



УДК 616-08-059:618.2:616.155.194.8

И.А. АНЧЕВА

Одесский национальный медицинский университет, 65082, Украина, г. Одесса, пер. Валиховский, д. 2

Комплексная прегравидарная подготовка женщин с дефицитом железа

Анчева Ирина Анатольевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. +380677533833, e-mail: irina.an-va@rambler.ru

Целью работы была оценка клинической эффективности прегравидарной и периконцепционной подготовки женщин, имеющих в анамнезе указания на перенесенные железодефицитные состояния. Предложена комплексная прегравидарная подготовка, включающая патогенетические средства по коррекции факторов риска железодефицитных состояний, которая позволяет нормализовать гематологические и феррокинетические показатели до планируемого момента зачатия. Установлено достоверное уменьшение частоты развития осложненной беременности и родов у женщин с железодефицитной анемией при проведении комплексной прегравидарной подготовки.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, железодефицитная анемия, беременность, профилактика.

I.A. ANCHEVA

Odessa National Medical University, 2 Valikhovskiy alley, Odessa, the Ukraine, 65082

Comprehensive preconception preparation in women with iron deficiency

Ancheva I.A. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. +380677533833, e-mail: irina.an-va@rambler.ru

The aim of this study was to evaluate the clinical efficacy of preconception preparation in women with a history of iron deficiency. The complex preconception preparation with pathogenic drugs for the correction of the main risk factors of iron deficiency allowed normalizing the hematological and ferrokinetic parameters before the planned moment of conception. There was determined a significant reduction in the incidence of pregnancy and delivery complications in women with iron deficiency anemia when making a complex preconception preparation.

Key words: preconception preparation, iron deficiency anemia, pregnancy, prevention.

В связи с серьезными изменениями здоровья женского населения репродуктивного возраста, алиментарным дефицитом эссенциальных нутриентов, в частности железа, проблема антенатальной профилактики патологии беременности, а также заболеваний у детей стоит достаточно остро [1, 2]. Большое внимание в такой ситуации должно уделяться разработке мероприятий по охране и реабилитации репродуктивного здоровья семьи с особым акцентом на профилактику возможных осложнений на стадии планирования беременности, выявления особенностей популяционной и индивидуальной реактивности репродуктивной функции у женщин. На сегодняшний день комплекс мероприятий, включающий полноценное обследование, а также коррекцию имеющейся соматической патологии и профилактику возможных гестационных осложнений до наступления беременности, определяется как прегравидарная подготовка, или подготовка к планируемой беременности [3].

Прегравидарная подготовка, как правило, включает выявление экстрагенитальных заболеваний

матери, эндокринной патологии, воспалительных процессов гениталий, генетических аномалий и т.д. Проводится тщательный анализ условий проживания, анамнеза, течения предыдущих беременностей, позволяет определить ряд дополнительных неблагоприятных факторов, которые необходимо учитывать при формировании группы риска пациенток по развитию гестационных осложнений.

Согласно данным литературы, частота манифестного дефицита железа у беременных в мире колеблется от 25 до 50% [4]. На Украине и в других странах СНГ за последние 10 лет отмечается значительное увеличение частоты железодефицитной анемии среди беременных [5]. По нашим данным, в 2009-2013 гг. частота анемии беременных в южном регионе Украины возросла с 15,0 до 22,6%. В каждом втором случае причиной анемии у беременных является дефицит железа, а у 22,4% женщин проявления умеренной анемии отмечаются уже на ранних сроках беременности.



При гестации железо усиленно расходуется вследствие интенсификации обмена веществ. В первом триместре потребность в нем составляет 0,6–0,8 мг в сутки, во втором триместре увеличивается до 2–4 мг, а в третьем триместре возрастает до 10–12 мг в сутки. За весь гестационный период на кроветворение расходуется 500 мг железа, из них на нужды плода — 280–290 мг, плаценты — 25–100 мг [5, 6]. К концу беременности неизбежно наступает обеднение организма матери железом в связи с депонированием его в фетоплацентарном комплексе (около 450 мг), увеличением объема циркулирующей крови (около 500 мг), в связи с физиологической кровопотерей в послеродовом периоде. Суммарная потеря железа до окончания беременности и лактации составляет 1200–1400 мг [6].

