

УДК 616.33/.342-002.4-06:616-005.1]-089:616.155.194-036.11-08:611-018:611-013

Ю.М. Степанов, В.И. Залевский, С.В. Косинская, Азіз Аль Хельм

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

Днепропетровская государственная медицинская академия

Представлены методы интенсивной терапии железодефицитной анемии вследствие острых и хронических кровотечений в желудочно-кишечный тракт. При тяжелых и сверхтяжелых анемиях рекомендовано в/венное введение препаратов железа в сочетании с эритропоезином. При этом необходим полноценный лабораторный контроль на этапах лечения анемии.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, анемия, лечение.

Несмотря на заметные достижения в последние 2 десятилетия в диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения, желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) остаются актуальной и непростой проблемой как в диагностике, так и в лечении. Они требуют не только принятия энергичных мер, направленных на остановку кровотечения и стабилизацию гемодинамики, но и необходимости дальнейшей терапии, направленной на восстановление оксигенации тканей и лечения тех заболеваний, которые являются причиной кровотечения. Такой подход позволяет не только сохранить жизнь пациенту, но и восстановить качество его жизни [1, 3, 11].

ЖКК проявляются в виде острых кровотечений, обусловленных эрозивно-язвенными поражениями желудка, портальной гипертензией, опухолями и др. заболеваниями, или хроническими (малыми) продолжительными геморрагиями (язвенный колит, болезнь Крона, различные мальформации сосудов желудочно-кишечного тракта и др.). Острые ЖКК характеризуются быстрым развитием гемодинамических нарушений вплоть до возникновения геморрагического шока различной тяжести и возможным развитием ДВС-синдромом. Человек может погибнуть с уровнем гемоглобина в крови 80 г/л. Проведение гемостатической терапии, использование малоинвазивных мероприятий по гемостазу при помощи современных эндоскопических и других технических средств и, наконец, хирургических вмешательств, параллельно с энергичным восстановлением гемодинамики путем проведения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии с использованием растворов гидроксиметилкрахмала, реосорбилакта, декстра-

нов, кристаллоидов и препаратов крови приводит к восстановлению ОЦК и стабилизации состояния больных. Однако, это сопровождается быстрым снижением уровня Hb крови (разведение), что ухудшает оксигенацию тканей и особенно чувствительных к ней тканей мозга и сердца. Это требует интенсивного лечения железодефицитной анемии [1, 4].

Хронические малые кровотечения отличаются продолжительностью кровотечения, проявляющегося постепенным развитием анемии, когда кровопотеря не превышает 500 мл в сутки, т. е. ОЦК успевает восстанавливаться за счет поступления в кровеносное русло до 600 мл интерстициальной жидкости. [5, 8]. При такой ситуации предупреждается развитие гемодинамических нарушений, даже при снижении уровня Hb до 30 г/л. Однако, она сопровождается признаками недостаточности обеспечения тканей кислородом, особенно головного мозга и сердца. Такие кровотечения обычно продолжительные, периодически прекращаются, а затем рецидивируют. Не всегда терапевтические мероприятия позволяют добиться устойчивого гемостаза, т.к. хроническое течение язвенного колита, болезни Крона сопровождается появлением новых участков изъязвлений. Поэтому восстановление уровня Hb крови является обязательным мероприятием наряду с проведением специфического лечения этих заболеваний. Использование трансфузии отмытых эритроцитов дает непродолжительное увеличение уровня Hb крови. Кроме того, чревато осложнениями, характерными для повторных введений препаратов крови [9, 11].

