

© МЕДВЕДЕВА И.Н., ХУРАСЕВА А.Б., 2016  
УДК 618.3-06:616.155.194.8]-085

*Медведева И.Н., Хурасева А.Б.*

## ОПЫТ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии ФПО, 305001, г. Курск

Для корреспонденции: Медведева Ирина Николаевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета последилового образования ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России; medirina2011@mail.ru

*Проведено обследование и лечение 68 беременных пациенток с диагностированной железодефицитной анемией (ЖДА) легкой степени на сроках гестации от 12 до 34 нед. Оценена эффективность комбинированного препарата железа и микроэлементов (железа глюконат, меди глюконат, марганца глюконат) в лечении ЖДА. Раннее выявление ЖДА, своевременная профилактика и лечение с использованием данного препарата позволили снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений.*

*Ключевые слова:* беременность; анемия; лечение железодефицитной анемии; экстрагенитальная патология; заболеваемость; профилактика.

*Для цитирования:* Медведева И.Н., Хурасева А.Б. Опыт терапии железодефицитной анемии беременных. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева.* 2016; 3 (1): 23—25. DOI: 10.18821/2313-8726-2016-3-1-23-25

*Medvedeva I.N., Khuraseva A.B.*

### EXPERIENCE IN THE THERAPY OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN

Kursk State Medical University, Kursk, 305001, Russian Federation

*There was executed the examination and treatment of 68 pregnant patients with diagnosed mild iron deficiency anemia (IDA) at gestational age from 12<sup>th</sup> to 34<sup>th</sup> weeks. There was estimated the efficacy of the combine preparation of iron and trace elements (iron gluconate, copper gluconate, manganese gluconate) in the treatment of IDA. Early detection of IDA, timely prevention and treatment with the use of this preparation allowed to reduce the rate of obstetric and perinatal complications.*

*Keywords:* pregnancy; anemia; treatment of iron deficiency anemia; extragenital pathology; morbidity rate; prophylaxis

*For citation:* Medvedeva I.N., Khuraseva A.B. Experience in the therapy of iron deficiency anemia in pregnant women. *Arkhiv Akusherstva i Ginekologii im. V.F. Snegiryova (V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal)* 2016; 3(1): 23—25. (In Russ.). DOI: DOI: 10.18821/2313-8726-2016-3-1-23-25

*For correspondence:* Irina N. Medvedeva, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Postgraduate Education. E-mail: medirina2011@mail.ru

*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.

*Funding.* The study had no sponsorship.

Received 27.10.2015

Accepted 27.02.2016

На фоне наблюдаемой в настоящее время негативной тенденции в состоянии здоровья беременных особое значение приобретает такая патология, как железодефицитная анемия (ЖДА).

Частота ЖДА у беременных варьирует в интервале 25—75% в зависимости от социально-экономического уровня жизни населения [1—3].

Очевидно, что по мере прогрессирования беременности увеличивается доля женщин, имеющих дефицит железа [1].

Актуальность проблемы ЖДА в акушерстве объясняется рядом причин. Так, с дефицитом железа связаны такие осложнения беременности, как хроническая плацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, угроза невынашивания беременности, преэклампсия. Вместе с тем на фоне ЖДА имеет место снижение иммунитета, что в свою очередь увеличивает восприимчивость к инфекциям, а послеродовой период осложняется гнойно-септическими заболеваниями [1, 4].

Среди осложнений со стороны плода чаще встречается рождение маловесных детей, и у новорожденных, так же как и у матери, может развиваться ЖДА.

Значимость ЖДА определяется еще и тем, что наблюдается резистентность к оральной ферротерапии, причиной которой являются нарушения всасывания препаратов железа при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [5].

Целью настоящего исследования явилась оптимизация антианемической терапии у беременных женщин в амбулаторных условиях.

### Материал и методы

Проанализированы данные, полученные при обследовании и лечении 68 беременных пациенток, которые находились под наблюдением в женской консультации № 7 Курска.

Критериями включения в исследование явились: согласие пациентки, одноплодная беременность, гестационный период от 12 до 34 нед, диагностированная

анемия легкой степени, содержание Hb менее 110 г/л, гематокрит (Ht) менее 37%, цветовой показатель менее 0,9, сывороточное железо (сЖ) менее 12,5 мкмоль/л. Исследование проводили на автоматическом биохимическом анализаторе BS-400 фирмы «Миндрей» (Китай).

Из исследования были исключены пациентки с многоплодной беременностью, имеющие заболевания ЖКТ в стадии обострения, анемию беременных средней и тяжелой степени, аллергические реакции на препараты железа, а также заболевания крови в анамнезе, в том числе анемию, не связанную с дефицитом железа.

