



И.Н. ШАХОВСКАЯ, С.В. ЦУРКАН

616.155.194.8-084:618.2

Департамент здравоохранения мэрии, г. Тольятти

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области

Региональные аспекты профилактики и лечения анемии у беременных

Шаховская Ирина Николаевна

главный специалист департамента здравоохранения мэрии г. Тольятти

445020, Самарская область, г. Тольятти, ул. Белорусская, д. 33, тел. (8482) 63-79-88, e-mail: kin@zdravtlit.ru

Представлены данные о влиянии анемии беременных на течение беременности, родов, послеродовой период, состояние плода и новорожденного. Подчеркнута роль национального проекта «Здоровье» в снижении частоты анемии у беременных и, как следствие, перинатальных потерь.

Ключевые слова: анемия, беременность, препараты железа, перинатальные потери.

I.N. SHAKHOVSKAYA, S.V. TCURCAN

Health Care Department, Tolyatti

Department of Health and Social Development of the Samara region

Regional aspects of the prevention and treatment of anemia in pregnant

The data on the impact of anemia in pregnant women during pregnancy, childbirth, postpartum period, state the fetus and newborn are presented. The role of the national project «Health» in reducing the incidence of anemia among pregnant women and as a consequence of perinatal loss was highlighted.

Keywords: anemia, pregnancy, iron supplements, perinatal loss.

Распространенность анемии у беременных является показателем, характеризующим экономический и социальный уровень государства, состояние и развитие системы здравоохранения и службы родовспоможения [1, 7]. Частота железодефицитной анемии (ЖДА) в развивающихся странах колеблется от 35 до 75%, а в развитых составляет 18-20%. По заключениям экспертов Всемирной организации здравоохранения, при постановке диагноза ЖДА по показателям сывороточного железа и железосвязывающей способности сыворотки крови частота заболевания возрастает на 49-99% [3].

Анемия является своеобразным маркером качества жизни. Наибольшая частота анемии регистрируется в федеральных округах с наименьшим уровнем среднедушевого денежного дохода, а максимальный темп прироста частоты анемии отмечен в 1992 году, когда наблюдалось наибольшее неблагополучие в стране по основным демографическим показателям [2].

По данным О.И. Линевой и соавт. (2003), развитию анемии у беременных способствует также экологическое неблагополучие. Изучение направленности течения метаболических про-

цессов и состояния гемопоза у беременных показало прямую связь между частотой анемий и высоким уровнем антропогенного загрязнения в зоне проживания [4].

Анемия у беременных неблагоприятно влияет на течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного, способствуя увеличению частоты преждевременных родов, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода, аномалии родовой деятельности, инфекционных осложнений у родильниц, частоты и объема патологической кровопотери в родах и послеродовом периоде [5, 8].

Дефицит железа в период беременности может нанести необратимый вред здоровью плода и новорожденного. Патогенетической основой этого является тканевая гипоксия, вызывающая нарушение процессов гистогенеза плода с поражением нервной системы и других жизненно важных органов, что проявляется развитием у ребенка гипоксической энцефалопатии и других неврологических расстройств, соматических нарушений [6]. Таким образом, проблема анемии у беременных имеет как медицинские, так и социальные аспекты.



Цель нашего исследования — изучение эффективности реализации программы лекарственного обеспечения беременных женщин препаратами железа в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» — «Родовый сертификат» в городском округе Тольятти.

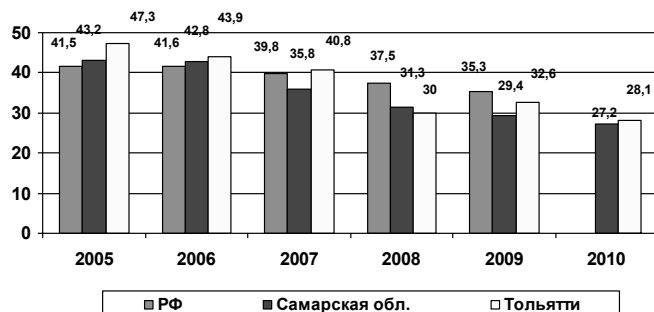
Динамика показателей здоровья беременных женщин и новорожденных детей изучалась на основании статистические отчетов департамента здравоохранения мэрии г.о. Тольятти (учетная форма № 32). Проанализирована частота анемий в лечебно-профилактических учреждениях городского округа Тольятти у беременных и родильниц за период до начала работы направления «Родовый сертификат» в 2005-2006 годах в сравнении с периодом работы программы в 2007-2010 годах. Углубленный анализ клинических исходов выполнен по результатам специально разработанных анкет у 152 беременных женщин.

