

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ахмедова А.Т¹

Камалов А.И²

Хушбекова Д³

В Узбекистане анемия у беременных также является распространенной проблемой. По данным Национального центра статистики Республики Узбекистан, в 2019 году уровень анемии у беременных женщин составил 35,5%. Это связано с различными факторами, такими как плохое питание, недостаток железа и витаминов, инфекции и другие заболевания.

Для борьбы с анемией у беременных в Узбекистане проводятся различные мероприятия. В рамках национальной программы "Сохранение материнства и детства" были разработаны рекомендации по профилактике и лечению анемии у беременных женщин. В этих рекомендациях содержатся советы по правильному питанию, приему железа и других витаминов, а также по контролю за заболеваниями, которые могут привести к анемии.

Также в Узбекистане проводятся специальные программы по обучению будущих матерей о правильном питании и уходе за собой во время беременности. В рамках этих программ проводятся консультации с врачами и диетологами, а также выдаются специальные питательные продукты и добавки для беременных женщин.

В целом, в Узбекистане существуют меры по борьбе с анемией у беременных женщин, но необходимо продолжать работу в этом направлении для улучшения здоровья матерей и детей.

При проведении многоцентровых исследований было доказано, что 70% гемоглобина у детей до 2 лет имеет материнское происхождение. Этот факт объясняет то, что при наличии ЖДА у беременных у 68% детей до 1 года также может возникать или прогрессировать железодефицитная анемия. Наличие ЖДА приводит к снижению уровня умственного, моторного, речевого развития, к ухудшению метаболизма клеточных структур, нарушению гемоглобинообразования, ухудшению иммунного статуса и устойчивости к инфекциям у детей первых лет жизни [2, 10, 15]. Для диагностики наличия железодефицитной анемии у беременных женщин целесообразно использовать гематологические и феррокинетиические показатели [2, 16].

В связи с тем, что железодефицитное состояние у беременной женщины приводит к высокой частоте акушерских и перинатальных осложнений, актуальным является вопрос профилактики дефицита железа во время беременности.

ВОЗ с 2012 г. рекомендует профилактический прием 30–60 мг элементарного железа в сутки для профилактики ЖДА всем беременным женщинам [12]. Рекомендации по раннему рутинному назначению железа также представлены Американским колледжем акушеров-гинекологов (2021) [13].

Профилактика ЖДА также показана пациенткам с обильными и длительными менструациями, предшествовавшими беременности, при интервале между беременностями 2 и менее лет, при многоплодной беременности, при длительной лактации после предыдущих родов.

¹ Самаркандский Государственный Медицинский Университет

² Самаркандский Государственный Медицинский Университет

³ Самаркандский Государственный Медицинский Университет



Всем беременным обязательно проведение скрининга для выявления железодефицитного состояния с 5–6 нед. беременности. Предпочтительно использование комбинированных пероральных препаратов железа и фолиевой кислоты с пролонгированным высвобождением железа [2, 3, 7, 10, 18]

Для профилактики МДЖ у беременных и родильниц необходимо своевременно выявлять у них ЛДЖ и назначать лечение препаратами железа – селективная профилактика. При ЛДЖ, помимо комплексных поливитаминных препаратов с макро- и микроэлементами (1 таблетка или капсула в сутки), в течение 6 нед. показан прием 50–100 мг элементарного железа в сутки перорально. Рекомендуются препараты Fe²⁺ по 50 мг элементарного железа в сутки или препараты Fe³⁺ по 60–100 мг элементарного железа в сутки. При отсутствии лабораторных возможностей определения уровня СФ решение вопроса о назначении селективной профилактики можно принять на основании гематологических критериев (Hb, RBC, Ht).

К профилактике МДЖ у родильниц относятся уменьшение кровопотери при родоразрешении, мероприятия по восполнению кровопотери во время абдоминального родоразрешения, предупреждение острых или рецидивов хронических инфекционно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде, своевременная терапия ЛДЖ в III триместре беременности [1, 3, 12, 20].

При лечении железодефицитной анемии прежде всего необходимо подтвердить железодефицитный характер анемии путем определения гематологических и феррокинетических показателей. Применение для коррекции ЖДА только диеты, состоящей из богатых железом продуктов недостаточно. Обязательно применение препаратов железа и витаминно-минеральных комплексов. При ЖДА средней и тяжелой степени возможно применять рекомбинантный эритропоэтин после 20 нед. беременности в сочетании с препаратами железа.

