

3. Зворотню динаміку змін ППК та аортального кровотоку плода можна вважати додатковим доплерометричним критерієм наявності у нього ДФ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авраменко Т.В. Перинатальна смертність при цукровому діабеті / Т.В.Авраменко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. - №4 (404). – С.72-76.
2. Маркін Л.Б., Шатилович К.Л. Моніторинг матково-плацентарно-плодового кровообігу при ускладненому перебігу гестаційного процесу / Л.Б.Маркін, К.Л.Шатилович // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2010. – №4 (72). – С.184-188.
3. Ордынський В.Ф., Постникова Н.А., Макаров О.В. Особенности маточно-плацентарного артериального кровотока у беременных, больных сахарным диабетом, в зависимости от характера его течения во время беременности / В.Ф.Ордынський, Н.А.Постникова, О.В.Макаров // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. - №3. – С.21-28.
4. Doppler Parameters Predicting Fetal Heart Rate Abnormalities in Diabetic Pregnancies / M.Pawelec, A.Karmowski, J.Krzemieniewska et al. // Adv Clin Exp Med. – 2009. Vol. 18 (5). - P. 481-486.
5. Manning F.A. Fetal biophysical profile / F.A. Manning // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. – 1999. – №26. – P. 557-577.
6. Mechanical Properties of Large Arteries in Mother and Fetus during Normal and Diabetic Pregnancy / J.Hu, A.Bjorklund, M.Nyman, G.Gennser // J Matern Fetal Invest. – 1998. – Vol. 8. –P. 185-193.

УДК 618.14-005.1-08-039.76:618.3-06-005.4

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У РОДИЛЬНИЦ С ГЕСТАЦИОННОЙ АНЕМИЕЙ

ЩЕРБИНА И.Н., ЛИПКО О.П., ПОТАПОВА Л.В.

г. Харьков

Многочисленными исследованиями доказана роль анемии как фактора, увеличивающего вероятность нарушений в системе гемостаза и изменяющего толерантность к кровопотере в родах [1].

В настоящее время в арсенале врачей акушеров-гинекологов имеется огромное количество различных антианемических препаратов. Однако, проведение антианемической терапии препаратами железа требует длительности не всегда имеет выраженный терапевтический эффект, а в ряде случаев плохо переносится больными. В ситуациях, требующих гемотрансфузии, у врачей возникают определенные сложности, связанные с их осложнениями.

В последние годы в литературе появились данные об использовании рекомбинантных эритропоэтинов для лечения анемии при соматических и гинекологических заболеваниях [2,3,4,5]. Эритропоэтин стимулирует пролиферацию и дифференцировку эритроидных клеток в зрелые эритроциты, действует на поздние предшественники эритроцитов, является фактором терминальной дифференцировки эритроидных клеток (на уровне бурсообразующей, колониообразующей эритроидной единицы, далее на уровне проэритробласта, эритробласта и ретикулоцита) [4,5]. Эритропоэтин восстанавливает физиологический эритропоэз, увеличивает число эритроцитов, ретикулоцитов, активирует синтез гема, увеличивает гематокрит и содержание гемоглобина в крови [2].

Целью работы явилось изучение влияния эритропоэтина на течение анемии у родильниц, перенесших кровотечения в родах и имевших предшествующую гестационную анемию, что даст возможность оптимизировать реабилитационные мероприятия.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 158 родильниц, у которых на фоне гестационной анемии развилась постгеморрагическая анемия. По этиологическому фактору гестационные анемии разделились следующим образом: у 56 (35 %) подтверждена железодефицитная анемия; у 52 (32 %) больных – В₁₂-дефицитная, у 50 (31 %) – фолиеводефицитная. По степени тяжести все анемии были средней тяжести. Средний возраст пациенток составил $23,8 \pm 2,4$ года.

Основными причинами, которые привели к кровопотере и послеродовой постгеморрагической анемии были разрывы шейки матки и влагалища (23 %), дефекты дольки плаценты (15 %), гипотония матки (17 %), интимное прикрепление плаценты (9 %), а также сочетание двух и больше причин (36 %). У всех обследованных женщин роды проведены через естественные родовые пути.

По оценке соматического статуса у 71 (45 %) больных имел место хронический гастрит или гастродуоденит, у 55 (35 %) - хронический холецистит, у 32 (20 %) - аутоиммунный тиреоидит. В зависимости от метода лечения все обследованные были разделены на 5 клинических групп: I клиническую группу составили 31 (19,6%) родильница с железодефицитной анемией, которые получали 200 мг сульфата железа (Fe²⁺) в сутки перорально. II клиническую группу составили 32 (20,2%) родильницы с В₁₂-дефицитной анемией, которым для лечения назначали цианокобаламин 1000 мкг внутримышечно 1 раз в неделю в течение 5-6 недель. В III клиническую группу вошло 30 (19,0 %) родильниц с фолиеводефицитной гестационной анемией, получавших фолиевую кислоту 1-5 мг в сутки. IV клинической группе – 35 (22,2 %) родильниц, независимо от вида анемии, в комплекс лечения был включен рекомбинантный эритропоэтин β. V контрольную группу составили 30 (19,0 %) родильниц с физиологическим течением послеродового периода.