Цель работы — оценка клинической эффективности схемы прегравидарной подготовки у женщин, имеющих в анамнезе указания на перенесенные железодефицитные состояния.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе женской консультации № 3 и городского роддома № 2 (г. Одесса) в течение 2009–2013 годов. Под наблюдением находились 130 женщин, в том числе 50 женщин с отягощенным по железодефицитным состояниям анамнезом, которые получали полноценную прегравидарную и периконцепционную подготовку (основная группа), и 50 женщин с железодефицитной анемией в анамнезе, не получавших профилактических средств на прегравидарном этапе (группа сравнения). В качестве контроля обследованы 30 практически здоровых беременных женщин, не имевших в анамнезе указаний на перенесенные железодефицитные состояния.

Обследование женщин проводили в соответствии с требованиями действующих клинических протоколов, регламентированных Приказом министерства здравоохранения Украины № 782 от 29.12.2005 «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи» [7]. Возраст беременных колебался от 20 до 35 лет (в среднем 27,5±1,2 года).

У всех пациенток выполнен комплекс клинических наблюдений, проведение ультразвуковой фетоплацентометрии, доплерометрии, изучение гормональной функции плаценты. Определение гормонов фетоплацентарного комплекса в сыворотке крови беременных — эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена, а также специфических маркеров феррокинетики — ферритина и трансферрина проводили иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем (ИФА, DRG, США; ИФА «Хема», «Вектор-Бест», Россия). При проведении доплерометрии на ультразвуковом аппарате Toshiba Xaria SSA 660A (Япония) оценивали маточно-плацентарный кровоток с использованием импульсной доплерометрии и цветного доплеровского картирования.

Предлагаемая программа подготовки женщин с железодефицитной анемией до беременности и родов включала [8, 9]:

1. Диагностику железодефицитного состояния с проведением соответствующего лечения, нормализация и рационализация питания.

2. Выявление сопутствующей патологии и ее коррекцию.

3. Выбор адекватного патогенетически обоснованного метода контрацепции для создания необходимого для проведения полноценных терапевтических мероприятий на протяжении интервала между беременностями.

4. Проведение полноценной пренатальной подготовки с выделением беременных группы риска по развитию осложнений беременности и родов с обоснованием тактики их дальнейшего ведения и родоразрешения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США) [10].

Результаты исследования

При оценке гематологических показателей установлено, что легкие формы ЖДА встречались у 68,0% женщин. При этом уровень гемоглобина у них составил в среднем 109,4±1,1 г/л. В большинстве случаев (81,7%) анемия была обнаружена в I триместре, в 17,3% — во II триместре беременности.

Следует отметить, что у всех обследованных женщин основной группы и группы сравнения отмечалось наличие одного и более соматических заболеваний в анамнезе. У 86 (86,0%) пациенток отмечали частые инфекционные заболевания в детском и юношеском возрасте. На первом месте в обеих группах была ангина. У пациенток с анемией часто регистрировались острые и обострения хронических воспалительных заболеваний. В структуре их доминировал пиелонефрит (14,0%).

Структура заболеваний ЖКТ в основной группе и группе сравнения была представлена хроническими гастритами (10,0 и 12,0%), хроническим панкреатитом (6,0 и 3,0%), хроническим холециститом (2,0 и 4,0%), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (2,0% — в группе сравнения), болезни Крона (2,0% в основной группе). Это обстоятельство немаловажно, т.к. патология ЖКТ может способствовать нарушению всасывания железа в желудочно-кишечном тракте, способствуя развитию железодефицитной анемии.