Функциональное состояние системы «мать-плацента-плод» оценивали по данным, полученным при эхографическом, доплерометрическом исследовании при помощи ультразвуковых диагностических приборов фирм Aloka, Ltd. модели SSD-4000 (Япония) и Acuson (США), кардиотокографическое исследование — с помощью фетального кардиомонитора Oxford Sonicaid Team (Великобритания) и анализатора состояния плода во время беременности АУСП 1-01 (Россия).

Город Тольятти — второй по численности населения среди городов Самарской области (22,7% населения области), входит в двадцатку крупнейших городов Российской Федерации. По сложившимся социально-производственным характеристикам и соотношению групп занятого населения г. Тольятти относится к городам с гипертрофированной промышленной функцией, обеспечивающей 55% валового продукта области. Высокая концентрация промышленных предприятий машиностроения, нефтехимии и энергетики в непосредственной близости от жилой застройки города, а также численность автотранспорта отражаются на экологической ситуации в городе, обуславливая высокий уровень техногенного загрязнения воздушного бассейна. Таким образом, существуют многочисленные факторы, которые позволяют считать анемию беременных важной региональной проблемой, требующей ее решения.

В Тольятти динамика распространенности анемии у беременных в 2005-2010 гг. отражает общероссийские тенденции — снижение частоты заболевания, но в то же время уровень патологии превышает областные и федеральные значения (рис. 1).

Рисунок 1.
Динамика заболеваемости беременных анемией (%) по РФ, Самарской области и г. Тольятти в 2005-2010 гг.



Углубленный анализ случаев анемий у беременных показал, что в исследуемой группе средний возраст женщин составил 29,5 года, первородящие составили 61%, из них 78,4%

имели в анамнезе выкидыши и/или искусственный аборт, ранняя явка составила 78,8%. По возрасту исследуемая группа распределилась следующим образом: 15-19 лет — 13,5%, 20-24 г. — 38,5%; 25-29 лет — 26,9%; 30-34 года — 13,5%; 35-39 лет — 5,8%; 40-44 года — 1,9%.

По социальному статусу женщин: служащие составили большинство — 36,5%, 28,8% — домохозяйки; женщин рабочих специальностей — 23,1%, студенты и учащиеся — 9,6%, 1,9% — безработные. Работали во вредных условиях — 5,8%. Труд исследуемых беременных был сопряжен или с физическими нагрузками, или психоэмоциональным напряжением. Брак зарегистрирован у 76,9%, каждая четвертая женщина не создала полноценной семьи. Добрую половую жизнь начали вести 76,9 % женщин.

Контрацепцией до беременности пользовались 87,5% женщин, причем 25% — пользовались комбинированными оральными контрацептивами, 59,6% — презервативами, 12,5% — не предохранялись от беременности. Обращает на себя внимание тот факт, что 28,8% беременных имели вредные привычки — 26,9% курили до и во время беременности, 1,9% — принимала наркотики.

По данным анкетирования, большинство беременных с ЖДА предъявляли жалобы на слабость, утомляемость, нарушение сна, эмоциональную неустойчивость, снижение памяти и другие. Клинически выраженные общеанемические и сидеропенические симптомы имели 19,5% беременных, у остальных диагноз был поставлен по показателям гемограммы. У всех беременных анемия носила гипохромный характер и сопровождалась снижением гемоглобина $-95,3 \pm 12,1$ г/л и цветового показателя $-0,88 \pm 0,09$ без существенных изменений в количестве эритроцитов $3,37 \pm 0,52 \times 10^9$ в 12/л.

Заключение о степени тяжести анемии проводили на основании классификации М.М. Шехтмана (1997): анемия 1-й степени имела у 59,9% женщин, 2-й степени — у 40,1%.

Анализ показал высокую частоту экстрагенитальной патологии в данной группе: так, 70% женщин имели соматические заболевания до беременности: анемия — 14%, заболевания мочеполовой системы — 25%, заболевания желудочно-кишечного тракта — 9%, заболевания печени — 12%. Прослеживается прямая корреляция между частотой соматической патологии и частотой анемии беременных.

Оценивая структуру осложнений гестационного процесса, мы установили, что ведущее место в их структуре занимают гестозы — 61% (срок выявления заболевания — $32,7 \pm 4,2$ недели), затем следуют угроза прерывания беременности — 52% (на сроке $16,4 \pm 9,3$ недели), многоводие — 13,6% (на сроке $33,5 \pm 3,1$ недели). Признаки хронической внутриутробной гипоксии плода наблюдались у 67% беременных, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) — в 17,7% случаев.