Общепринятое лечение железодефицитных анемий (см. рис.) пероральным приемом

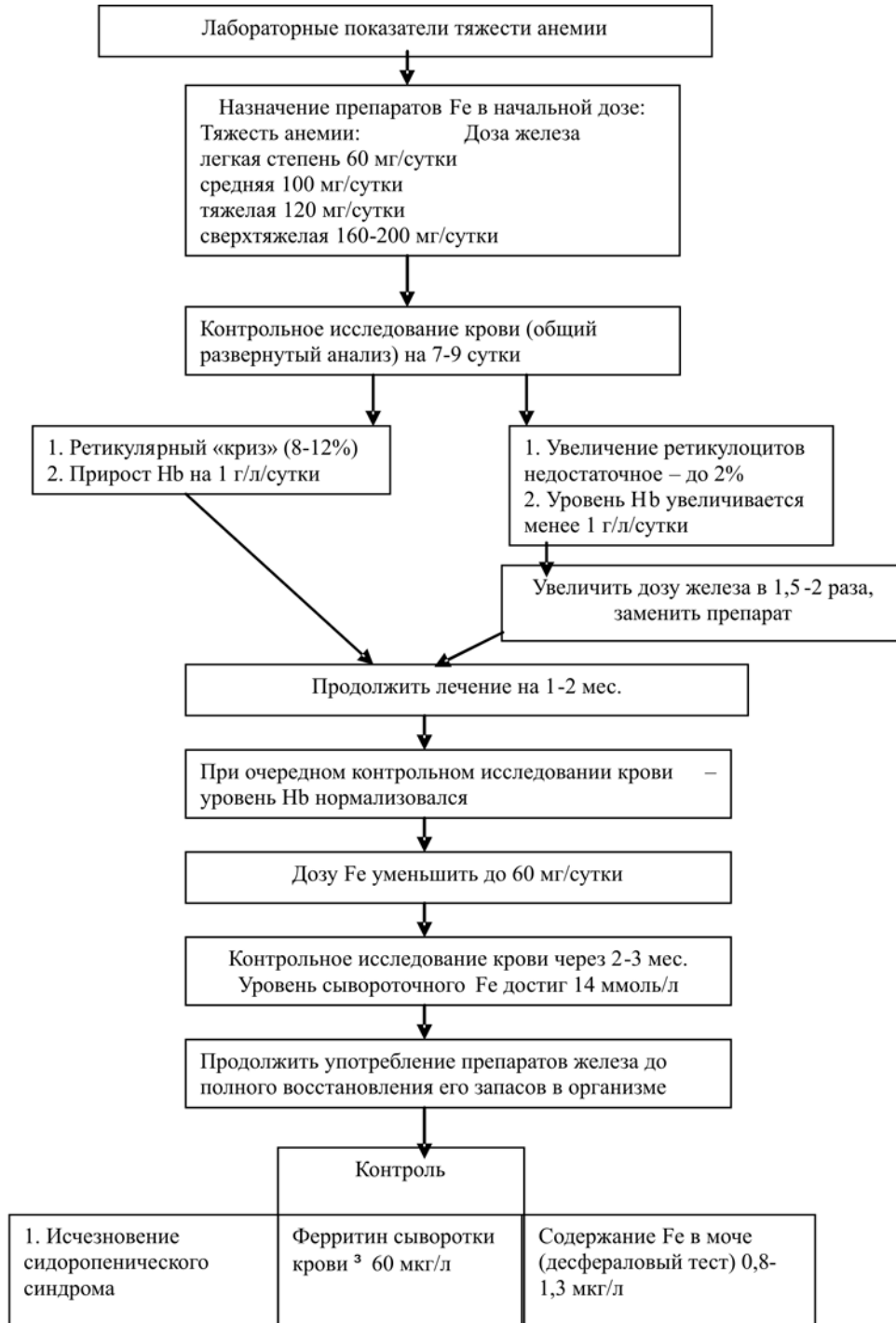


Рис. Алгоритм лечения железодефицитной анемии

препаратов железа при описанных выше кровотечениях, сопровождающихся низким уровнем Hb, не всегда достаточно эффективно и носит затяжной характер, что на длительное время заметно ухудшает качество жизни больных. При большой кровопотере, дающей тяжелую и сверхтяжелую железодефицитную анемию, а также при любой степени анемии,

если она сочетается с синдромом мальабсорбции или другими поражениями желудочно-кишечного тракта, применением ингибиторов протонной помпы, которые сопровождаются нарушением всасывания железа или плохой его переносимостью, препарат железа вводится в/венно [2, 8].

