

©Л. Є. Лимар

СТУПІНЬ КРОВОВТРАТИ У ЖІНОК З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ (ДМК) РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ (ХГ) ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»
Кафедра акушерства та гінекології №1, м. Тернопіль, Україна*

СТУПІНЬ КРОВОВТРАТИ У ЖІНОК З ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ (ДМК) РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ (ХГ) ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ. Проблема дисфункціональних маткових кровотеч (ДМК) залишається актуальною, оскільки захворювання призводить до анемізації та втрати працездатності. Багатьма дослідженнями доведено, що ДМК часто зустрічаються у жінок з хронічними гепатитами, тому необхідно враховувати морфо-функціональний стан печінки при виборі комплексної терапії ДМК та постгеморагічної анемії. Ми вивчали результати клінічних, біохімічних та сонографічних досліджень у жінок з ДМК. Обстежено 60 жінок з ДМК, які страждають хронічними гепатитами (ХГ). Розроблена програма комплексного обстеження, патогенетичного лікування анемії при ДМК репродуктивного віку на тлі хронічних гепатитів.

СТЕПЕНЬ КРОВОПОТЕРИ У ЖЕНЩИН С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (ДМК) РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТА (ХГ) И ИХ КОРРЕКЦИЯ. Проблема дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК) остается актуальной, поскольку заболевание приводит к анемизации и потере трудоспособности. Многими исследованиями доказано, что ДМК часто встречаются у женщин с хроническими гепатитами, поэтому необходимо учитывать морфо-функциональное состояние печени при выборе комплексной терапии ДМК и постгеморрагической анемии. Мы изучали результаты клинических, биохимических и сонографических исследований у женщин с ДМК. Обследовано 60 женщин с ДМК, страдающих хроническими гепатитами (ХГ). Разработана программа комплексного обследования, патогенетического лечения анемии при ДМК репродуктивного возраста на фоне хронических гепатитов.

DEGREE OF BLOOD LOSS IN THE WOMEN WITH DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING (DUB) OF REPRODUCTIVE AGE AND CHRONIC HEPATITIS (CH). The problem of dysfunctional uterine bleeding (DUB) is relevant, because the disease leads to anemia and disability. Many studies have shown that DUB common in women with chronic hepatitis, so you need to take into account the morphological and functional state of the liver in the choice of adjuvant therapy DUB and hemorrhagic anemia. We studied the results of clinical, biochemical and sonographic studies in women with DUB. The study involved 60 women with DUB with chronic hepatitis (CH). The program comprehensive examination of pathogenetic treatment of anemia in DUB of reproductive age with chronic hepatitis.

Ключові слова: Дисфункціональні маткові кровотечі, хронічні гепатити, анемія.

Ключевые слова: Дисфункциональные маточные кровотечения, хронические гепатиты, анемия.

Key words: dysfunctional uterine bleeding, chronic hepatitis, anemia.

ВСТУП. Порушення менструальної функції у жінок репродуктивного віку, зокрема, ДМК займають вагому частку серед захворювань репродуктивної системи, зумовлюють серйозну проблему, оскільки призводять до анемії, втрати працездатності та погіршення якості життя молодих жінок, сягаючи за даними літератури 50–60 % [1–6]. Проведені численні дослідження цієї проблеми дали змогу досягти вагомих успіхів у лікуванні вказаної патології, але, незважаючи на значний арсенал лікарських засобів, проблема ДМК залишається актуальною, особливо при супутній патології печінки, яка обмежує вибір медикаментозних засобів лікування внаслідок їх негативного впливу на гепато-біліарну систему і не дозволяє досягти достатнього лікувального ефекту [1–6]. При багатьох захворюваннях печінки, зокрема, хронічних гепатитах (ХГ) для вибору терапії основного захворювання, ускладнень та супутньої патології велике значення має морфо-функціональний стан печінки. Визначення основних специфічних біомаркерів фібромаксу: рівня глюкози, загального холестерину, тригліцеридів, альфа-2-макроглобуліну, аполіпопротеїну А1, гаптоглобуліну, загальний білірубін, АСТ, АЛТ, ГГТ дають змогу дослідити порушення функції печінки та вибрати адекватне лікування. Анемію часто спричиняють захворювання печінки, три-

вали та рясні місячні. Водночас необхідно враховувати, що анемія, яка є ускладненням ДМК, усугубляє порушення функції печінки [2–5, 7–13].

