

*Делькашева Ш.Д. ассистент  
Кафедрой госпитальной терапии и эндокринологии  
Андижанский государственный медицинский институт,  
Андижан, Узбекистан*

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛНОГО ВОЗРАСТА**

**Резюме.** В статье представлен обзор литературы последних лет по актуальной мировой проблеме в акушерской и перинатальной практике – железодефицитной анемии у беременных. Данная патология, несмотря на внедрение современных методов диагностики, профилактики и лечения, остается значимой в настоящее время. Установлено, что среди болезней крови у беременных на долю различных форм анемии приходится 90 %, из которых 75–90 % составляет железодефицитная анемия (ЖДА). Другие формы малокровия встречаются не чаще, чем в популяции небеременных женщин.

**Ключевые слова:** железодефицитная состояния, профилактика, беременная женщина, клинико-эпидемиологическая особенность.

*Delkasheva Sh.D. assistant  
Department of Hospital Therapy and Endocrinology  
Andijan State Medical Institute,  
Andijan, Uzbekistan*

## **RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF IRON DEFICIENCY IN FERTILIZED WOMEN**

**Resume.** The article presents a review of recent literature on an urgent global problem in obstetric and perinatal practice - iron deficiency anemia in pregnant women. This pathology, despite the introduction of modern methods of diagnosis, prevention and treatment, remains significant at the present time. It was found that among blood diseases in pregnant women, various forms of anemia account for

90%, of which 75–90% is iron deficiency anemia (IDA). Other forms of anemia are no more common than in the population of non-pregnant women.

**Key words:**iron deficiency state, prevention, pregnant woman, clinical and epidemiological peculiarity.

**Актуальность.** По данным Всемирной Организации Здравоохранения число беременных, у которых была обнаружена железодефицитная анемия, ежегодно достигает 20 млн. Несмотря на организацию профилактических программ во многих развитых странах, уровень ЖДА не снижается, а наоборот, отмечают тенденцию к его увеличению в 12 раз [2,5].

Если рассматривать мировую статистику, то частота встречаемости ЖДА у беременных почти в 3 раза ниже в развитых странах по сравнению с развивающимися. Это объясняется проводимыми на государственном уровне программами, предусматривающими обязательное обследование всех беременных женщин с целью дальнейшего ведения [1,7].

В настоящее время в России по данным различных источников уровень анемии у беременных остается на постоянном уровне и колеблется от 35 % до 42 % [4,6].

Большое значение ЖДА обусловлено не только высокой встречаемостью данной патологии в структуре экстрагенитальных заболеваний среди беременных женщин, сколько отрицательным воздействием на функционирование всех систем и органов, а также на беременность, роды, послеродовой периоды и на плод.

Анемия (от греческого «отсутствие крови») представляет собой клинико-гематологический симптомокомплекс, при котором отмечается снижение гемоглобина и (или) эритроцитов в крови.

Для железодефицитной анемии характерен недостаток железа в крови, красном костном мозге (ККМ), а также в депо (печень, селезенка, мышцы), что ведет к нарушению образования гема – основного структурного компонента гемоглобина [3].

Многие авторы выделяют так называемую физиологическую ЖДА беременных, проявляющуюся умеренным, а иногда и скрытым (латентным) дефицитом железа. Причина ее заключается в увеличении объема циркулирующей крови, необходимого для кровообращения плода. Благодаря физиологической ЖДА кровь изменяет свои реологические свойства, уменьшается ее вязкость, так как снижается гематокрит. При этом отмечается улучшение микроциркуляции, что является естественным адаптационным механизмом при беременности – нормальное функционирование плаценты и питание плода [8].

На сегодняшний день по данным Л.Ф. Можейко существуют нижние границы нормы гемоглобина по триместрам беременности: в первом триместре – 110 г/л, во втором – 105 г/л, в третьем – 100 г/л. Все, что ниже этих показателей, уже относится к патологической ЖДА.

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики, профилактики и лечения железодефицитных состояний у беременных и родильниц на основе установленных патогенетических вариантов.

**Материалы и методы исследования.** Проспективное исследование включало 102 женщин, разделенных в зависимости от задач исследования на 4 независимых группы.

**Результаты исследования.** Частота манифестного дефицита железа (МДЖ) у беременных и родильниц за последние 5 лет не имеет тенденции к снижению и составляет 25,9% у беременных и 11,2 % у родильниц.