На фоне терапии рекомбинантным эритропоэтином β ежедневно проводили контроль АД, оценивали жалобы и объективные данные, возможные в случае побочного действия препарата: гриппоподобный синдром и аллергические реакции.

Рекомбинантный эритропоэтин β (рекормон) назначался в дозе 2 тыс. ЕД подкожно 2 раза в неделю в течение 2-х недель. Контроль уровня Нв, Нт, 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. Нв – определяли гемиглобинцианидным методом; подсчет эритроцитов проводили в счетной камере Горяева по стандартной методике; Нт определяли микрометодом в модификации Тодорова (1987); железо в сыворотке крови – колориметрическим методом с феррозином без депротенизации («Фелисит», Днепропетровск). Показатель определяли до начала терапии, в течение 2 недель один раз в неделю на фоне и после окончания лечения.

Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с использованием программы «Statistica» (версия 6.0). Достоверность различий оценивали с использованием критерия Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

В V контрольной группе у родильниц с физиологическим течением послеродового периода Нв составил $120 \pm 2,2$ г/л; Нт – $0,37 \pm 0,03$; эритроциты – $4,5 \pm 0,5 \times 10^{12}$ /л; железо – $14,9 \pm 1,1$ моль/л.

До лечения во всех клинических группах показатели Нв, Нт, эритроцитов и содержание железа в сыворотке крови достоверно не отличались между собой и составили соответственно: в I клинической группе – Нв – $88,6 \pm 1,9$ г/л; Нт – $0,25 \pm 0,03$; эритроциты – $2,9 \pm 0,6 \times 10^{12}$ /л; железо – $8,9 \pm 0,5$ мкмоль/л. Во II клинической группе - Нв – $86,8 \pm 1,9$ г/л; Нт – $0,26 \pm 0,04$; эритроциты – $2,8 \pm 0,5 \times 10^{12}$ /л; железо – $12,5 \pm 0,5$ мкмоль/л. В III груп-

пе - Нв – $89,6 \pm 1,8$ г/л; Нт – $0,27 \pm 0,02$; еритроциты – $2,7 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л; железо – $13,1 \pm 0,5$ мкмоль/л. В IV группе - Нв – $87,5 \pm 1,8$ г/л; Нт – $0,25 \pm 0,04$; эритроциты – $2,8 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л; железо – $9,2 \pm 0,6$ мкмоль/л. Через 1 неделю лечения у родильниц 1, 2 и 3 клинических групп отмечалась тенденция к повышению всех показателей, однако, в 4 клинической группе эта тенденция была более выраженной.

Через 2 недели лечения в IV клинической группе Нв повысился до $110 \pm 7,0$ г/л; Нт – $0,36 \pm 0,02$; эритроциты – $3,9 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л; железо – $13,4 \pm 1,6$ мкмоль/л. Таким образом, показатели красной крови достоверно не отличались от родильниц с физиологическим течением послеродового периода ($p = 0,05$). В I клинической группе через 2 недели лечения Нв повысился до $98,4 \pm 1,8$ г/л; Нт – $0,30 \pm 0,03$; эритроциты – $3,5 \pm 0,3 \times 10^{12}$ /л; железо – $9,5 \pm 0,4$ мкмоль/л. Во II и III клинических группах гемоглобин повысился до $102 \pm 1,8$ г/л, Нт – $0,34 \pm 0,02$; эритроциты – $3,4 \pm 0,4 \times 10^{12}$ /л; железо – $14,5 \pm 1,1$ мкмоль/л. Указанные данные свидетельствуют о более эффективной антианемической терапии в IV клинической группе по сравнению с другими группами.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование показало, что включение в комплекс антианемической терапии у родильниц с постгеморрагической анемией препаратов рекомбинантного эритропоэтина β приводит к более быстрому и выраженному повышению Нв, Нт и эритроцитов, что особенно важно для успешной послеродовой реабилитации.

Кроме этого, в послеродовом периоде показатели красной крови у женщин 4 клинической группы были значительно лучше по сравнению с другими клиническими группами и не требовали применения дополнительной антианемической терапии.

ЛІТЕРАТУРА

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

УДК: 618.177-089.888.11-074-085.357:612.015.11

ВПЛИВ ОКИСЛЮВАЛЬНОГО СТРЕСУ НА ДОЗРІВАННЯ ООЦИТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ МЕТОДИК ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

ЩЕРБИНА М.О., ГРАДІЛЬ О.Г.

м. Харків

Поширення безпліддя серед жіночого населення обумовлює необхідність вдосконалення методик допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), основним і невід'ємним етапом котрого є контрольована оваріальна