У 68 беременных, которые дали информированное согласие на проведение лечения, была оценена эффективность препарата тотема («Лаборатория Иннотек Интернациональ»), в состав которого входит глюконат двухвалентного железа (50 мг) в комплексе с медью (0,7 мг) и марганцем (1,33 мг). Всем женщинам препарат тотема назначали в дозе 100 мг в 2 приема (2 ампулы питьевого раствора по 50 мг). Средняя длительность приема составила 27—30 дней.

У всех пациенток до начала приема препарата и через 1 мес после начала лечения определяли уровни гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, цветовой показателя, сывороточного железа.

Статистическую обработку полученных данных проводили методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента ( $t$ ) на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel. Вычисляли среднее значение ( $M$ ), среднеквадратическое отклонение ( $\sigma$ ) и ошибку средней арифметической ( $m$ ). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## Результаты

Средний возраст женщин составил  $27,9 \pm 1,5$  года. Доля служащих составила 66,2% ( $n = 45$ ), домохозяйек — 23,5% ( $n = 16$ ), медработников — 10,3% ( $n = 7$ ). Анализ репродуктивной функции показал, что доля повторно-беременных составляла 54,4% ( $n = 37$ ). Большинство (38, или 55,9%) пациенток имели сопутствующую экстрагенитальную патологию. Беременность протекала на фоне заболеваний почек у 23,5% женщин, осложнилась эндокринной патологией у 10,3%, сердечно-сосудистая патология выявлена у 11,8% обследованных. I триместр беременности протекал благополучно у 55 (80,9%) женщин, симптомы угрожающего выкидыша зарегистрированы у 7 (10,3%), анемия легкой степени диагностирована у 3 (4,4%). Во II триместре гестации отмечено снижение количества неосложненных беременностей до 27 (39,7%), увеличение частоты угрозы прерывания беременности до 13 (19,1%). III триместр беременности протекал с осложнениями у 57 (83,8%) женщин. Патология фетоплацентарного комплекса отмечена у 28 (38,2%) беременных: преждевременное старение плаценты — у 7 (10,3%), плацентомегалия — у 3 (4,4%), много- и маловодие — у 14 (20,6%), синдром задержки развития плода — у 5 (7,4%).

Выбор препарата для терапии ЖДА был основан на рекомендациях ВОЗ использовать у беременных препараты на основе глюконата железа [6]. Известно, что применение антианемических средств, в состав которых входит сульфат железа, сопряжено с побочными эффектами, особенно со стороны ЖКТ [7, 8].

Кроме того, авторы учитывали, что терапия ЖДА в амбулаторных условиях должна проводиться преимущественно пероральными препаратами железа [5]. Еще одним аргументом в пользу выбора препарата тотема была жидкая форма, улучшающая его распределение по слизистой кишечника, тем самым обеспечивающая более высокую усвояемость [9].

Вместе с тем принимали во внимание, что в состав препарат тотема входят такие микроэлементы, как марганец и медь, участвующие в окислительно-восстановительных процессах, что особенно важно во время беременности [10].

Эффективность терапии ЖДА препаратом тотема определяли по динамике гематологических показателей до начала терапии и после нее (см. таблицу).

Как следует из данных таблицы, на фоне терапии препаратом тотема через 1 мес у беременных с ЖДА отмечено достоверное повышение гематологических показателей и сывороточного железа по отношению к исходному уровню. При этом только у 3 (4,4%) пациенток выявлены незначительные диспепсические побочные эффекты в виде изжоги и тошноты, которые не помешали продолжить терапию.

Анализ особенностей и осложнений родов у беременных данной группы выявил, что роды в срок произошли у 88,2% женщин, запоздалые роды — у 7,4%, преждевременные — у 4,4%. Через естественные родовые пути родила 51 (75%) женщина. Кесарево сечение проведено 25% женщин по акушерским показаниям. У 65 (96%) обследованных и пролеченных женщин состояние новорожденных оценено по шкале Апгар на  $8,4 \pm 0,05$  балла. Антропометрические показатели детей при рождении демонстрируют гармоничное развитие: средняя масса плода при рождении составляла  $3569 \pm 58,5$  г, длина тела —  $53,4 \pm 0,6$  см.

Таким образом, данное исследование показало, что на фоне ЖДА увеличивается частота осложненных беременностей. Раннее выявление ЖДА, ее своевременная профилактика и лечение с использованием препарата тотема позволяет значительно снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений.

