Ht – 0,37±0,03; эритроциты – 4,4±0,5х10¹²/л; железо – 14,9±6,1 моль/л.

До лечения в 1 и 2 клинических группах показатели Hb, Ht, эритроцитов и содержание железа в сыворотке крови достоверно не отличались между собой и составили соответственно: в 1 клинической группе: Hb – 80,0±6,0 г/л; Ht – 0,25±0,03; эритроциты – 2,8±0,6х10¹²/л; железо – 8,8±0,5 моль/л. Во 2 клинической группе: Hb – 79,0±7,0 г/л; Ht – 0,25±0,04;

эритроциты – 2,9±0,5х10¹²/л; железо – 8,7±0,5 моль/л. Через 1 неделю лечения у беременных 1 и 2 клинических групп отмечалась тенденция к повышению всех показателей, однако во 2 клинической группе эта тенденция была более выраженной.

Через 2 недели лечения во 2 клинической группе Hb повысился до 108,0±8,0 г/л; Ht – 0,36±0,02; эритроциты – 3,9±0,3х10¹²/л; железо – 10,2±0,6 моль/л. Таким образом, показатели красной крови достоверно не отличались от здоровых беременных (p<0,05).

В 1 клинической группе через 2 недели лечения Hb повысился до 95,0±4,0 г/л; Ht – 0,29±0,03; эритроциты – 3,6±0,3х10¹²/л; железо – 9,5±0,4 моль/л. Указанные данные свидетельствуют о более эффективной антианемической терапии во 2 клинической группе по сравнению с 1-ой.

Родоразрешение в обеих клинических группах проведено в сроке беременности 34-38 недель путем операции кесарева сечения. Кровопотеря во время операции у всех больных не превышала 800 мл. Все плоды были извлечены в состоянии по шкале Апгар 5-7 баллов. В послеоперационном периоде средние цифры Hb в 1 клинической группе составили 87,0±5,0 г/л; Ht – 0,28±0,03; эритроциты – 2,9±0,4х10¹²/л; железо – 9,1±0,2 моль/л. Во 2 клинической группе Hb – 99,0±4,0 г/л; Ht – 0,32±0,03; эритроциты – 3,8±0,3х10¹²/л; железо – 9,9±0,2 моль/л. Всем больным 1 клинической группы в послеоперационном периоде продолжалась антианемическая терапия. Во 2 клинической группе, учитывая анемию легкой степени, специфического медикаментозного лечения не проводилось. Все женщины были выписаны на 5-7 сутки в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, проведенное исследование показало, что включение в комплекс антианемической терапии у беременных с предлежанием плаценты и постгеморрагической анемией препаратов рекомбинантного эритропоэтина β приводит к более быстрому и выраженному повышению Hb, Ht и эритроцитов, что особенно важно перед проведением операции кесарева сечения, которая в большинстве случаев производится при этой патологии, может носить urgentный характер и усугублять имеющуюся анемию.

2. Кроме этого, в послеоперационном периоде показатели красной крови у женщин 2 клинической группы были значительно лучше по сравнению с 1 клинической группой и не требовали применения дополнительной антианемической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ариас Ф. Беременность и роды высокого риска / Ф. Ариас. – М : Медицина, 1989. – 654 с.
2. Лечение железодефицитных состояний у гинекологических больных / Е. М. Шифман, В. А. Бурлев, Е. Н. Коноводова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 7, Ч. 2. – С. 66–71.
3. Рекомбинантный эритропоэтин в предоперационном лечении анемии у женщин с миомой матки / В. А. Бурлев, Е. Н. Коноводова, А. С. Гаспаров [и др.] // Проблемы репродукции. – 2003. – № 5. – С. 23–27.
4. Effect of administering recombinant erythropoietin to women with postpartum anemia: a meta-analysis / A. C. Kotto-Kome, D. A. Calhoun, R. Montenegro [et al.] // J. Perinatol. – 2004. – Vol. 24, № 1. – P. 11–15.
5. Recombinant human erythropoietin in mildly anemic women before total hysterectomy / V. Dousias, E. Paraskevaïdis, N. Dalkalitsis [et al.] // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2003. – Vol. 30, № 4. – P. 235–238.