

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ СПОСОБОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Саркисова Л.В., Умидова Н.Н., Муаззамов Б.Б., Муаззамов Б.Р., Ахророва Л.Б.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

В данной статье приводятся сведения о причинах и течении анемии у беременных, на основе изучения качества жизни 40 пациенток с железодефицитной анемией (ЖДА) в ранних и поздних сроках беременности. При проведении отбора пациенток для обследования учитывались содержание гемоглобина в крови, сывороточного железа, возраст больных, наличие сопутствующих заболеваний. В зависимости от указанных показателей проводилось комплексное лечение, направленное на ликвидацию как самой ЖДА, так и заболеваний вызвавших данную патологию.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременность, комплексное лечение

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА КАМҚОНЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Саркисова Л.В., Умидова Н.Н., Муаззамов Б.Б., Муаззамов Б.Р., Ахророва Л.Б.

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Ушбу мақолада эрта ва кечки ҳомиладорлик давридаги темир танқислик камқонлиги (ТТА) бўлган 40 беморнинг ўрганиш асосида ҳомиладорларда камқонлик сабаблари ва патогенетик сабаблари таҳлилий ўрганилган. Тадқиқот олиб борилган беморлардаги гемоглобин миқдори, зардобдаги темир миқдори, ёши ва ҳамкор касалликлари текширилади. Юқоридаги кўрсаткичларга асосланиб ТТАга, ҳамда буни келтириб чиқарган касалликларга қарши патогенетик асосланган комплекс даволаш олиб борилгандаги таҳлилий тадқиқот натижалари берилган.

Калит сўзлар: темир танқислик камқонлиги, ҳомиладорлик, комплексли даволаш

WAYS TO IMPROVE THE PREVENTION AND TREATMENT OF ANEMIA DURING PREGNANCY

L.V. Sarkisova, N.N. Umidova, B.B. Muazzamov, B.R. Muazzamov, L.B. Ahrorova

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

This article provides information about the causes and course of anemia in pregnant women, based on the study of the quality of life of 40 patients with iron deficiency anemia (IDA) in early and late pregnancy. During the selection of patients for examination, the hemoglobin content in the blood was taken into account, whey iron, age of the sick, the presence of cooucomitant diseases. Depending on the indicators indicated ccmplex treatmen was carried out, aimed at eliminating as IDA itself, so the diseases that caused this pathology.

Key words: iron deficiency anemia, pregnant women, complex treatment

Актуальность

Одной из актуальных проблем в медицине является железодефицитная анемия (ЖДА), которая поражает более чем 30% населения всего мира, что составляет свыше 2 миллиардов человек. Основной контингент страдающих составляют женщины с различными сроками беременности. Неполноценное удовлетворение повышенной потребности организма матери и плода в железе, необходимым для нормальной жизнедеятельности органов, может приводить к серьезным, а порой и угрожающим жизни осложнениям [14]. К числу этих осложнений можно отнести влияние анемии на нарушение течения и развитие неблагоприятного исхода беременности, нарушение физического и умственного развития детей, повышение соматической заболеваемости и снижение трудоспособности матери, а также присоединение других сопутствующих заболеваний, которые были спровоцированы данной патологией [10,12,15]. Развитие и течение ЖДА во время беременности имеет связь с три-

местром, что наиболее выражено уже в более поздних сроках, соответствующее 80% среди всех страдающих анемией пациенток. Соответственно в I триместре встречаемость ЖДА мало выражена, составляя лишь 25%, тогда как во II триместре она проявляется в 60-65% случаев.