### Оценка эффективности терапии ЖДА у беременных препаратом тотема ( $M \pm m$ , %)

Показатель	До лечения	Через 1 мес	$p$
Гемоглобин, г/л	$98,6 \pm 3,8$	$119,4 \pm 5,1$	$< 0,01$
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	$3,2 \pm 0,12$	$3,8 \pm 0,22$	$< 0,05$
Цветовой показатель	$0,7 \pm 0,06$	$0,9 \pm 0,08$	$< 0,05$
Гематокрит, %	$32 \pm 1,5$	$38 \pm 2,6$	$< 0,05$
Сывороточное железо, мкмоль/л	$9,2 \pm 1,2$	$14,9 \pm 2,2$	$< 0,05$

По нашему мнению, хороший лечебный эффект терапии объясняется не только комплексным составом препарата, но и таким понятием, как «комплаенс». Так, использование уникальной формы препарата в виде питьевого раствора обеспечивает комфортный прием, быстрое всасывание и хорошо переносится пациентками. Принимая во внимание все вышесказанное, можно рекомендовать тотему для лечения ЖДА на этапе амбулаторно-поликлинического звена.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Серов В.Н., Жаров Е.В., Охупкин М.Б., Архипова В.И. Современные принципы профилактики и лечения железодефицитной анемии у беременных. *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов*. 2004; (4): 21-3.
2. Стуклов Н.И., Семенова Е.Н. Железодефицитная анемия. Современная тактика диагностики и лечения, критерии эффективности терапии. *Клин. мед.* 2013; (12): 61-7.
3. Breymann C. Iron deficiency and anaemia in pregnancy: modern aspect of diagnosis and therapy. *Blood Cells Mol. Dis.* 2002; 29 (3): 506-16.
4. Rayman M.P., Barlis J., Evans R.W., Redman C.W., King L.J. Abnormal iron parameters in the pregnancy syndrome preeclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187 (2): 412-8.
5. Михайлов И.Б. Железодефицитные состояния: выбор препаратов железа. *Методическое пособие для врачей*. СПб.; 2014.
6. Громова О.А., Торшин И.Ю., Хаджидис А.К. Нежелательные эффекты сульфата железа в акушерской, педиатрической и терапевтической практике. *Земский врач*. 2010; (2): 1-8.
7. Souza A.I., Batista Filho M., Bresani C.C., Ferreira L.O., Figueiroa J.N. Adherence and side effects of three ferrous sulfate treatment regimens on anemic pregnant women in clinical trials. *Cad. Saude Publ.* 2009; 25 (6): 1225-33.
8. Troost F.J., Saris W.H., Haenen G.R., Bast A., Brummer R.J. New method to study oxidative damage and antioxidants in the human small bowel: effects of iron application. *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* 2003; 285 (2): G354-9.
9. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния: когда и кому назначать Тотему? *Фарматека*. 2005; (6): 34-40.
10. Gambling L., Danzeisen R., Fosset C., Andersen H.S., Dunford S., Srai S.K. et al. Iron and copper interactions in development and the effect on pregnancy outcome. *J. Nutr.* 2003; 133 (5, Suppl. 1): 1554S-6S.

#### REFERENCES

1. Serov V.N., Zharov E.V., Okhapkin M.B., Arkhipova V.I. Modern principles of iron deficiency anemia prevention and treatment of pregnant. *Zhurnal Rossiyskogo obshchestva akusherov-ginekologov*. 2004; (4): 21-3. (in Russian)
2. Stuklov N.I., Semenova E.N. Iron-deficiency anemia. Modern diagnostic and treatment strategy. Criteria for therapeutic efficacy. *Klin. Med.* 2013; (12): 61-7. (in Russian)
3. Breymann C. Iron deficiency and anaemia in pregnancy: modern aspect of diagnosis and therapy. *Blood Cells Mol. Dis.* 2002; 29 (3): 506-16.
4. Rayman M.P., Barlis J., Evans R.W., Redman C.W., King L.J. Abnormal iron parameters in the pregnancy syndrome preeclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187 (2): 412-8.
5. Mikhailov I.B. Iron Deficiency States: Selection of Iron Supplementation. *Methodological Manual for Doctors (Zhelezodefitsitnye sostoyaniya: vybor preparatov zheleza. Metodicheskoe posobie dlya vrachey)*. St. Petersburg; 2014. (in Russian)
6. Gromova O.A., Torshin I.Yu., Khadzhidis A.K. Adverse effects of iron sulphate in the obstetric, pediatric and therapeutic practice. *Zemskiy vrach*. 2010; (2): 1-8. (in Russian)
7. Souza A.I., Batista Filho M., Bresani C.C., Ferreira L.O., Figueiroa J.N. Adherence and side effects of three ferrous sulfate treatment regimens on anemic pregnant women in clinical trials. *Cad. Saude Publ.* 2009; 25 (6): 1225-33.
8. Troost F.J., Saris W.H., Haenen G.R., Bast A., Brummer R.J. New method to study oxidative damage and antioxidants in the human small bowel: effects of iron application. *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* 2003; 285 (2): G354-9.
9. Konovodova E.N. Iron deficiency status: when and to whom to appoint Totem? *Farmateka*. 2005; (6): 34-40. (in Russian)
10. Gambling L., Danzeisen R., Fosset C., Andersen H.S., Dunford S., Srai S.K. et al. Iron and copper interactions in development and the effect on pregnancy outcome. *J. Nutr.* 2003; 133 (5, Suppl. 1): 1554S-6S.

Поступила 27.10.2015

Принята в печать 27.02.2016