Отмечался высокий процент эндокринных нарушений, и в основной группе, и в группе сравнения (34,0 и 30,0% соответственно), среди которых преобладал метаболический синдром и алиментарно-конституционное ожирение. Это подтверждает тезис о том, что несбалансированное нерациональное питание способствует развитию анемии, кроме того, несомненно, на ход железодефицитных состояний влияют эндокринные нарушения. Учитывая все факторы, способствующие развитию ЖДА у женщин репродуктивного возраста, планирующие рождение ребенка, и возможные осложнения гестации, связанные с сопутствующей анемией, мы разработали программу прегравидарной подготовки женщин с железодефицитной анемией. Данная программа включает диагностику железодефицитного состояния с проведением соответствующего лечения совместно с принятием социальных и медицинских мер по сбалансированности и рационализации питания; выявление сочетанной патологии и ее коррекции; выбор адекватного патогенетически обоснованного метода контрацепции для создания необходимого для проведения полноценных терапевтических мероприятий интервала между беременностями; проведение прегравидарной подготовки и полноценной пренатальной подготовки с выделением беременных группы риска по развитию осложнений беременности и родов с обоснованием тактики их ведения и родоразрешения, что позволит значительно улучшить перинатальные исходы у данной категории женщин. Необходимым компонентом прегравидарной подготовки женщин с ЖДА является соблюдение интервала между беременностями от 2 до 4 лет в зависимости от тяжести анемии. Так,



при анемии легкой степени допустимый срок между предыдущими родами и следующей беременностью — два года, тогда как при тяжелой и экстремальной анемии необходимо как минимум четыре года для лечения и создания готовности организма женщины к новой беременности [4, 8, 9].

Установлено, что на этапе планирования беременности у 40,0% женщин основной группы и 36,0% группы сравнения имел место латентный дефицит железа. Применение коррекционных средств позволило на начало беременности полностью нормализовать показатели содержания сывороточного железа и ферритина у женщин основной группы. В группе сравнения, несмотря на проводимые мероприятия в течение беременности, у 56,0% женщин проявления дефицита железа в виде анемии сохранились до момента родов.

При анализе осложнений беременности в каждой группе было обнаружено, что течение беременности без осложнений наблюдалось в основной группе чаще, чем в группе сравнения: соответственно, в 82,0 и 24,0% ($p < 0,05$). Во второй половине беременности наиболее частыми осложнениями были гестозы и дисфункция плаценты, которая развивалась в основной группе втрое реже, чем в группе сравнения. Следует отметить, что угроза прерывания беременности также встречалась в 2,3 раза реже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Гормональный профиль женщин группы сравнения отличался умеренным снижением содержания пролактина и прогестерона. В частности у 45 (90,0%) беременных группы сравнения имело место снижение продукции пролактина до уровня $177,33 \pm 5,44$ нмоль/л ($197,5 \pm 7,1$ нмоль/л в контроле), уровня прогестерона в сыворотке крови — до $229,4 \pm 12,5$ нмоль/л ($364,7 \pm 13,3$ нмоль/л при неосложненном течении гестационного процесса; $p < 0,05$). Изменения концентрации эстриола в сыворотке крови, косвенно свидетельствующие об ухудшении состояния плода, определялись преимущественно у женщин с выраженными клиническими проявлениями дефицита железа (группа сравнения). Однако при сопоставлении значений в контрольной и основной группе достоверных различий не установлено ($3,2 \pm 0,3$ и $2,6 \pm 0,2$ нмоль/л соответственно).

При анализе исходов беременности у всех женщин, включенных в исследование, отмечено, что в течение всего периода беременности и лактации у женщин основной группы анемии не наблюдалось. Беременность завершилась преждевременно на сроке 28-36 недель у 2 (4,0%) женщин основной группы, и у 8 (16,0%) женщин группы сравнения.

При изучении зависимости течения родового акта от наличия сопутствующей анемии было обнаруже-

но, что большинство осложнений течения родового акта наблюдалась значительно чаще в группе сравнения ($ОШ=1,6$ (ДИ 95% 1,1-2,1), чем в основной и контрольной группах. Наиболее часто в группе сравнения регистрировалась первичная слабость родовой деятельности, которой, как правило, предшествовал патологический прелиминарный период. Наши наблюдения также свидетельствуют, что у женщин основной группы необходимость оперативного вмешательства при родах возникала в 1,3 раза реже, чем у женщин из группы сравнения ($p < 0,05$).