При этом суточная доза его не должна пре-

вышать 100 мг. Для предупреждения анафилактических реакций используют сахарат железа (феррум-лек, ферролек, ферковен, ферлецит). Необходимо учитывать, что даже медленное внутривенное введение не обеспечивает полного связывания железа. Поэтому часть препарата железа распространяется в крови в не связанном виде. Он может оказать токсическое действие на печень, поджелудочную железу, гонады и т.п., а также частично поглощается фагоцитирующими макрофагами. Парентеральное введение железа может вызвать флебиты, абсцессы, аллергические реакции (анафилактический шок, ознобы, артралгию, крапивницу), стенокардию, гипотонию, а передозировка препарата – гемосидероз с поражением печени, миокарда, почек, надпочечников, поджелудочной железы и др. Поэтому парентеральное введение железа производится тогда, когда невозможно провести полноценную пероральную терапию или уровень гемоглобина крови ниже 80 г/л. [2, 8, 13].

В последние годы с появлением эритропоэтина опасность осложнений заметно уменьшилась, а также ускорился процесс образования эритроцитов в костном мозге. Эритропоэтин относится к семейству цитокинов. Он действует на клетки-предшественники эритропоэза, находящиеся в костном мозге. Наиболее выраженное действие препарат оказывает на начальные эритроидные клетки – предшественники, менее выраженное – на их потомки, т.е. на морфологически индентифицируемые молодые эритроидные элементы, вызывая их созревание и дифференцировку. На зрелые эритроциты эритропоэтин не действует [8, 9, 13].

В лечении используют рекомбинантные препараты: рекормон, неокормон, эпобиокрин, мирцеру и др. При железодефицитной постгеморрагической анемии применение препаратов эритропоэтина рекомендуется проводить при уровне гемоглобина в крови ≤ 100 г/л или гематокрита ниже 30% в дозе 125 МЕ подкожно 1 раз в неделю в течение 4 недель. При постгеморрагической анемии у пациентов с хронической почечной недостаточностью доза препарата составляет 20 МЕ/кг 3 раза в неделю или 60 МЕ/кг 1 раз в неделю. При отсутствии эффекта дозу постепенно повышают до получения эффекта, но не более 720 МЕ/кг в неделю [Европейские рекомендации, 1999].

Включение эритропоэтина в терапию анемии позволяет ежедневно увеличить производство гемоглобина до 2 г/л и более, что приводит к более высокому расходу железа, дефициту кислоты, витамина В₁₂, что необходимо соответствующим образом учитывать при проведении терапии. Это также отражается на уровне сывороточного ферритина и уменьшает сатурацию трансферрина. Поэтому лечение должно контролироваться определением уровня сывороточного ферритина и насыщения железом трансферрина. При снижении ферритина менее 100 мкг/мл, а трансферрина менее 20% необходимо пероральный прием железа увеличить в дозе до 200-300 мг/сутки или вводить внутривенно по 100 мг/сутки [6, 10, 12].

По достижению уровня гемоглобина крови 100-110 г/л с внутривенного введения железа переходят на пероральный прием в дозе 60 мг/сутки после острого кровотечения и в дозе 100 мг/сутки при хроническом кровотечении. Прием его продолжается еще в течение 3-6 месяцев до полного восстановления его запасов в организме.

Критериями эффективности лечения анемии являются: исчезновение сидеропенического синдрома, достижение уровня гемоглобина крови у мужчин ≥ 130 г/л, у женщин ≥ 120 г/л, содержания железа в сыворотке крови ≥ 140 ммоль/л, ферритина ≥ 160 мкг/л, выделение железа с мочой 0,5-1,3 мкг/л.

Таким образом, лечение железодефицитной анемии вследствие ЖКК должно проводиться интенсивно, энергично с широким применением внутривенного введения препаратов железа, особенно при тяжелых и сверхтяжелых анемиях, а также хронических кровопотерях, особенно при нарушении всасывания железа в кишечнике. При этом введение железа лучше сочетать с применением препаратов эритропоэтина с обязательным лабораторным контролем, не только уровня гемоглобина и железа в крови, но и с определением сывороточного ферритина и насыщения железом трансферрина.

