**ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ**

**Калиновская О.И.**

к.мед.н., доцент,

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г.Харьков, Украина*

**Старкова И.В.**

к.мед.н., доцент,

*Харьковский национальный медицинский университет*

*г.Харьков, Украина*

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 2016 году анемией страдали почти 40 % беременных. Эти цифры касаются только манифестной анемии, а скрытый (латентный) железодефицит к концу беременности развивается, в зависимости от полноценности питания, у 50 – 100 % женщин [2, с.13, 4, с13].

Ведущим признаком анемии у беременных является снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л. Анемия у беременных в 90% случаев является железодефицитной. 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, а в III триместре - на 3-5 мг в сутки. Для выработки дополнительного железа используется 300 - 540 мг этого элемента. 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.

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 препарата 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.

**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. Хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, позитивное влияние на состояние плода, а также экономический эффект сокрашение пребывания больной в стационаре в результате быстрого достижения желаемого результата 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.