

УДК: 618.2-06:616.155.194.8

Ахмадалиева Н.Ж.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Резюме: В работе представлен актуальной мировой проблеме в акушерской и перинатальной практике – железодефицитной анемии у беременных. Данная патология, несмотря на внедрение современных методов диагностики, профилактики и лечения, остается значимой в настоящее время. Установлено, что среди болезней крови у беременных на долю различных форм анемии приходится 90 %, из которых 75–90 % составляет железодефицитная анемия (ЖДА). Другие формы малокровия встречаются не чаще, чем в популяции небеременных женщин.

Ключевая слова: Ключевые слова: анемия, беременная женщина, количество железа в организме.

Akhmadalieva N. J.

Department of Obstetrics and Gynecology No.2

Andijan State Medical Institute

**TREATMENT AND PREVENTION OF IRON DEFICIENCY
ANEMIA IN PREGNANT WOMEN**

Resume: The paper presents an urgent global problem of obstetric and perinatal practice – iron deficiency anemia in pregnant women. This pathology, despite the introduction of modern methods of diagnosis, prevention and treatment, currently remains relevant. Among the blood diseases in pregnant women, the share of various forms of anemia accounts for 90%, of which 75-90% is iron deficiency anemia (WAIT). Other forms of anemia are more common than in non-pregnant women.

Keywords: anemia, pregnant woman, amount of iron in the body.

Введение. Железо является важным микроэлементом, участвующим во многих процессах, обеспечивающих жизнедеятельность организма[3,6,11]. В качестве ключевого компонента оно участвует в доставке кислорода в органы и ткани, что важно для обеспечения их функционирования[1,4,7].

У женщин репродуктивного возраста нередко отмечается железодефицит, приводящий к ЖДА[2,5]. Он может быть связан с хронической кровопотерей во время менструаций или некоторых заболеваний. Во время беременности также возможен дефицит данного микроэлемента — он активно расходуется и на потребности матери, и на развитие плода. ЖДА может возникнуть и вследствие обильной кровопотери во время родов[3,6,9].

Всасывание железа зависит от множества факторов, к ним относятся в первую очередь питание и состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При наличии воспаления в организме повышается содержание гепсидина — регуляторного белка, нарушающего всасывание железа в ЖКТ, в связи с чем развивается ЖДА. У пациентов, страдающих ожирением, также может увеличиваться уровень гепсидина[7,8,10].

Цель исследования. Определить частоту и особенности развития анемического синдрома у беременных женщин, проживающих в условиях Ферганской долины, разработать и обосновать принципы диагностики и лечения железодефицитной анемии с учетом эффективности железосодержащих препаратов.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование включало 102 женщин, разделенных в зависимости от задач исследования на 4 независимых группы.

Результаты исследования. У 29 из 50 девочек пубертатного возраста (58%), проживающих в условиях Ферганской долины, выявлено состояние дефицита железа. У 78% подростков с дефицитом железа отмечен низкий социально-экономический уровень жизни, у 82%- алиментарный фактор.

У беременных женщин, проживающих в условиях ФД, железодефицитная анемия и скрытый дефицит железа наблюдаются соответственно в 44% и 96,5%.

Факторами риска железодефицитной анемии являются: социально - экономические факторы (сравнительный риск 1,7), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез(сравнительный риск 1,6), острые и обострение хронических воспалительных заболеваний (сравнительный риск 1,2).

У 46 из 150 беременных женщин с железодефицитной анемией (30,7%) обнаружена патология щитовидной железы, что свидетельствует о необходимости обследования функции щитовидной железы у всех беременных с анемическим синдромом.

У женщин с физиологически протекающей беременностью наблюдается постепенное снижение сывороточного железа и ферритина, наиболее выраженное в III триместре, снижение показателей соответственно $12,3 \pm 1,4$ мкмоль/л и $18,9 \pm 1,7$ мг/л происходят на фоне практически стабильной концентрации гемоглобина в периферической крови, что свидетельствует о наличии скрытого дефицита тканевого и транспортного железа.

Следовательно, показатель гемоглобина не является достаточным критерием для оценки степени дефицита железа у беременных женщин. Оптимальным является исследование нескольких показателей гемограммы

(гемоглобин, цветовой показатель, гематокрит) в сочетании с определением уровня сывороточного железа.

Сравнительная характеристика разных железосодержащих препаратов, показала, что наибольшей эффективностью обладают сорбифер дурулес, феррум лек и фенюльс. Данные препараты обеспечивают достаточно быстрый прирост гемоглобина, способствуют восстановлению показателей феррокинетики в течение 8 недель от начала лечения. Наименее эффективными в отношении прироста сывороточного железа и ферритина оказались препараты тотема и ферроплекс.

Наибольшую частоту побочных эффектов вызывают препараты сорбифер дурулес (30%), затем - ферроплекс, тотема (13,3%) и фенюльс (6,6%). Прием препарата феррум лек не сопровождается выраженными побочными эффектами, эффективность лечения данным препаратом отмечена у всех без исключения пациенток.

На фоне лечения любыми препаратами железа исходы беременности и родов оказались более благоприятными: отмечены меньшая частота преждевременных родов, аномалий родовой деятельности, уменьшение объема кровопотери, более благоприятные исходы для новорожденных, их более высокая оценка по шкале Апгар.

Вывод. Таким образом, из всего вышеописанного можно сделать вывод о том, что ЖДА беременных является серьезной патологией, влекущей за собой множество осложнений со стороны как матери, так и плода. Поэтому данная проблема требует обязательной и незамедлительной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Айламазян, Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский и др. // М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2011. - С. 1197.

2 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии // Акуш., гин. и перинатол. - 2013. - 1.- С. 5-10.

10 Колочева Т.И., Решетников С.С. Определение ферритина и эритропоэтина в диагностике анемий беременных // Новости «Вектор-Бест». - 2012. - №1 (51). - С. 20-25.

5 Репина М.А., Сумская Г.С. Анемия беременных (подходы к диагнозу и лечению): Метод. рекомендации. - СПб.: Нева-Люкс, 2011. - 24 с.

4 Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. и др. Лечение анемии беременных // Фарматека. - 2016. - № 14. - С. 7577.

12 Стрижаков, А.Н. Современные методы оценки состояния матери и плода при беременности высокого риска / А.Н Стрижаков, И.В. Игнатко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2010. - Том 8. - № 2. — С. 5-15.

7 Allen, L.H. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome // Am. J. Clin. Nutr. - 2010. - № 5. - P. 1280-1284.

8 Bayoumeu F., Subiran-Buisset C., Baka N.E., et al. Iron therapy in iron deficiency anemia'in pregnancy: Intravenous route versus oral route // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Bio. - 2015. - № 12. - P. 15-19.

3 Cogswell, M.E., Parvanta I., Ickes L. et al. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial // Am. J. Clin. Nutr. - 2013. - № 4. - P.773-781.

6 Dubois R.W., Goodnough L.T., Ershler W.B., et al. Identification, diagnosis, and management of anemia in adult ambulatory patients treated by primary care physicians: evidence-based and consensus recommendations // Curr Med Res Opin. - 2016. -№ 22 (2). - P. 385-95.

9 Sallusto A., Eandi M., De Bartolo G., et al. Ferroprotein succinylate: treatment of iron deficiency in obstetrics and gynecology. *Minerva Ginecol.* - 2010. - 42(5). - 191. -5.

11 Vanderjagt D.J. et al. Nutritional factors associated with anaemia in pregnant women in northern Nigeria // *J. Health Popul Nutr.* - 2017. - № 1. - P. 75-81.