При оценке гематологических показателей установлено, что легкие формы ЖДА встречались у 68,0% женщин. При этом уровень гемоглобина у них составил в среднем $109,4 \pm 1,1$ г/л.

В большинстве случаев (81,7%) анемия была обнаружена в I триместре беременности, в 17,3% — во II триместре. У 23 (15,3%) беременных с железодефицитом показатели красной крови были в пределах физиологической нормы. После проведенного лечения во всех группах наблюдения нормализовались показатели гемограммы и значительно возросла обеспеченность организма железом. При этом уровень гемоглобина у беременных составил в среднем $119,6 \pm 1,4$ г/л, что достоверно выше исходных значений.

Следует отметить, что средний уровень гемоглобина после родов в основной группе был сравним с показателями у беременных контрольной группы, что можно объяснить созданием адекватного запаса железа в организме.

Учитывая значительную распространенность дефицита железа у женщин репродуктивного возраста, представленные результаты являются аргументом в пользу того, что любая беременность должна быть планируемой. Рациональная схема контрацепции, коррекция рациона питания, своевременное лечение заболеваний, сопровождающихся синдромом мальабсорбции и хронической кровопотери, а также возмещение дефицита железа с помощью адекватной медикаментозной терапии позволяют значительно улучшить состояние беременной и избежать ряда патологических состояний, в том числе дисфункции плаценты.

Заключение

1. Предложенная комплексная прегравидарная подготовка, включающая патогенетические средства по коррекции факторов риска железодефицитных состояний, позволяет полностью нормализовать гематологические и феррокинетические показатели до планируемого момента зачатия.

2. Установлено достоверное уменьшение частоты развития осложнений беременности и родов у женщин с железодефицитной анемией при проведении комплексной прегравидарной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малкоч А.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия у женщин детородного возраста / А.В. Малкоч, Л.А. Анастасевич, Н.Н. Филатова // Лечащий врач. — 2013. — № 4. — С. 37.
2. Серов В.Н. Железодефицитная анемия в гинекологической практике: основные принципы лечения / В.Н. Серов, Н.В. Дубровина, А.А. Балущкина // Русский медицинский журнал. — 2011. — Т. 19. № 1. — С. 1-4.
3. Кузнецова И.В. Гормональная контрацепция и прегравидарная подготовка: можно ли совместить? / И.В. Кузнецова // Проблемы репродукции. — 2013. — № 1. — С. 21-25.
4. Miller J.L. Iron deficiency anemia: a common and curable disease / J.L. Miller // Cold Spring Harb Perspect Med. — 2013 — Vol. 3(7). — a011866.
5. Анчева И.А. Клінічна епідеміологія анемії вагітності на півдні України: ретроспективне дослідження / І.А. Анчева // Вісник проблем біології і медицини. — 2013. — Т. 2, № 3. — С. 112-114.

6. Анчева И.А. Инструменты скрининга для выявления латентного железодефицита у беременных. / И.А. Анчева // Современная медицина: актуальные вопросы. — 2013. — № 22. — С. 6-10.
7. Наказ МОЗУ № 782 від 29.12.2005 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Електронний ресурс. Режим доступу: www.moz.gov.ua
8. Багрий Е.Г. Подготовка женщин с железодефицитной анемией с целью улучшения исходов гестации для матери и плода / Е.Г. Багрий, А.Д. Пашаева // Естествознание и гуманизм. — 2010. — Т. 6, № 1. — С. 3-4.
9. Пашаева А.Д. Планирование беременности и совершенствование прегравидарной подготовки у женщин с железодефицитной анемией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2008. — 141 с.
10. Боровиков В.П. Statistica. Искусство анализа данных на компьютере / В.П. Боровиков. — СПб: Питер, 2004. — 688 с.