

АНЕМІЇ ВАГІТНИХ – ПІДХОДИ ДО КЛІНІЧНОЇ ТАКТИКИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Арлова В.О., Іванченко С.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Анемія вагітних є актуальною проблемою сучасності, що обумовлено значною поширеністю цього стану серед даної когорти пацієнтів. Так, за даними ВООЗ, 2016 частка вагітних з анемією складає 15-30%.

Мета: проаналізувати особливості клінічного перебігу анемій вагітних та визначити найбільш доцільні підходи щодо лікування цих станів на основі аналізу наукової літератури.

Матеріали та методи: при пошуку у базі даних MedlinePlus, PubMed оцифрованих джерел за ключовими словами «pregnancy anemia» отримано 1452 посилання на публікації, які містять ці поняття.

Результати та обговорення: за результатами аналізу наукової літератури визначено, що здебільшого у структурі анемій вагітних переважають стани легкого ступеня тяжкості (94-98%). Однак, при цьому значне число випадків (39-53%) залишається резистентними до терапії, що проводиться. За думкою науковців причиною цього є часте поєднання анемії й запалення під час вагітності. Не викликає сумнівів той факт, що вагітність збільшує ризик розвитку інфекції на тлі якої анемія втрачає первинно-залізодефіцитної характер. У цих умовах під дією прозапальних цитокінів (ФНП- α і ІЛ-1) знижується продукція і біологічна активність еритропоєтину, зменшується абсорбція заліза у кишківнику, а ступінь його зв'язування з феритином і макрофагами зростає. Крім того, порушується експресія еритроцитарних рецепторів до трансферину. Таким чином формується «пастка для заліза» та воно стає недоступним для гемопоезу. Анемія на тлі запалення під час вагітності є надзвичайно поширеною - залежно від триместру її частота становить від 30 до 50% всіх випадків анемії. Підвищення лікувальних доз препаратів заліза у цих умовах не дозволяє подолати терапевтичну

резистентність, але пов'язано з додатковими ризиками. Отже, особливостями лікування цих видів анемії є у першу чергу санація вогнища інфекції. У цьому випадку використання феротерапії сприяє персистенції запалення, але не веде до корекції анемії, хоча саме цей варіант є домінуючим у сучасній клінічній практиці. Важливим є питання щодо зв'язку ступеня важкості анемії та можливих ускладнень з боку матері та плоду. Так, дослідження Varbin V.J. et al., 2001 показало, що лише важка анемія під час вагітності асоціюється з високим ризиком материнської смертності, тоді як для анемії легкого та середнього ступеня тяжкості подібного зв'язку виявлено не було. У даному випадку дефіцит заліза є захисним механізмом, який перешкоджає зайвій «гемоглобінізації» вагітних та підтримує гемодилуцію - ефективний засіб, що перешкоджає розвитку важкого синдрому ДВЗ під час пологів, оперативних втручаннях або різних формах акушерської патології. Існують дані про те, що для плацентарного ангіогенезу умови відносної гіпоксії більш сприятливими, ніж нормоксії або гіпероксії. Фізіологічна гіпоксія, як передбачається, захищає плід від деструктивного й тератогенного впливу активних форм кисню, бере участь у регуляції інвазивних й проліферативних властивостей трофобласта, підтримує стовбурові клітини у поліпотентному стані. Водночас, варто відзначити, що клінічне значення анемії тяжкого ступеня як чинника ризику несприятливих наслідків для матері та плоду не піддавалося сумніву в жодному з досліджень.

Висновки: основним підходом до клінічної тактики ведення вагітних з анемією у практиці сімейного лікаря повинно бути ретельне оцінювання співвідношення користі лікування та можливих ризиків з боку матері та плоду. Доцільність феротерапії при анемії вагітних легкого й середнього ступеню тяжкості потребує детального обґрунтування показань та протипоказань з обов'язковим визначенням рівнів гемоглобіну, сироваткового феритину, яке доцільно доповнювати кількісним визначенням концентрації С-реактивного білка з метою визначення запального процесу та проведенням терапії залізом тільки після санації вогнища інфекції.