

УДК 616.155.294

Абдувахонова Н.Р.

*Кафедра госпитальной терапии и эндокринологии
Андижанский государственный медицинский институт*

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

Резюме: Несмотря на повышенный интерес врачей к решению проблем железодефицитной анемии (ЖДА) и железодефицитных заболеваний, эта нозология является наиболее распространенной патологией в мире даже после респираторных вирусных инфекций.

В настоящее время ЖДА признана универсальным "междисциплинарным" клиническим и лабораторным феноменом, с которым сталкиваются врачи всех специальностей.

В данной статье представлены меры по эффективному лечению вышеуказанных заболеваний современными методами.

Ключевые слова: постгеморрагическая анемия, тромбоцитопения, способ лечения.

Абдувахонова Н. Р.

*Госпитал терапия ва Эндокринология кафедраси
Андижон Давлат Тиббиёт Институти*

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ БИЛАН ПОСТГЕМОМРАГИК АНЕМИЯНИ ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛЛАРИ

Резюме: Шифокорларнинг темир танқислиги анемияси (ТТА) ва темир танқислиги касалликлари муаммоларини ҳал қилишга қизиқиши ортганига қарамай, бу нозология респиратор вирусли инфекциялардан кейин ҳам дунёдаги энг кенг тарқалган патология ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ТТА барча мутахассисликлар шифокорлари дуч келадиган универсал "фанлараро" клиник ва лаборатория ҳодисаси эканлиги тан олинган.

Ушбу мақолада юқорида таъкидланган касалликларнинг замонавий усулларда самарали даволаш чора-тадбирлари келтирилган.

Калит сўзлар: пост-геморрагик анемия, тромбоцитопения, даволаш усули.

Abduvakhapova N.R.

Department of Hospital Therapy and Endocrinology

Andijan State Medical Institute

EFFECTIVE METHODS OF TREATMENT OF POSTHEMORRHAGIC ANEMIA WITH THROMBOCYTOPENIA

Resume: Despite the increased interest of doctors in solving the problems of iron deficiency anemia (TTA) and iron deficiency diseases, this nosology is the most common pathology in the world even after respiratory viral infections.

Currently, TTA is recognized as a universal "interdisciplinary" clinical and laboratory phenomenon faced by doctors of all specialties.

This article presents measures for the effective treatment of the above diseases by modern methods.

Key words: posthemorrhagic anemia, thrombocytopenia, method of treatment.

Актуальность. При успешном консервативном лечении на фоне первичного эндоскопического гемостаза и отсутствии рецидивов в ранние (до 5 сут.) и поздние сроки актуальным является восстановление гемостазиологических показателей крови, которые влияют на сроки заживления и качество рубцевания язвенного дефекта. Особенно важно это у тех пациентов, у которых язвенное ЖКК появляется на фоне хронической анемии или другой патологии [1,4,7]. Активность регенерации слизистой при язвенных поражениях зависит от транспорта кислорода к тканям эритроцитами. Ведущим патогенетическим звеном постгеморрагических анемий является уменьшение общего объема крови,

особенно ее циркулирующей фракции, что ведет к гипоксии, сдвигам кислотно–основного состояния, дисбалансу ионов в клетках и вне их.

В зависимости от скорости кровопотери выделяют острую и хроническую постгеморрагические анемии [2,6].

Наблюдения за пациентами показывают, что анемия, связанная с кровопотерей, выявляется не сразу, а спустя день–два, когда возникает гидремическая фаза компенсации кровопотери, выражающаяся в обильном поступлении в кровеносную систему тканевой жидкости (лимфы), в результате чего в сосудистом русле циркулирует первоначальный объем. Эта фаза длится несколько дней в зависимости от величины кровопотери, и наблюдается прогрессирующее равномерное снижение показателей красной крови — гемоглобина и эритроцитов без снижения цветового показателя. Анемия носит нормохромный характер. Спустя 4–5 дней после кровопотери в крови появляются в большом количестве образованные в костном мозгу эритроциты и ретикулоциты [3,7]. Это костномозговая фаза компенсации анемии [4]. Сроки восстановления нормальной картины крови после однократной или многократной кровопотери различны, зависят от величины кровопотери, индивидуальных особенностей организма, регенераторной способности костного мозга и содержания железа в организме [5,8].

Таким образом, при выполнении первичного гемостаза любым способом (как при консервативном лечении, так и после хирургического вмешательства) требуется применение компонентов крови и кровезаменителей в ближайшие сроки после остановки кровотечения. После компенсации объема потерянной крови за счет жидкости необходима коррекция качественного состава циркулирующей крови за счет полноценных компонентов – эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов. Поэтому в процессе лечения постгеморрагической анемии используют препараты железа, витамины группы В и другие средства, стимулирующие

гемопоз. Отсюда целью нашей работы являлся анализ использования в лечении анемии при язвенных кровопотерях кровезаменителей и различных препаратов железа.

