2. Клиническая медицина

**Калиновская О.И.**

к.мед.н., доцент,

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г.Харьков, Украина*

**Дрокин А.В.,**

студент 3 курса

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г.Харьков, Украина*

**ПРЕПАРАТ СУФЕР ПРИ АНЕМИЯХ БЕРЕМЕННЫХ**

Одним из наиболее частых осложнений беременности является анемия. В перечне ВОЗ среди 38 наиболее распространенных заболеваний железодефицитная анемия (ЖДА) занимает первое место [4, с.8]. От 4 млрд 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 МЗО Украины, в 2015 году анемией страдали более 38 % беременных. Даже в наиболее экономически развитых странах частота анемии среди беременных составляет 16 – 20 %, а в развивающихся странах она достигает 80 %. 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 [2, с.13, 4, с13].

Анемия характеризуется снижением уровня гемоглобина в крови, уменьшением количества эритроцитов (красных кровяных телец), появлением их патологических форм, а также изменением витаминного баланса, снижением в организме количества микроэлементов и ферментов 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). В большинстве случаев ЖДА предшествует и способствует тканевый дефицит железа.

Ведущим признаком анемии у беременных является снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л. Анемия у беременных в 90% случаев является железодефицитной. Такая анемия характеризуется нарушением синтеза гемоглобина из-за развивающегося вследствие различных физиологических и патологических процессов дефицита железа.. Наличие железодефицитной анемии приводит к нарушению качества жизни пациенток, снижает их работоспособность, вызывает функциональные расстройства со стороны многих органов и систем. ЖДА способствует развитию фетоплацентарой недостаточности (ФПН) и многих гестационных осложнений, таких как гипотрофия и гипоксия плода, гестозы, невынашивание беременности, отслойка плаценты, кровотечения, а также увеличивается риск развития осложнений в родах, аномалий родовой деятельности, гипогалактии, гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде и анемии у новорожденных.

У небеременных женщин потребность в железе составляет 1,5 мг в сутки. Во время беременности потребность в железе неуклонно возрастает в I триместре на 1 мг в сутки, во II триместре - на 2 мг в сутки, в III триместре - на 3-5 мг в сутки. Для выработки дополнительного железа используется 300 - 540 мг этого элемента. Из них 250 - 300 мг железа расходуется на нужды плода, 50 - 100 мг - на построение [плаценты](http://www.medison.ru/si/art250.htm), 50 мг железа откладывается в миометрии. Потеря железа наиболее выражена в 16-20 недель беременности, что совпадает с периодом начала процесса кроветворения у плода и увеличением массы крови у беременной. В третьем периоде родов (при физиологической кровопотере) теряется от 200 до 700 мг железа. В дальнейшем, в период лактации, еще около 200 мг. Таким образом, из материнского депо в период беременности и в послеродовом периоде расходуется около 800 - 950 мг железа [2, 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 не может не возникнуть 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 [3, с.160]. Однако многие железосодержащие препараты обладают рядом недостатков, создающих проблемы при их использовании: неприятными органо-лептическими свойствами, низкой биодоступностью, а также способностью раздражать слизистую ЖКТ, 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 80 беременных в возрасте 19–41 года с признаками ЖДА во II и III триместрах гестации. Из них у 34 (42,5 %) беременность была первой, у 46 (57,5 %) – повторной. Лабораторная диагностика анемии основывалась на определении содержания гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа и цветного показателя крови.

**Результаты исследования**

В анамнезе у 16 (20%) пациенток отмечено бесплодие. Настоящая беременность была индуцирована медикаментозно у трех женщин после применения ЭКО.

У 82,5 % отмечены различные экстрагенитальные заболевания: хронический пиелонефрит – 24 (30,0 %), хронические бронхолегочные заболевания – 12 (15 %), заболевания ЖКТ – 18 (22,5 %), артериальная гипертензия – 14 (17,5 %), сахарный диабет – 10 (12,5 %), патология щитовидной железы – 2 (2,5 %).

Средний уровень гемоглобина (Hb) у наблюдавшихся беременных составил 82,5 ± 3,6 г/л, сывороточного железа – 10,6 ± 1,8 ммоль/л. Анемия I степени (Нb 90–105 г/л) отмечена у 16 (40 %), II степени (Нb 70–90 г/л) – у 19 (47,5 %), III степени (Нb ≤ 70 г/л) – у 5(12,5 %) пациенток.

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

Течение I триместра данной беременности было отягощено ранним токсикозом у 30 (37,7 %) пациенток, угрозой прерывания беременности в I триместре – у 48 (60,0 %), У четырех (2,3 %) была выявлена миома матки. Второй триместр беременности был осложнен угрозой прерывания у 36 (45,0%) женщин, гестозом беременных – у 22 (27,5 %), умеренным многоводием – у 4 (5,0 %). Низкая локализация плаценты отмечалась в 13 (22,5 %) случаях. В III триместре основными осложнениями гестации были: гестоз легкой и средней степеней тяжести – у 26 (32,5 %) беременных, угроза преждевременных родов – у 20 (25 %), маловодие – у 6 (7,5 %), синдром задержки развития плода (СЗРП) – у 16 (20,0 %), ФПН – у 18 (20,1 %).

Обращает на себя внимание, что наиболее тяжелые гестационные осложнения – ФПН и СЗРП – 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) Значительно реже гестационные осложнения наблюдались у пациенток с анемией легкой степени. В частности, у них не отмечено признаков внутриутробного страдания плода. Это свидетельствует о том, что 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 внутривенного применения Суфер.

Коррекция железодефицита осуществлялась препаратом Суфер по одному флакону 1 раз в день внутривенно от 3-х до 8 инъекций (в зависимости от 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 – 2,75 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 (табл. 1).

**Таблица 1. Динамика показателей анализа крови у больных с анемией до и после лечения Суфером (n = 80)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **До лечения** | **После лечения** |
| Гемоглобин, г/л | 91,8 ± 5,6 | 114,6 ± 3,7 \* |
| Эритроциты | 2,3 ± 0,8 | 3,2 ± 0,4 \* |
| Цветной показатель | 0,86 ± 0,01 | 0,92 ± 0,07 \* |
| Сывороточное железо, ммоль/л | 10,8 ± 1,9 | 23,6 ± 1,6 \* |

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

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.

Выводы: применение Суфера обеспечивает быстрое восстановление уровней гемоглобина и сывороточного железа. Доступность, простота применения, хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, позитивное влияние на состояние плода позволяют рекомендовать Суфер для широкого применения во время беременности как препарат выбора. На данный способ лечения получен патент Украины №107624 «Спосіб лікування залізодефіцитної анемії вагітних» от 10.06.2016.

**Литература**

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія. Збірник нормативних документів. – К. : Медінформ. – 2007. – 456 с.

2. Медведь В.И. Анемия беременных: что изменилось [Текст] / В.И.ºМедведь // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2006. - № 1. – С.8-10.

3. Резніченко Ю.Г. Аліментарна анемія у вагітних і дітей [Текст] / Ю.Г.ºРезніченко, Г.І. Резніченко, Н.П. Павлюченко. – К., 2004. – 136 с.

4. Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review) [Текст] / K. Mahomed. – In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.