При анализе функционального состояния плода в 73,2% случаев установлено снижение параметров variability базального ритма сердцебиений плода, более значимое при выраженной анемии. Регистрировалось снижение длительности эпизодов высокой variability от $4,5 \pm 0,13$ мин. до $4,2 \pm 0,11$ мин. ($p < 0,01$) в сравнении с физиологической беременностью. Одновременно установлено увеличение продолжительности эпизодов низкой variability. Изучение коротковолновой variability (STV), как одного из наиболее чувствительных параметров в обнаружении дистресса плода, показало снижение его в 43,8%, не достигающее критических значений (от $4,25 \pm 0,06$ мс до $4,45 \pm 0,04$ мс). У 59,2% беременных отмечено снижение количества высокоамплитудных акцелераций. Комплексная оценка кардиотокографической кривой, включающая анализ нестрессового теста и основных параметров, установила нормальный тип кардиотокограмм у 36,4%. В большинстве

наблюдений регистрировался подозрительный тип кардио-кографической кривой (63,6% случаев).

Предположения о гипоксии плода основывались также на данных УЗИ — по изменению толщины и структуры плаценты, аномальном количестве околоплодных вод, ЗВРП, функциональные изменения внутренних органов плода и данных доплерометрического исследования в системе «мать-плацента-плод».

Рисунок 2.

Динамика мертворождаемости и ранней неонатальной смертности по г. Тольятти в 2005-2010 гг.



У беременных, страдающих анемией, систоло-диастолическое отношение (СДО) в маточной артерии с увеличением срока гестации повышалось от $3,22 \pm 0,08$ до $3,64 \pm 0,08$, индекс резистентности (ИР) превышал 95 процентиль нормативных значений. Появление дикротической выемки в спектре кровотока в 4,6% случаев указывало на глубокие изменения маточно-плацентарной гемодинамики и развитие хронической плацентарной недостаточности у беременных с анемией.

Исходы беременностей в исследуемой группе распределились следующим образом: преждевременные роды — 23%, срочные роды с родовым излитием околоплодных вод — 44%, кесарево сечение, по различным показаниям, произведено у 22% беременных, страдающих анемией.

Выявленные особенности свидетельствуют об отягощающем влиянии анемии у беременных на течение самой беременности, ее исход, состояние плода, что приводит к развитию акушерской патологии, повышая риск материнской и перинатальной смертности, и требуют проведения лечебных и профилактических мероприятий как во время беременности, так и при ее планировании.

Основными особенностями железодефицитных состояний, в том числе и у беременных, являются их обратимость

и возможность предупреждения, поэтому профилактика их до беременности и коррекция во время беременности снижает риск осложнений беременности, родов, а также уменьшает патологические состояния у плода.

Организация системы лекарственного обеспечения препаратами железа в рамках реализации программы «Родовый сертификат» обеспечила снижение частоты анемий у беременных за период с 2005 по 2010 г. по г. Тольятти на 19,2% (с 47,3% в 2005 г. до 28,1% в 2010 г.), из них на 11,9% в период 2007-2010 гг., что выше темпов снижения как по Самарской области — 15,6% (с 43,2% в 2005 г. до 27,2% в 2010 г.), из них на 8,6% в период с 2007 по 2010 г., так и по Российской Федерации — на 6,2%.

Об эффективности применения ферропрепаратов у беременных с ЖДА говорит и уменьшение на 17,7% частоты анемий у родильниц (2003г. — 46,6%; 2010 г. — 28,9%). Это, несомненно, сказалось и на показателях перинатальных потерь, которые с 2005 по 2010 г. снизились на 2,7‰ (2005 г. — 6,8‰, 2010 г. — 4,1‰) (рис. 2).

Таким образом, эффективная реализация государственной социальной политики в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на примере лечения анемии беременных позволила снизить уровень гестационных осложнений и перинатальных потерь, улучшить показатели здоровья женщин и детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР, 2008. — 1342 с.
2. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Москва, 2008. — 46 с.
3. Куликов В.И., Серов В.Н., Соколова М.Ю. Неионные препараты железа в лечении железодефицитной анемии у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — № 5. — С. 48-52.
4. Линева О.И., Филиппова Т.Ю., Лашкина А.А. Холистическая модель охраны репродуктивного здоровья. — Самара. — 2007. — 207 с.
5. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. — М.: ЭКСМО, 2009. — 288 с.
6. Суханова Л.П. Перинатальные проблемы воспроизводства населения в России в переходный период. — М.: Канон+, 2006. — 272 с.
7. Шарапова О.В., Кокорина Е.В. Состояние здоровья детей и женщин в Российской Федерации // Вопросы практической педиатрии. — 2006. — Т. 1. — № 3. — С. 25-29.
8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: Триада-Х. — 1999. — 816 с.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140

В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848