Цель исследования. Оценить диагностическое и прогностическое значение нарушений периферического звена эритрона а патогенезе геморрагического синдрома у больных тромбоцитопениями.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 70 пациентов. Из них 50 – ЖДА с тромбоцитопениями. 20 наблюдаемых составили группу контроля ЖДА различной этиологии.

Результаты исследования. Синдром анемии выявляется у 35,5% больных геморрагическими гемостазиопатиями. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, геморрагических тромбоцитопатиях, геморрагическом васкулите, гемофилии преобладает хроническая анемия умеренной степени тяжести. При наследственной геморрагической телеанпектазии встречается анемический синдром преимущественно тяжелой степени. Железодифцитное состояние выявляется у 25% пациентов, из них у 34% - латентный дефицит железа. Основными формами анемии при геморрагических гемостазиопатиях являются железодифцитная анемия (46,5%) и анемия хронических заболеваний (46,5%), у 2,8% больных диагностируется апластическая анемия, у 2,8% - сочетание дефицита железа и витамина В₁₂, у 1,4% - В₁₂-дефицитная анемия.

У больных геморрагическими гемостазиопатиями при отсутствии анемии отмечается тенденция к снижению цветового показателя и гематокрита, что свидетельствует об истощении компенсаторных возможностей эритроцитарной системы.

Гемостазиопатии в сочетании с анемией протекают тяжелее, увеличиваются выраженность и продолжительность геморрагического синдрома.

Тяжесть клинических симптомов у больных геморрагическими гемостазиопатиями с анемическим синдромом обусловлена угнетением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, большей активностью фибринолиза и гипокоагуляционными сдвигами плазменного звена в виде удлинения активированного времени рскальцификации и активированного парциального тромбопластнного времени. Выявленные нарушения прогрессируют по мере нарастания степени тяжести анемии.

Анализ интегральных показателей на математических моделях выявил интенсивное отклонение и неполное восстановление эритроцитарной системы у большинства больных, страдающих геморрагическими гемостазиопатиями.

Анализ коэффициентов влияния и результаты клинического исследования позволили выявить наиболее информативные тесты для диагностики нарушений системы эритрона у больных геморрагическими гемостазиопатиями, к которым следует отнести гематокрит, цветовой показатель, средний объем эритроцитов, сывороточное железо и сывороточный ферритин.

Результаты корреляционного анализа системы эритрона и гемостаза у лиц, страдающих геморрагическими гемостазиопатиями, показали наличие сильной зависимости показателей гемостаза, преимущественно тромбоцитарного, с уровнем сывороточного ферритина.

Вывод. Лечение ЖДА, ЖДС, поддерживающая терапия, профилактические мероприятия могут осуществляться любыми лекарственными формами, что обеспечивает высокий комплаенс к проводимой терапии. Также возможен переход с одной лекарственной формы на другую.

Отсутствие зависимости от приема пищи является важным аспектом во время лечения не только у беременных женщин, но и в послеоперационном периоде у гинекологических больных. Кроме того, у

данного лекарства есть преимущество и с точки зрения безопасности его хранения в доме, где есть дети.

Таким образом, принимая во внимание хорошую переносимость, низкую токсичность и высокую степень утилизации неионизированного, макромолекулярного, водорастворимого железа из ГПК у больных анемией, можно считать его оптимальным препаратом для лечения различных железодефицитных состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Острые гастродуоденальные язвенные кровотечения: от стратегических концепций к лечебной тактике. – М., 2005. – 350 с.

2. Рецидивные язвенные желудочно–кишечные кровотечения. / Багненко С.Ф., Мусинов И.М., Курьгин А.А., Синенченко Г.И. – СПб: Невский диалект, 2009. – 256 с.

3. Gluz A.M., Luzgin A.B., Rumiantsev G.V., Shvetsova V.R. Correction of anemia in the early postoperative period in patients with acute gastrointestinal hemorrhage // *Klin Khir.* 1989; (10):76.

4. Desiaterik VI [Correction of posthemorrhagic syndrome in patients with peptic gastrointestinal hemorrhage] // *Klin Khir.* 1996;(8):7–8.

5. Barkun A.N., Bardou M., Kuipers E.J, Sung J. et al. International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. // *Ann Intern Med.* 2010;152:101–113.

6. Gralnek I.M., Barkun A.N., Bardou M.. Management of Acute Bleeding from a Peptic Ulcer. // *N. Engl J Med* 2008;359:928–37.

7. Lyseng–Williamson K.A., Keating G.M. Review Ferric carboxymaltose: a review of its use in iron–deficiency anaemia // *Drugs.* 2009; 69(6):739–56.

8. Qunibi W.Y. Review The efficacy and safety of current intravenous iron preparations for the management of iron–deficiency anaemia: a review. *Arzneimittelforschung*. 2010; 60(6a):399–412.