Эксперты ВОЗ за критерии оценки тяжести ЖДА приняли уровень Hb. По данному критерию ВОЗ классифицирует ЖДА у беременных женщин следующим образом: – анемия легкой степени – показатели Hb в крови 90–110 мг/л; – анемия средней тяжести или умеренно выраженная – показатели Hb в крови 70–89 г/л; – тяжелая степень анемии – показатели Hb в крови.

Парентеральное применение препаратов железа требуется только в особых случаях [1, 2, 7, 11, 21, 25]. Если руководствоваться количеством сывороточного ферритина у обследуемых беременных, то при значении СФ > 60 мкг/л препараты железа не показаны. При показателе СФ < 60, но > 20 мкг/л назначать препараты железа необходимо с 20 нед. беременности. При СФ < 20 мкг/л назначение препаратов железа необходимо с 12 нед. беременности. Переливание крови или эритроцитной массы не является методом лечения ЖДА. Используется только при тяжелой анемии с гемодинамическими нарушениями и у больных перед операцией, или у женщин перед родами при снижении уровня гемоглобина ниже 80 г/л.

Одним из современных высококачественных препаратов железа в настоящее время является Сорбифер Дурулес.

Под наблюдением находились 120 беременных пациенток в сроке беременности 14–28 недель беременности, средний возраст первобеременных 22±5 лет, которым проводился курс лечения препаратом в течение 4–х недель. Максимальная эффективная и безопасная разовая доза элементарного железа при терапии ЖДА составляет 100 мг, а суточная не должна превышать 300 мг.



Формы железа с замедленным высвобождением (Сорбифер Дурулес) предотвращают контакт атомов металла со слизистой оболочкой желудка, поскольку высвобождение его происходит только при смене кислотности среды в просвете двенадцатиперстной кишки, где осуществляется основной объем абсорбции железа. Равномерное высвобождение препарата начинается происходить только в кишечнике, поступление лекарственного препарата в кровь происходит в течение 6 ч [19]. Высокая биодоступность сульфата железа в сочетании с аскорбиновой кислотой для улучшения всасывания обеспечивает более высокий темп прироста гемоглобина по сравнению с другими пероральными железосодержащими препаратами, особенно при тяжелой форме анемии [20]. Назначение внутривенного железа должно рассматриваться при анемии средней степени тяжести или тяжелой, во время беременности – начиная со II триместра беременности при подтвержденном диагнозе ЖДА при непереносимости или отсутствии ответа на терапию пероральными препаратами железа. Назначение внутривенного железа также может быть рассмотрено у женщин после 34 недель беременности с подтвержденным дефицитом железа и концентрацией гемоглобина менее 100 г/л [21]. Эффективное назначение препаратов железа вне беременности должно приводить к увеличению концентрации гемоглобина на 20 г/л через 3–4 недели или на 1–2 г/л/сут [22, 23]. Во время беременности достижение подобных целевых значений труднодостижимо на фоне продолжающегося увеличения расходов железа на формирование дополнительных потребностей фето-плацентарного комплекса и кровообращения, поэтому следует стремиться к увеличению концентрации гемоглобина на 10 г/л через 3–4 недели беременности. В целом терапия ЖДА должна быть длительной и продолжаться до нормализации показателей не только гемоглобина, но и восполнения запасов железа в депо. После нормализации показателей гемоглобина лечение должно быть продолжено в течение 3 месяцев и по крайней мере до 6 недель послеродового периода для восполнения запасов железа [22, 24]. Перед прекращением терапии необходимо удостовериться в нормализации показателей клинического анализа крови и сывороточного ферритина [25]. Оценка лабораторных показателей проходила в динамике: начало исследования, через 2, 3, 4 недели лечения препаратом. Клинический анализ крови проводился на автоматическом анализаторе. В качестве лабораторных параметров, включенных в исследование, были выбраны: количество эритроцитов, гемоглобин, цветовой показатель, гематокрит, средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах. Использовали лабораторные показатели, характеризующие обмен железа в организме: сывороточное железо (СЖ), общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС), латентную железосвязывающую способность сыворотки (ЛЖСС) и коэффициент насыщения трансферрина (КНТ). Из инструментальных методов исследования проводили ультразвуковое исследование брюшной полости.

Результаты исследования. У 38,4% обследованных больных была выявлена ЖДА легкой степени, у 25,3% – средней степени и у 21,2% – тяжелой степени.

До лечения 36% больных предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, 18% – на сердцебиение и 46% – на тканевые проявления дефицита железа (койлонихии, дисфагии, нарушение желудочной секреции).