Исследуя причины возникновения ЖДА, ученые пришли к выводу, что они разнообразны и примерно в 40-60% случаев она может развиваться ещё до начала беременности, при которой дефицит соответствующего микроэлемента может варьировать в различных соотношениях [11,13]. Одной из причин заболевания, нередко приобретающих хронический характер и влияющих затем на качество жизни пациенток, могут быть кровотечения из расширенных геморроидальных узлов, которые не всегда вовремя выявляются. Они в свою очередь впоследствии могут быть причиной грозных осложнений, в связи нарушением функции жизненно важных органов [12,14,15,16]. Однако, следует учесть, что не всегда снижение уровня гемоглобина в крови может протекать одновременно с ЖДА,

в то время как нормальный показатель гемоглобина не всегда может свидетельствовать о достаточных запасах железа в организме. Даже при отсутствии снижения показателей гемоглобина, количества эритроцитов и гематокрита, могут иметь место признаки прелатентного или латентного дефицита железа [9, 11, 13, 14].

Наличие ЖДА, особенно до начала гестации, значительно увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность, синдром задержки развития плода наблюдается в 32% случаев, гипоксическая травма мозга плода - в 40%. Сочетание ЖДА и плацентарной недостаточности осложняет гестационный процесс в 20-40% наблюдений [7,10,12].

Основными критериями ЖДА являются снижение уровня гемоглобина и цветового показателя, отражающего содержание гемоглобина в эритроците [1,3,6]. Морфологически определяется гипохромия, эритроцитоз, микроцитоз, анизоцитоз и пойкилоцитоз [2,4]. Содержание ретикулоцитов в крови, как правило, остается в пределах нормы. Важное диагностическое значение имеют снижение уровня сывороточного железа и ферритина и повышение выше нормативных значений трансферрина и общей железосвязывающей способности сыворотки [4,5,7]. В последнее время важное значение отводится определению уровня трансферриновых рецепторов в плазме крови, которые являются чувствительным индикатором степени тканевого дефицита железа [6,10,12]. Согласно рекомендации ВОЗ нижняя граница нормы концентрации гемоглобина для беременной снижена до 110 г/л (вне беременности - 120 г/л), гематокрита - до 33% (вне беременности - 36%). Лабораторные критерии: Помимо гемоглобина (Hb), как параметра функционального фонда, определяются другие гематологические показатели: количество эритроцитов (RBC) и гематокрит (Ht). Запасный фонд оценивается по уровню ферритина сыворотки (СФ), а железо-регуляторный - по эритрокинетическим показателям: эритропоэтин (ЭПО) и коэффициент адекватности продукции ЭПО [1,8,9,11].

У беременных, страдающих анемией тяжелой степени, риск затруднения самостоятельных родов возрастает по мере снижения гемоглобина и нарастания гипоксии в органах и тканях в связи с развитием профузных, гипо- и атонических кровотечений, тяжелых коагулопатий и послеродовых септических заболеваний [4,12,14]. Тяжелая анемия является основной причиной и пусковым механизмом развития осложнений, приводящих к материнской смертности и перинатальной патологии. Среди умерших матерей ЖДА отмечается преимущественно среднетяжелой (20%), тяже-

лой степени (60%) и крайне тяжелой степени (20%). Отмечен большой удельный вес умерших матерей с анемией средней и тяжелой степени (55,7%), беременность и роды у которых в 7% случаев осложнились патологической кровопотерей [11,13,16].

Цель исследования: улучшение результатов лечения анемии и профилактики осложнений родов путем совершенствования качества оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Материал и методы

За период с 2018 по январь 2019гг. нами обследовано 90(100%) беременных с анемией, из них 50(55,6%) - нелеченные, поступившие в родильное отделение с родовой деятельностью, и 40(44,4%) - получившие лечение в отделении патологии беременных.

Под нашим наблюдением находились 40 (44,4%) беременных с анемией, в возрасте от 19 до 35 (29±0,5) лет, состоявшие на учёте в женских консультациях, как у гинеколога, так и проктолога, и проходившие лечение в отделении патологии беременных Бухарского городского родильного комплекса №1 и в отделении колопроктологии областного многопрофильного медицинского центра.

Критериями отбора беременных в группы явились содержание гемоглобина 95 г/л и ниже, сывороточного железа 15 мкмоль/л и ниже, гестационный возраст 20 недель и более, отсутствие или наличие других заболеваний, в том числе и хронические геморроидальные кровотечения.

