**Калиновская О.И.**

к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2

Харьковского национального медицинского университета

**Сайтарлы Д.П.**

ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2

Харьковского национального медицинского университета

**ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ СУФЕР**

Статья посвящена актуальным вопросам лечения анемии беременных внутривенным препаратом железа – суфер. Определены преимущества использования препарата, его эффективность, отсутствие побочных действий. Показано позитивное влияние препарата на течение беременности и состояние плода.

Ключевые слова: анемия беременных, внутривенный препарат железа, влияние на плод.

Стаття присвячена актуальним питанням лікування анемії вагітних внутрішньовенним препаратом заліза – суфер. Визначені переваги використання препарату, його ефективність, відсутність побічних дій. Показаний позитивний вплив препарату на перебіг вагітності та стан плода.

Ключові слова: анемія вагітних, внутрішньовенний препарат заліза, вплив на плід.

The article is devoted to topical issues of the treatment of anemia in pregnant women intravenous iron preparations - sufer. The advantages of using the drug, its efficacy, lack of side effects. The positive influence of the drug on the course of pregnancy and the fetus.

Key words: anemia of pregnant women, intravenous iron preparation, the effect on the fetus.

Анемия является одним из наиболее частых осложнений беременности. В перечне ВОЗ среди 38 наиболее распространенных заболеваний железодефицитная анемия (ЖДА) занимает первое место [4, с. 8]. От 4 до 5 млрд. людей в мире имеют дефицит железа, при этом 2 млрд. страдают ЖДА. При этом частота ЖДА у беременных достигает 80–90 % и не зависит от их социального и материального положения. По официальным данным МОЗ Украины, в 2014 году анемией страдали 36,44 % беременных [2, с. 367]. Даже в наиболее экономически развитых странах частота анемии среди беременных составляет 16 – 20 %. Эти цифры касаются только манифестной анемии, т. е. клинически явной патологии; скрытый (латентный) железодефицит к концу беременности развивается, в зависимости от полноценности питания, у 50 – 100 % женщин [5, с. 21].

Анемия характеризуется снижением уровня гемоглобина в крови (менее 110 г/л), уменьшением количества эритроцитов, появлением их патологических форм, а также изменением витаминного баланса, снижением в организме количества микроэлементов и ферментов. Анемия у беременных в 90 % случаев является железодефицитной. ЖДА – это клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозге и депо), при котором нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобина, железосодержащих тканевых ферментов) [1, с. 44].

Такая анемия развивается вследствие различных физиологических и патологических процессов дефицита железа. Наличие ЖДА приводит к нарушению качества жизни пациенток, снижает их работоспособность, вызывает функциональные расстройства со стороны многих органов и систем. При дефиците железа у беременных увеличивается риск развития осложнений в родах, а при отсутствии своевременной и адекватной терапии может возникнуть дефицит железа и у плода [3, с. 18]. ЖДА способствует развитию фетоплацентарой недостаточности и многих гестационных осложнений, таких как гипотрофия и гипоксия плода, гестозы, невынашивание беременности, отслойка плаценты, кровотечения, а также аномалий родовой деятельности, гипогалактии, гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде и анемии у новорожденных [6, с. 12].

У небеременных женщин потребность в железе составляет 1,5 мг в сутки. Во время беременности потребность в железе неуклонно возрастает и из материнского депо в период беременности и в послеродовом периоде расходуется около 800 - 950 мг железа [7, с. 4]. Организм в состоянии восстановить запасы железа в течение 4 -5 лет. Если женщина планирует беременность раньше этого срока, у нее неизбежно развивается анемия. Дефицит железа возникает у многорожавших женщин.

Основными лабораторными критериями ЖДА являются:

* низкий цветной показатель (≤ 0,85);
* гипохромия эритроцитов;
* снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците;
* микроцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов (в мазке периферической крови).

Лечение ЖДА предполагает помимо устранения основной причины этого патологического состояния применение препаратов железа. Идеальный противоанемический препарат должен обладать минимальным количеством побочных эффектов, иметь простую схему применения, наилучшее соотношение эффективность/цена и оптимальное содержание железа [5, с. 16]. Однако многие железосодержащие препараты обладают рядом недостатков, создающих проблемы при их использовании: неприятными органо-лептическими свойствами, низкой биодоступностью, а также способностью раздражать слизистую желудочно-кишечного тракта, что часто обусловливает диспептические явления.

В настоящее время для лечения анемии у беременных используется целый ряд эффективных препаратов. Вопрос о назначении конкретного препарата, а также о его разовой дозе, кратности применения и продолжительности курса лечения решается только лечащим врачом в индивидуальном порядке.

**Материал и методы**

Проведено обследование 40 беременных в возрасте 19–41 года с признаками ЖДА во II и III триместрах гестации. Из них у 17 (42,5 %) беременность была первой, у 23(57,5 %) – повторной. Лабораторная диагностика анемии основывалась на определении содержания гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа и цветного показателя крови.

