

УДК: 616.215/4:195-012-62

Мамадалиева Мехриербегим Мансуржон-кизи

ассистент кафедры,

Кафедра акушерство гинекологии

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ АНДИЖАНСКОМ ОБЛАСТИ.

Аннотация: В обзорной статье дано определение железодефицитной анемии, представлены механизмы, влияющие на дефицит железа при беременности, осложнения беременности, родов и послеродового периода, методы коррекции и профилактики дефицита железа, включая современную альтернативу пероральному приему железа — его внутривенные формы, которые способствуют быстрому повышению уровня железа, а также не обладают токсичностью и легко переносимы.

Ключевые слова. карбомальтозат железа, олигоизомальтозат железа, внутривенное железо, железодефицитная анемия, дефицит железа, анемия беременных

Mamadaliyeva Mekhriyerbegim Mansurjon-kizi

department assistant,

Department of Obstetrics and Gynecology

Andijan State Medical Institute

Andijan, Uzbekistan

ANEMIA IN PREGNANT WOMEN: CLINICAL AND PATHOGENETIC APPROACHES TO PREGNANCY MANAGEMENT IN THE PERINATAL CENTER OF ANDIJAN REGION.

ANNOTATION: *The review article defines iron deficiency anemia, presents the mechanisms that affect iron deficiency during pregnancy, complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period, methods for correcting and preventing iron deficiency, including a modern alternative to oral iron intake - its intravenous forms, which contribute to a rapid increase iron levels, as well as being non-toxic and easily tolerated.*

Keywords: *iron carbomaltose, iron oligoisomaltose, intravenous iron, iron deficiency anemia, iron deficiency, anemia in pregnancy*

Актуальность. Анемия относится к числу глобальных проблем современного здравоохранения, в частности акушерства. Анемия беременных стабильно занимает первое место в ряду экстрагенитальной патологии беременных.

По данным ВОЗ, в мире железодефицитной анемией (ЖДА) страдают более 2 млрд человек (свыше 30 % населения), большинство из них женщины и дети. В России около 12 % женщин фертильного возраста страдают ЖДА, а скрытый дефицит железа, являющийся фактически предстадией ЖДА, наблюдается почти у половины женщин фертильного возраста.

Актуальность совершенствования методов лечения беременных с ЖДА обусловлена ростом заболеваемости и неблагоприятным влиянием на течение и исход гестационного процесса.

Железодефицитная анемия при беременности — состояние, обусловленное снижением содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементе, снижением его депонирования, высоким

темпом роста организма плода, что приводит к нарушению образования гемоглобина, гемической гипоксии с последующим развитием вторичных метаболических расстройств .

При анемии, возникшей на поздних сроках беременности, превалируют преждевременные роды у 11–42 %, основной причиной которых является фетоплацентарная недостаточность на фоне гемической и тканевой гипоксии, резкого снижения уровня железа не только в материнской крови, но и в плаценте.

При длительном течении анемии нарушается функция плаценты, происходит изменение ее трофической, метаболической и газообменной функций, что способствует развитию плацентарной недостаточности, синдрома задержки внутриутробного развития плода, что, в свою очередь, обусловлено резким снижением уровня железа в плаценте, изменением активности дыхательных ферментов. Кроме того, недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде становится одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей.

Неблагоприятно сказывается железодефицитное состояние у матери на состоянии новорожденного, которое может привести к хронической гипоксии, что находит выражение в таких клинических проявлениях, как гипотрофия, высокая частота асфиксии, нарушение созревания тканей плода с отставанием срока гестации (патологическая незрелость).

Постановка диагноза анемии у беременных складывается из данных анамнеза, физикального обследования и клинико-лабораторных показателей. Учитывая появление клинической картины анемии лишь при средней и тяжелой степенях анемии, однозначна ведущая роль оценки лабораторных показателей обмена железа и гемограммы с целью раннего скрининга его дефицита. Скрининг включает определение концентрации гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов, концентрации сывороточного ферритина, трансферрина, цветового показателя.

Важнейшим показателем анемии служит уровень гемоглобина, при котором следует диагностировать анемию.

По данным ВОЗ,

- легкая степень анемии характеризуется снижением уровня гемоглобина от 109 до 90 г/л;
- средняя степень — от 89 до 70 г/л;
- тяжелая степень анемии — 70 г/л и менее.

Концентрация сывороточного железа подвержена суточным колебаниям: снижается после 12.00 и максимально высока между 7.00 и 10.00 [26], и поэтому концентрация сывороточного железа не является патогномоничным признаком анемии.

Основными критериями ЖДА, отличающими ее от других патогенетических вариантов анемий, являются гипохромия эритроцитов, уменьшение среднего содержания Нв в эритроците, снижение содержания СЖ, стойкое снижение уровня СФ менее 15 нг/мл, тенденция к лейкопении. При выраженной анемии наблюдается умеренное увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

ЖДА следует дифференцировать от анемии хронических заболеваний, заболеваний аутоиммунного характера, инфекционно-воспалительных заболеваний. Отличительной особенностью феррокинетики, характерной для больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями, являются высокие значения сывороточного ферритина (СФ), которые не зависят от этиологии заболевания, но коррелируют со степенью тяжести анемии. Различие показателей норм объясняется влиянием на концентрацию сывороточного ферритина воспалительных, аутоиммунных факторов. Следовательно, при наличии инфекционного процесса в организме уровень ферритина может быть ложнонормальным или повышенным, поскольку апоферритин относится к острофазовым белкам [28].

. В заключение следует отметить, что анемия значительно отягощает течение гестационного процесса и послеродового периода, особенно после родоразрешения путем кесарева сечения, вследствие этого необходимо совершенствование методов лечения и оптимизация алгоритмов ведения беременных с анемией. Необходимо учитывать, что эффективность лечения зависит от своевременности постановки диагноза. Чем раньше приступить к лечению анемии, тем вероятнее восстановить запасы железа в организме беременной и избежать серьезных осложнений, связанных с дефицитом железа.

Список литературы

1. Дворецкий Л.И., Заспа Е.А. Железодефицитные анемии в практике акушера-гинеколога // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 29. – С. 1898. [Dvoreckij LI, Zaspa EA. Zhelezodeficitnye anemii v praktike akushera-ginekologa. Russkij medicinskij zhurnal. 2008;(29):1898. (In Russ.)]
2. Johnson-Wimbley TD, Graham DY. Diagnosis and management of iron deficiency anemia in the 21st century. Therap Adv Gastroenterol. 2011;4(3):177-84. doi: 10.1177/1756283X11398736.
3. UNICEF/UNU/WHO. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva: WHO/NHD; 2001.
4. Серов В.Н., Шаповаленко С.А., Флакс Г.А. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у женщин в различные периоды жизни // Атмосфера. Кардиология. – 2008. – № 2. – С. 17–20. [Serov VN, Shapovalenko SA, Flaks GA. Diagnostika i lechenie zhelezodeficitnyh sostojanij u zhenshhin v razlichnye periody zhizni. Atmosfera. Kardiologija. 2008;(2):17-20. (In Russ.)]
5. Пересада О.А., Котова Г.С., Солонко И.И. Железодефицитная анемия при беременности // Медицинские новости. – 2013. – № 2. – С. 6–12. [Peresada OA, Kotova GS, Solonko II. Iron deficiency anemia in pregnancy. Medicinskie novosti. 2013;(2):6-12. (In Russ.)]

6. Reducing risks, promoting healthy life: report World Health Organization. Geneva: WHO; 2002.