Основными жалобами беременных с анемией были общая слабость, быстрая утомляемость, одышка при легкой физической нагрузке, мелькание "мушек" перед глазами, головокружение, носовые и геморроидальные кровотечения, нарушения сна и настроения без видимых причин, пониженный аппетит, зуд и временами болезненность в заднем проходе, запоры, ухудшение памяти.

В зависимости от вида антианемической терапии больные были разделены на 2 группы. В первую, контрольную группу включены 18 пациенток, получавших препараты железа в дозе 100 мг по 1-2 капсуле ежедневно в течение 2-3 месяцев, до достижения нормального уровня гемоглобина в крови. Во второй, основной группе, куда входили 22 пациентки с беременностью, которые получали препараты железа в дозе 100 мг по 1-2 капсуле ежедневно в течение 2-3 месяцев, до достижения нормального уровня гемоглобина в крови и РЭПО 2000 МЕд подкожно через 3 дня 2-3 инъекции в зависимости от степени тяжести анемии, что представлено в табл.1.1.

Таблица 1.1

Распределение беременных в зависимости от степени тяжести анемии (M±m)

Степень анемии (Hb, г/л)	Основная группа (n=22)		Контрольная группа (n=18)	
	абс.число	%	абс.число	%
Легкая (110 – 91)	7	32	6	33,3
Средней тяжести (90 – 71)	10	45	9	50
Тяжелая (70 и ниже)	5	23	3	16,7

Возрастные характеристики обследованных женщин представлены в таблице 1.2.

Таблица 1.2

Возрастная характеристика обследованных женщин

Возраст, лет	Основная группа (n=22)		Группа сравнения (n=18)	
	абс.число	%	абс.число	%
17-20	8	36,4	6	33,3
21-35	14	63,6	12	66,7

Данные таблицы показывают, что женщины сравниваемых групп находились преимущественно в возрастном интервале 21-30 лет (40%), характеризующимся как активный репродуктивный возраст. Юных женщин и женщин позднего репродуктивного возраста во всех обследованных группах было минимальное количество, за исключением беременных основной группы, в которой юные беременные составили 23,8%, старшего возраста - 3,2%.

Среди обследованных женщин в группах преобладали повторно беременные и повторнородящие с наличием второй или третьей беременности, которые не отличались в достоверно значимых пределах.

В акушерско-гинекологическом анамнезе имели место: медицинский аборт - у 6 (19,4%) пациенток, самопроизвольные выкидыши - у 3 (14,6%), неразвивающаяся беременность - у 4 (20,1%), антенатальная гибель плода - у 3 (43,4%).

Таблица 1.3

Исходы прежних беременностей у обследованных женщин

Исходы прежних беременностей	Группы беременных			
	I группа (n=18)		II группа (n=22)	
	абс.число	%	абс. число	%
Медицинские аборты	2	11,1	4	18
Самопроизвольные выкидыши	1	5,6	2	9
Неразвивающаяся беременность	2	11,1	2	9
Антенатальная гибель плода	7	38,9	1	4,5

Индекс здоровья обследованных женщин с учетом наличия по экстрагенитальным заболеваниям был сравнительно удовлетворительным.

Таблица 1.4

Экстрагенитальные заболевания в анамнезе у обследованных женщин

Заболевания	Группы беременных			
	Контрольная группа (n=18)		Основная группа (n=22)	
	Абс	%	абс	%
Заболевания органов дыхания:				
Хронический тонзиллит	1	5,6	1	4,5
Хронический гайморит			1	4,5
ОРВИ	8	44,4	10	45,4
Заболевания ССС:				
Гипертоническая болезнь	1	5,6	1	4,5
Варикозная болезнь	1	5,6	1	4,5
Заболевания крови:				
Анемия	18	100	22	100
Заболевания ЖКТ:				
Гастриты, колиты			1	4,5
Патология обмена веществ:				
Заболевания щитовидной железы	3	16,7	9	41
Ожирение	1	5,6	1	4,5

Как видно из таблицы 1.4. среди всех заболеваний ведущее место во всех группах занимали ОРВИ и ане-

мия, тогда как другие экстрагенитальные заболевания встречались у относительно малого числа пациенток.