Метою нашого дослідження було визначення ступеню крововтрати, його кореляцію з показниками гемоглобіном та фібромаксу при ДМК на тлі хронічних гепатитів та розробка методу ефективного лікування анемії у жінок із ДМК на тлі ХГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами обстежено 30 жінок з ДМК дітородного віку та ХГ, що увійшли до 1 групи, яким проводилась традиційна терапія, та 30 жінок 2 групи з аналогічною патологією, вони отримували лікування за запропонованою схемою. Контрольну групу склали 30 жінок соматично здорових жінок. Всім жінкам визначали показники гемоглобіну та фібромаксу. Традиційна терапія анемії проводилась симптоматичними засобами лише при маніфестації клінічних проявів супутнього захворювання [1, 4–10]. Запропонована нами терапія включала коензим-композитум 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень 10 ін'єкцій на курс, силібор 70 мг тричі на день протягом 1 місяця, галстену 2 рази на добу протягом 3 місяців та глоброн сироп (міжнародна та хімічна назва заліза (III) гідроксид полімальтозний комплекс). Кожні 5 мл препарату містять: заліза (III) гідроксид полімальтозний

комплекс (еквівалентно елементарному залізу) – 50 мг, призначався під час їжі по 2 чайні ложки тричі на день впродовж 1 місяця.

Всім пацієнткам проводилось клінічне обстеження, УЗД геніталій, органів черевної порожнини, лабораторне обстеження: клінічне дослідження крові, сечі. Визначали основні біомаркери фібромакса: рівень глюкози натще, загальний холестерин, тригліцериди, альфа-2-макроглобулін, аполіпопротеїн А1, гаптоглобулін, загальний білірубін, АСТ, АЛТ, ГГТ [12, 13].

Статистичну обробку отриманих даних виконано у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statistica.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах ($35,0 \pm 2,3$) і ($36,7 \pm 2,4$) роки, у контрольній – ($27,5 \pm 2,3$) роки. ХГ спостерігались від

3 до 10 років. В обох групах вказані захворювання були пропорційними. ДМК у жінок 1 групи спостерігались від 3 до 7 років, у жінок 2 групи від 2,5 до 6 років. Спостереження тривало протягом 1 року. Обстеження проводилось до лікування, після лікування та через 1 рік після лікування. Всі пацієнти консультовані гепатологом та гематологом. Терапія ВГ призначалась за рекомендаціями гепатолога.

Показники гемограми представлені в таблиці 1. Як свідчать отримані результати, у всіх жінок 1 та 2 групи спостерігалась постгеморагічна анемія. Симптоматична терапія, проведена пацієнткам 1 групи, дала позитивний ефект, але показники гемограми після лікування свідчать про наявність анемії. У пацієнток 2 групи, яким проводилось запропоноване лікування, результати гемограми вказують на достовірну різницю основних досліджуваних показників до і після лікування та відповідають показникам контрольної групи [1–5, 7–11].