При беременности, осложнённой МДЖ лёгкой степени, по сравнению с беременностью, не осложнённой дефицитом железа, в 4 раза чаще развивается плацентарная недостаточность и преждевременные роды; в 1,5 раза чаще - угроза прерывания беременности; у 1/3 пациенток послеродовой период осложняется МДЖ; достоверно чаще возникают послеродовые кровотечения и инфекционные осложнения; достоверно выше частота рождения недоношенных детей и осложнений у новорожденных в раннем неонатальном периоде. У беременных с МДЖ лёгкой степени не выявлено

достоверного влияния дефицита железа на массу тела доношенных детей и величину оценки их состояния по шкале Апгар при рождении.

У беременных и родильниц при развитии железодефицитных состояний отмечается снижение уровня коэффициента адекватности продукции эритропоэтина пропорционально стадии дефицита железа. Частота неадекватной продукции эритропоэтина в среднем выявляется у 47,2% беременных с МДЖ лёгкой степени, а у родильниц -пропорционально степени тяжести МДЖ (у 12% родильниц при лёгкой степени тяжести, у 50% - при средней и у 80% - при тяжёлой степени тяжести МДЖ).

Эффективность лечения препаратами железа беременных с ЖДС зависит от дозы элементарного железа и от уровня эндогенного эритропоэтина. У беременных с адекватным уровнем эритропоэтина, эффективность лечения в 2,5 раза выше по сравнению с таковым у беременных с неадекватным уровнем.

Разработан алгоритм диагностики, профилактики и лечения ЖДС, позволяющий на основании результатов скрининга беременных и родильниц (определение показателей различных фондов метаболизма железа) устанавливать патогенетический вариант ЖДС и индивидуализировать лечение.

Внедрение в широкую акушерскую практику разработанного алгоритма, позволяет выявлять ранние стадии ЖДС, эффективно предотвращать развитие МДЖ (94%) и связанных с ним осложнений у матери, плода и новорожденного, обеспечивать эффективное патогенетическое лечение.

**Вывод.** Таким образом, из всего вышеописанного можно сделать вывод о том, что ЖДА беременных является серьезной патологией, влекущей за собой множество осложнений со стороны как матери, так и плода. Поэтому данная проблема требует обязательной и незамедлительной коррекции.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1.Амонов, И.И. Опыт применения внутримышечного препарата железа в лечении послеродовой анемии Текст. / И.И. Амонов // Гематология и трансфузиология.- 2004.- Т.49, №2.-С.42-43.
- 2.Бщадзе, В.О. Применение препарата 3-х валентного железа «Ферлатум» и низкомолекулярного гепарина у беременных с анемией и тромбофилией Текст. / В.О. Бицадзе, Е.С. Егорова, А.Д. Макацария // Мать и дитя: Материалы VII Рос.форума. М., 2005. -С. 31-32.
- 3.Данилова, О.В. Показатели содержания некоторых микроэлементов в сыворотке крови при анемии беременных Текст. / О.В. Данилова, Л.М. Тухватуллина // Мать и дитя: Материалы IV Рос.форума. Часть 1.-М., 2002.- С. 265-267.
- 4.Холова, Д.П. Ультразвуковые показатели инволюции матки у первородящих женщин с анемией Текст. / Д.П. Холова, А.Т. Боев, Л.М. Джалилова // Мать и дитя: Материалы VII Рос. форума. -М., 2005.-С.282-283.
- 5.Akinsooto, P.J. Soluble transferrin receptors in anaemia of pregnancy Текст. / P.J. Akinsooto, T. Ojwang, J. Govender, et al. // J. Obstet. Gynaecol. -2001. -Vol. 21. -№ 3. -P. 250-252.
- 6.Haram, K. Iron supplementation in pregnancy evidence and controversies Текст. / K. Haram, S. Nilsen, R. Ulvik // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. -2001. - Vol. 80. -P. 683-688
- 7.Nishiyama, S. Zinc and IGF-I concentrations in pregnant women with anemia before and after supplementation with iron and/or zinc Текст. / S. Nishiyama, K. Kiwaki, Y. Miyazaki, et al. // Am. Coll. Nutr. -1999. -Vol. 18. -№ 3. -P. 261-267.
- 8.Ziae, S. Iron status markers in nonanemic pregnant women with and without iron supplementation Текст. / S. Ziae, M. Mehrnia, S. Faghizadeh // Int J Gynaecol Obstet.- 2008.- Vol. 100.- № 2. -P.:130-2.