Эффективность лечения определяли каждую неделю по субъективной оценке пациентами переносимости препарата, степени улучшения самочувствия и по данным показателей периферической картины крови. Переносимость препарата была хорошей, только в нескольких



случаях во время первой недели терапии отмечались запоры. Других побочных действий препарата не выявлено.

Через две недели лечения субъективная оценка эффективности лечения определялась пациентами, как «состояние улучшилось» – у 36%, «состояние значительно улучшилось» у 19% и у 19% – «состояние мало улучшилось». Через 4 недели приема препарата пациенты отметили значительное улучшение состояния, так, 59% больных оценивали свое состояние, как «значительно улучшилось». При этом 57% не предъявляли жалобы, повышенную утомляемость отмечали 19%, проявления тканевого дефицита железа отмечались только у 19% больных, на сердцебиение жаловались 9% больных.

Полученные данные лабораторного исследования подтверждают общую тенденцию улучшения клинического состояния больных на фоне проводимой терапии. Прирост гемоглобина и гематокрита представлен на рис. 1. Уровень гемоглобина в крови достоверно увеличился уже на 2-й неделе лечения. Гематокрит увеличился в среднем с исходного значения $26,8 \pm 1,3\%$ до $39,0 \pm 2,5\%$ после проведенного лечения.

Лечение ЖДА необходимо начинать сразу после верификации диагноза и установления причин дефицита железа. Следует отметить, что для правильности выбора препарата железа необходимо учитывать количество микроэлемента в каждой таблетке препарата. Препарат должен обладать пролонгированным действием, что сокращает частоту приема и хорошо переносится больными. Расчет суточной и курсовой дозы препарата производится с учетом степени тяжести анемического синдрома, висцеральных поражений, уровня сывороточного железа.

Заключение.

Сновными принципами лечения ЖДА являются коррекция причин, лежащих в основе дефицита железа, устранение не только анемии, но и дефицита железа в крови и в тканях. Пациентки должны быть информированы, что компенсация дефицита железа и коррекция ЖДА не может быть достигнута с помощью специальных диет. Высокое содержание двухвалентного железа в препарате Сорбифер Дурулес, его высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость при минимальных побочных явлениях, которую продемонстрировал препарат в нашем исследовании, позволяют рекомендовать его для широкого использования при лечении железodefицитных состояний.

Литература

1. Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т. Состояние шейки матки у первородящих женщин. <https://www.tadqiqot.uz/index.php/uro/issue/view/560> Том 4 № 4 (2023): ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
2. Зокиров Фарход Истамович ECCENTRIC PREGNANCY AND UTERINE ANOMALIES – A RARE CASES OF OBSTETRICAL HEMORRHAGE. Том 4 № 4 (2023): ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
3. М.Ф. Киселевич 1 В.М. Киселевич . Особенности течения беременности и родов у юных первородящих женщин. НАУЧНЫЕ ВЕДОМОСТИ Серия Медицина. Фармация. 2010. № 10 (81). Выпуск 10.



4. Цхай В.Б. Перинатальное акушерство: учеб. пособие / В.Б. Цхай. – М: Феникс, 2007. – 512 с.
5. Беременность среди подростков // ВОЗ. Информационный бюллетень. – 2014 – № 364 (сентябрь).
6. Езепчик О. А. Проблемы здоровья подростков Республики Беларусь / О. А. Езепчик, М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, 22 января 2013 г. – Гродно, 2013. – Ч. 1. – С. 258–261.
7. Насирова Зебинисо Азизовна, Расулова Парвина Рустамовна, Сафарова Диёра Фархадовна, Анализ течения беременности и родов у женщин с чрезмерной прибавкой веса во время беременности во время пандемии Covid-19. Том 4 № 4 (2023): ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
8. Ризаев Жасур Алимжанович, Агабабян Лариса Рубеновна, Давлатова Азиза, Ахмедова Азиза Тайировна, Расулова Феруза Голибовна. Состояние полости рта у первобеременных. Том 4 № 4 (2023): ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
9. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Орджоникидзе Н.В., Серов В.Н., Елохина Т.Б., Ильясова Н.А. Лечение латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога, 2006, 1: 64-68.
10. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение). Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2008.
11. Хитров М.В., Охапкин М.Б., Ильяшенко И.Н. Анемия беременных. Пособие для врачей и интернов. 2-е. изд., перераб. и доп. Ярославль, 2002.