Таблиця 1. Показники гемограми у жінок з ДМК дітородного віку

Показник	I група (n=30)		II група (n=30)		Контрольна група (n=30)
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
Залізо сироваткове (мкмоль/л)	$9,81 \pm 3,17$	$11,12 \pm 3,17$	$8,14 \pm 3,18$	$15,84 \pm 3,11^*$	$23,83 \pm 4,53$
Еритроцити (RBC) (10^{12} клітин/л)	$2,5 \pm 0,2$	$3,0 \pm 0,2^*$	$2,3 \pm 0,6$	$4,1 \pm 0,2^*$	$3,9 \pm 0,7$
Гемоглобін (HGB) (г/л)	82 ± 6	$94 \pm 4^*$	83 ± 5	$134 \pm 6^*$	132 ± 7
Кольоровий показник	$0,74 \pm 0,02$	$0,83 \pm 0,01^*$	$0,73 \pm 0,03$	$0,94 \pm 0,01^*$	$0,95 \pm 0,01$
Гематокрит (HCT) (%)	$30,1 \pm 2,1$	$33,5 \pm 3,3$	$29,7 \pm 3,6$	$39,1 \pm 3,1^*$	$39,8 \pm 5,1$
Середній вміст гемоглобіну в еритроциті (MCH) (пг)	$20,6 \pm 3,2$	$27,1 \pm 2,6^*$	$20,3 \pm 2,9$	$30,6 \pm 3,2^*$	$31,4 \pm 2,1$
Середня концентрація гемоглобіну в еритроциті (MCHC) (г/дл)	$24,3 \pm 1,9$	$32,3 \pm 1,1^*$	$23,2 \pm 1,4$	$34,3 \pm 1,6^*$	$34,0 \pm 1,3$
Тромбоцити (PLT) (10^9 клітин/л)	212 ± 231	254 ± 22	224 ± 43	274 ± 41	290 ± 36
Тромбоцит (PCT) (%)	$0,29 \pm 0,03$	$0,31 \pm 0,05$	$0,29 \pm 0,04$	$0,32 \pm 0,07$	$0,32 \pm 0,05$
Нейтрофіли (на 100 лейкоцитів) (%)	$79,9 \pm 2,1$	$65,7 \pm 3,1$	$78,4 \pm 3,2$	$67,9 \pm 3,6$	$67,4 \pm 4,2$
Нейтрофіли (абс.) (10^9 клітин/л)	$5,27 \pm 1,16$	$4,11 \pm 1,03$	$5,11 \pm 1,27$	$4,41 \pm 1,82$	$4,56 \pm 2,13$
Лімфоцити (на 100 лейкоцитів) (%)	$18,9 \pm 3,6$	$21,3 \pm 3,1$	$19,2 \pm 2,4$	$21,9 \pm 3,2$	$23,9 \pm 3,7$
Лімфоцити (абс.) (10^9 клітин/л)	$1,12 \pm 0,04$	$1,33 \pm 0,11$	$1,22 \pm 0,17$	$1,42 \pm 0,14$	$1,68 \pm 0,74$
Моноцити (на 100 лейкоцитів) (%)	$2,4 \pm 1,2$	$4,7 \pm 1,3$	$2,7 \pm 1,2$	$5,4 \pm 1,9$	$6,3 \pm 1,6$
Моноцити (абс.) (10^9 клітин/л)	$0,25 \pm 0,10$	$0,33 \pm 0,16$	$0,275 \pm 0,12$	$0,35 \pm 0,11$	$0,42 \pm 0,22$
Еозинофіли (на 100 лейкоцитів) (%)	$4,9 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,6$	$4,8 \pm 0,7$	$4,2 \pm 0,9$	$4,5 \pm 0,5$
Еозинофіли (абс.) (10^9 клітин/л)	$0,37 \pm 0,04$	$0,29 \pm 0,09$	$0,36 \pm 0,09$	$0,27 \pm 0,07$	$0,31 \pm 0,07$
Базофіли (на 100 лейкоцитів) (%)	$0,5 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1$
Базофіли (абс.) (10^9 клітин/л)	$0,03 \pm 0,05$	$0,04 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,03$	$0,04 \pm 0,01$	$0,05 \pm 0,01$

Примітка.* – достовірність порівняння із показниками до лікування ($p < 0,05$).