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ ВНАСЛІД- ДОК ШЛУНКОВО-КИШЕЧНОЇ КРОВО- ТЕЧІ, ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ЛІКУВАННЯ

Ю.М. Степанов, В.І. Залевський, С.В. Косинська,
Азіз Аль Хельм

Представлені методи інтенсивної терапії залізодефіцитної анемії внаслідок гострих та хронічних кровотеч в шлунково-кишковій тракт. При тяжких та зверх тяжких анеміях рекомендовано в/венозне введення препаратів заліза в сполученні з еритропоєтином. При цьому необхідний повноцінний контроль на етапах лікування анемії.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, анемія, лікування.

IRON-DEFICIENT ANEMIA DUE TO GAS- TROINTESTINAL HEMORRHAGE, PE- CULIARITIES OF ITS TREATMENT

Y.M. Stepanov, V.I. Zalevskiy, S.V. Kosynska,
Aziz Al Helm

The article presents the methods of intensive therapy of iron-deficient anemia due to acute and chronic hemorrhages in gastrointestinal tract. In case of severe and very severe anemia there is recommended the intravenous infusion of iron medicaments in combination with erythropoietin. The overall control on stages of anemia treatment is necessary.

Key words: gastrointestinal bleeding, anemia, treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Інфузійно-трансфузійна терапія у хворих із виразковими гастродуоденальними кровотечами / В.Д. Братусь, П.Д. Фомін, С.Й. Запорожан // Шпитальна хірургія. – 2009 – № 2. – С. 18-21.
2. Гайдукова С., Выдыборец С. Железодефицитная анемия / С. Гайдукові, С. Выдыборец // Ліки. – 2004. – № 9. – С. 25-29.
3. Результати лікування хворих на виразкову хворобу, ускладнену гострою рецидивною шлунково-кишковою

кровотечею / О.Є. Каніковський, Т.А. Кадошук, І.А. Павлик [та інш.] // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 42-45.

4. Международные клинические рекомендации по ведению пациентов с неварикозным кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 5 (18). – С. 135-141.
5. Обзор методов диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений неясной этиологии, Институт Американской гастроэнтерологической ассоциации // Клиническая гастроэнтерология и гепатология. Русское издание. – 2008. – № 1, 2. – С. 70-81.
6. Сывороточный ферритин в диагностике железодефицитных состояний / В.И. Петухов, Е.А. Быкова, Д.К. Бондарев [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2003. – № 2. – С. 36-41.
7. Лечебная тактика при острых желудочно-кишечных кровотечениях / О.Ч. Хаджиев, А.К. Бабалич, Н.И. Каракусанов [и др.] // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2007. – № 2 (11). – С. 33.
8. Erythropoietin accelerates hematocrit recovery in postsurgical anemia / U. Atabek, R. Alvarez, M.J. Pello [et al.] // Am. Surg. – 1995. – Vol. 1. – P. 74-77.
9. Corwin H.L. Current Trends in the management of critically ill patients. / H.L. Corwin, J.B. Hall, C. Manthous Anemia and Blood transfusion in the ill patient: Role of Erythropoietin American Collrge of Chest Physicians. – <http://www.com/viewprogram>. - 2001. - P. 206.
10. European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure // Nephrology dialysis transplantation, 1999. – P. 5.
11. Obscure gastrointestinal bleeding / J.A. Leighton, J. Goldstein, W. Hirota [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2003. – Vol. 58. – P. 650-655.
12. Revised European best practice guidelines for the management of anemia in patients with chronic renal failure // Nephrology dialysis transplantation. – 2004. – № 19. – P. 2.
13. The effect of correction of mild anemia in severe resistant congestive heart failure using subcutaneous erythropoietin and intravenous iron: a randomized controlled study / D.S. Silberg, D. Wexler, D. Shpes [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2001. – Vol. 37, № 1. – P. 1775-1780.

Стаття надійшла 18.03.2011