**Результаты исследования**

В анамнезе у 8 (20%) пациенток отмечено бесплодие (первичное – у трех, вторичное – у пяти). Настоящая беременность была индуцирована медикаментозно у трех женщин после применения экстракорпорального оплодотворения.

У 33 пациенток (82,5 %) отмечены различные экстрагенитальные заболевания: хронический пиелонефрит – 12 (30,0 %), хронические бронхолегочные заболевания – 6 (15 %), заболевания желудочно-кишечного тракта – 9 (22,5 %), артериальная гипертензия – 7 (17,5 %), сахарный диабет – 5 (12,5 %), патология щитовидной железы – 1 (2,5 %).

Различные клинические проявления анемии (бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардия, слабость, снижение работоспособности, головокружение, парестезии нижних конечностей) имели место в 34 (85 %) случаях.

Течение I триместра данной беременности было отягощено ранним токсикозом у 15 (37,7 %) пациенток, угрозой прерывания беременности в I триместре – у 24 (60,0 %), У двух (2,3 %) была выявлена миома матки.

Второй триместр беременности был осложнен угрозой прерывания у 18 (45,0 %) женщин, гестозом беременных – у 11 (27,5 %), умеренным многоводием – у 2 (5,0 %). Низкая локализация плаценты отмечалась в 9 (22,5 %) случаях.

В III триместре основными осложнениями гестации были: гестоз легкой и средней степеней тяжести – у 13 (32,5 %) беременных, угроза преждевременных родов – у 10 (25 %), маловодие – у 3 (7,5 %), синдром задержки развития плода – у 8 (20,0 %), фетоплацентарная недостаточность – у 9 (20,1 %).

Обращает на себя внимание, что наиболее тяжелые гестационные осложнения – фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода – наблюдались у пациенток с анемией II и III степени. У этих же женщин отмечены и наиболее серьезные экстрагенитальные заболевания (сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма). Частота и тяжесть гестационных осложнений коррелируют со степенью тяжести анемии.

Все беременные были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли беременные, получавшие стандартную антианемическую терапию, во 2- ю – беременным назначался препарат Суфер.

Коррекция железодефицита осуществлялась препаратом Суфер по 200 мг внутривенно 1 раз в день от 3-х до 8 инъекций (в зависимости о т степени тяжести анемии).

Антианемический эффект Суфера оценивался по клиническому состоянию больных и результатам лабораторного исследования крови еженедельно. Как показали проведенные исследования, на фоне приема Суфера у всех пациенток наблюдалось прогрессивное увеличение содержания гемоглобина и сывороточного железа, наиболее выраженное к концу первой недели лечения. Среднее увеличение уровня гемоглобина за неделю составило 7,2 г/л, сывороточного железа – 6,75 ммоль/л. Через 3 приема Суфера самочувствие больных улучшилось, исчезли жалобы на слабость, парестезии, головокружение, частота сердечных сокращений и окраска кожных покровов пришли в норму. Данные анализа крови свидетельствовали о повышении уровня гемоглобина к концу 2-й недели на 31,7 %, сывороточного железа – в два раза.

Субъективные и объективные (клинико-лабораторные) показатели свидетельствуют о хорошем антианемическом эффекте курса приема Суфера. Отметим, что Суфер хорошо переносился пациентками, не нарушал функцию кишечника, не вызывал диспепсических явлений, был совместим с другими лекарственными препаратами, назначенными для лечения различных гестационных осложнений. Побочных эффектов на фоне его применения не было отмечено ни в одном случае.

**Динамика показателей анализа крови у больных с анемией до и после лечения Суфером (n = 40)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **До лечения** | **После лечения** |
| Гемоглобин, г/л | 87,8 ± 5,6 | 114,6 ± 3,7 \* |
| Эритроциты | 2,3 ± 0,8 | 3,2 ± 0,4 \* |
| Цветной показатель | 0,82 ± 0,01 | 0,92 ± 0,07 \* |
| Сывороточное железо, ммоль/л | 9 ,8 ± 1,9 | 23,6 ± 1,6 \* |

\* Различие с исходным уровнем достоверно (р < 0,005).

Таким образом, применение Суфера обеспечивает быстрое восстановление уровней гемоглобина и сывороточного железа. Доступность, простота применения, хорошая переносимость и позитивное влияние на течение гестации и состояние плода позволяют рекомендовать Суфер для широкого применения во время беременности.

**Литуратура**

1. Абрамченко В. В. Фармакотерапия беременности, родов и послеродового периода, Санкт-Петербург, СОТИС, 2003, 384 с**.**

2. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія. Збірник нормативних документів, Київ, Медінформ, 2007, 456 с.

3. Медведь В. И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных, Киев, Авиценна, 2004, 168 с.

4. Медведь В. И. Анемия беременных: что изменилось // Медицинские аспекты здоровья женщины, 2006, № 1. – С.8-10.

5. Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І., Павлюченко Н.П. Аліментарна анемія у вагітних і дітей, Киев, 2004, 136 с.

6. Cuervo L.G., Mahomed K. Treatments for iron deficiency anemia in pregnancy (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.

7. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.