Таблица 1.5

Гинекологические заболевания в анамнезе у беременных с ЖДА

Гинекологические заболевания	Группы беременных			
	Контрольная группа (n=18)		Основная группа (n=22)	
	Абс	%	Абс	%
Миома матки	1	5,6	1	4,5
Хронический аднексит	1	5,6	1	4,5
Хронический метроэндометрит	2	11,1	1	4,5
Кольпит	1	5,6	2	9
Эрозия шейки матки	2	11,1	2	9
Бесплодие			1	4,5
Нарушение менструального цикла	1	5,6	1	4,5

Перенесенные гинекологические заболевания зарегистрированы у 17 (42,5%) женщин, 23 женщины не указывали на имевшуюся когда-либо гинекологическую патологию.

Контингент рожениц был, подвергнут тщательному клиническому и лабораторному исследованию. В клиническое обследование входило изучение жалоб, жизненного, акушерского и гинекологического анамнеза с учётом заболеваний перенесенных до- и во время данной беременности. Проводилось общее, а также специальное акушерское исследование: наружная пальпация, аускультация плода, осмотр в зеркалах при дородовом разрыве околоплодных оболочек и излитии вод, влагалищное исследование, определение степени раскрытия шейки матки. Роженицам проводился общий анализ крови, мочи, выделений из цервикального канала, влагалища, уретры. Определяли

групповую и резус-принадлежность крови, анализ крови на HBsAg, RW, по согласию женщины - на ВИЧ/СПИД.

Определяли также некоторые биохимические показатели периферической крови: общий белок, АЛТ, АСТ, коагулограмму. По показаниям проводили пробы по Зимницкому, Нечипоренко, анализировали данные ЭКГ. Локализацию плаценты и размеры плода определяли путем УЗИ. Все беременные консультированы терапевтом.

Диагноз ЖДА выставляли на основании жалоб, анамнестических и клинических данных, а также содержания гемоглобина, эритроцитов, цветового показателя и показателей обмена железа (сывороточное железо ОЖСС и ферритин). Степень тяжести анемии оценивали по классификации ВОЗ (1999г.) (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Классификация анемии по степени тяжести

Степень тяжести	Гемоглобин (г/л)	Эритроциты(10x12/л)
I – легкая	110 – 91	3,6 - 3,2
II – средняя	90 – 71	3,2 - 3,0
III – тяжёлая	70 и ниже	3,0 – 1,5

Количественное определение содержания гемоглобина в крови проводилось гемоглобинцианидным методом, а также определялись концентрация железа и ферритина в сыворотке крови.

Полученные результаты показателей обмена железа обследованных беременных свидетельствовали о том, что анемия у обследованных беременных является железодефицитной. Дефицит железа в депо и сыворотке крови прогрессировал по мере нарастания тяжести анемии и гестационного срока, что указывало на повышенные потребности материнского организма.

Уровень железа в сыворотке беременных группы сравнения к концу лечения достоверно не изменился по отношению к исходному. У пациенток основной группы содержание сывороточного железа к концу лечения достоверно возросло.

Терапия РЭПО показала себя эффективным и безопасным методом лечения ЖДА, резистентной к ферротерапии. Уровень Нв< 90 г/л и неэффективность ферротерапии в течение 2-4 недель - достаточные показания для начала РЭПО терапии. Лечение ЖДА у беременных проводили до уровня Нв 110-120 г/л и затем переходили на профилактическую дозу железа - 30 мг/сутки рет ос до конца беременности.

Установлено, что отличительной особенностью течения беременности являлось прогрессирование анемии легкой степени у каждой второй, развитие ПЭ и дородового излития вод у каждой третьей. Роды часто осложнялись кровотечением во время беременности (ПОНРП - 6,3%) и после родоразрешения (13,5%) и травмами мягких родовых путей (70%). Синдром задержки развития плода и рождение маловесных детей отмечался у 30% пациенток.