Біохімічні дослідження у жінок 1 групи показали наступні результати: загальний білок ($50,7 \pm 2,3$) г/л, альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1:1,8. Після лікування білок склав ($68,4 \pm 5,7$) г/л, альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1,6:1. У пацієнток 2 групи до лікування загальний білок становив ($51,6 \pm 2,8$) г/л, причому, альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1,5:1. Після лікування показники білка підвищились до ($69,6 \pm 3,2$) г/л та альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 2:1. Дані результати свідчать про ефективність лікування в обох групах, проте запропонова-

на терапія швидше нормалізує альбуміново-глобуліновий коефіцієнт.

Дослідження показників фібромакса проводилось у жінок з ДМК 1 і 2 групи при загостренні ХГ до і після лікування. Отримані результати засвідчили прямий корелятивний зв'язок загострення ХГ та підвищення досліджуваних показників. У жінок з важким ступенем анемії показники фібромакса тривалий час залишались підвищеними у порівнянні з контрольною групою. Важливо відзначити, що у цієї групи пацієнток при однаковому об'ємі крововтрати спостерігався

більш виражений ступінь анемії, а лікування анемії було менш ефективним у порівнянні з 2 групою, де застосовувалась комплексна терапія. Результати наших досліджень відповідають даним літератури [2-9, 12, 13].

ВИСНОВКИ. 1. Результати проведених нами досліджень виявили зміни показників гемограми та фібромакса, які свідчать про більш важкий ступінь анемії при загостренні ХГ при однаковому ступені крововтрати.

2. Розробка комплексного патогенетичного лікування з урахуванням показників гемограми та фібромакса дає змогу отримати стійку нормалізацію показників гемограми.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Плануємо продовження дослідження інших ланок патогенезу ДМК та їх ускладнень з метою оптимізації лікування та попередження рецидивів захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дубоссарская З. М. Теория и практика гинекологической эндокринологии. - Днепропетровск, 2005. - 409 с.
2. Ильченко Л. Ю., Якимчук Г. Н. Хронические вирусные гепатиты: перспективы и достижения. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2007. № 2. - С. 34-38.
3. Кузьмин В. Н., Малышев Н. А., Вишневский Е. Ф. Особенности течения беременности и родов у женщин с вирусным гепатитом С // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение № 18. - 2003. - № 1. - 10 с.
4. Радченко В. Г., Шабров А. В., Зиновьева Е. Н. Основы клинической гепатологии. - Санкт-Петербург, 2005. - 860 с.
5. Татарчук Т. Ф., Захаренко Н. Ф., Бодрягова О. И. Возможность применения антигомотоксических препаратов при лечении эндометриоза. // Перспективы використання антигомотоксичних препаратів в комплексному лікуванні захворювань уrogenітальної патології. Тези доп. наук.-практ. симп. - К. 2001. С. 26-28.
6. Татарчук Т. Ф., Сольский Я. П. Эндокринная гинекология. - Киев, 2003. - 304 с.
7. Гайдукова С. М. Міжнародний симпозиум "Епідеміологія залізодефіцитних станів, методи їх лікування та профілактики". - Київ, 2003.
8. Левина А. А., Цветаєва Н. В., Колошейнова Т. И. Клинические, биохимические и социальные аспекты железодефицитной анемии // Гематология и трансфузиология. - 2001. - № 3. - С. 51-55.
9. Никитин Е. Н., Корепанов А. М. Опыт применения различных железосодержащих препаратов для лечения железодефицитных анемий // Проблемы гематологии и переливания крови. - 2000. - № 2. - С. 52-55.
10. Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні. Наказ № 620. Київ, 2003.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія". Наказ № 647. Київ, 2010.
12. Imbert-Bismut F., Ratziu V., Pieroni L., Charlotte F., Benhamou Y., Poynard T. Biochemical markers of liver fibrosis in patients with hepatitis C virus infection : a prospective study. Lancet, 2001, 357, 9262, 1069-1075.
13. Neoptolemos J. P., Bhutani M. S. Fast fact: Diseases of the pancreas and biliary tract. Oxford: Health Press, 2006. P. 112-117.

Отримано 16.01.14