Полученные данные свидетельствовали, что анемия представляет собой фактор высокого риска развития осложнений беременности и родов, что продиктовало необходимость оптимизации комплексной терапии патологии на протяжении всего периода гестации, которое позволит предупредить осложненное течение беременности и родов и явится одной из мер антенатальной охраны плода.

ВЫВОДЫ

1. Исследование показателей феррокинетики в динамике беременности показало, что анемия носит железодефицитный характер, при этом степень снижения содержания железа, КНТЖ и ферритина и повышения уровня трансферрина зависит от тяжести заболевания и сопутствующих заболеваний, сопровождающихся кровотечением, одним из которых может являться геморрой.

2. Лечение ЖДА только железосодержащими препаратами является не достаточно эффективным. Уровень $Hb < 90 \text{ г/л}$ и резистентность анемии к лечению препаратами Fe является показанием для РЭПО терапии, особенно при подготовке к родоразрешению. Сочетанная ферротерапия с РЭПО является эффективным и относительно быстрым методом купирования ЖДА беременных позволяющим заменить гемотрансфузию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айламазян Э.К., Зайнулина М.С. Арутюнян А.В. Отчет о проведении открытого проспективного рандомизированного сравнительного исследования эффективности и безопасности транексамовой кислоты (Транексам, ООО "МИР-ФАРМ") при абдоминальном родоразрешении беременных группы высокого риска развития кровотечения. //Санкт-Петербург, 2009.- С.13.
2. Айламазян Э.К., Самарина А.В., Тарасова М.А. Применение рекомбинантного эритропоэтина для лечения анемий в акушерской практике //Гинекология. 2010. 34-37 стр.
3. Артикходжаева Г.Ш. Современные подходы к лечению железодефицитной анемии у беременных //Medical express. - Ташкент, 2010. - №1. - С. 28-29.
4. Асадов Д.А., Нажмитдинов А.М., Сабилов Д.М. Скрининг, профилактика и лечение железодефицитной анемии. /Клиническое руководство.-Ташкент-2010.-С.7-22
5. Асадов Д. А.и соавт. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению ЖДА. //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- Ташкент, 2004,- №3. -С.2-8.
6. Ахмедова Д.Р. Особенности микроэлементного статуса у беременных с железодефицитной анемией - жительниц Караулбазарского района Бухарской области //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья - Ташкент, 2004.- №4. -С.11-13.
7. Ахмедова Д. Р., Курбанов Д. Д. Лечение железодефицитной анемии беременных с позиции микроэлементоза организма /Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент, 2010. - N3. - С. 85-88 (Шифр Н9/2010/3).
8. Аюпова Ф.М., Иноятова Ф.Х., Саиджалилова Д.Д., Шукуров Ф.И. Динамика содержания гемоглобина и параметров железа при экспериментальной анемии у беременных и их коррекция // Узб. биол. журн. - Ташкент, 2002. - №4. - С. 8-12.
9. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Орджоникидзе Н.В. и др. Динамика содержания гемоглобина и параметров железа при экспериментальной анемии у беременных //Рос. вестн. акушера-гинеколога. - 2006. - №1. - С.64-68.
10. Сухих Г.Т. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц. Под ред. Г.Т. Сухих. /М. Медицина 2009. 79 с.
11. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение). /Автореф. ... доктора мед. наук. Москва. 2008. 46 с.
12. Краснова Н.А. Лечение геморроя у беременных и родильниц //Акушерство и гинекология. 2011. № 8. С. 98-101.
13. Ломова Н.А. Геморрой у беременных и родильниц: принципы терапии // Медицинский совет. 2016. № 2. С. 22-25.
14. Серов В.Н., Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Гурская Т.Ю., Мурашко Л.Е. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц. /М. Медицина. 2009. 79 с.
15. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman //Gastroenterol Clin. Biol. 2008. 32 (5): 210-4.
16. Lohsiriwat V. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view //World J Gastroenterol, 2015 Aug 21; Vol. 21 (31), pp. 9245-52.

Поступила 01.03. 2019