

Л.Б. Маркін, д.м.н., професор, член-кореспондент НАМН України, **Л.М. Яценко**, к.м.н., кафедра акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, **В.О. Паєнок**, к.м.н., відділення патології вагітності Львівської обласної клінічної лікарні

Терапія вагітних з використанням препаратів заліза (III)

Анемія вважається одним із факторів ризику невиношування вагітності, затримки розвитку й загибелі плода. Частота залізодефіцитної анемії (ЗДА) вагітних становить 80% (якщо за критерій приймати рівень гемоглобіну) або 99% (якщо наявність анемії оцінювати за вмістом сироваткового заліза). Втрата заліза при кожній вагітності досягає 700- 900 мг. Основним напрямом у лікуванні ЗДА є призначення феропрепаратів.

Провідними факторами ризику виникнення ЗДА у вагітних можуть бути: незадовільні побутові умови, незбалансоване харчування, недостатнє надходження заліза, білків, вітамінів, фолієвої кислоти та мікроелементів, інтоксикації, у тому числі солями важких металів (шкідливе виробництво, проживання в екологічно несприятливих регіонах), хронічні інфекції, ревматизм, цукровий діабет, гастрит, захворювання нирок, обтяжена спадковість, часті пологи з тривалим лактаційним періодом.

Виділяють такі механізми ускладнення гестаційного процесу при ЗДА: нагромадження впродовж вагітності продуктів обміну, що мають токсичний вплив на червоний кістковий мозок; зміна гормонального балансу, а саме збільшення кількості естрогенів, які пригнічують еритропоєз; порушення окисно-відновлювальних процесів; імунологічні зміни, що відбуваються під впливом антигенної стимуляції з боку плода (пригнічення Т-клітинної ланки імунітету, підвищення протитканинної сенсibiliзації, нагромадження дрібнодисперсних агрегатів, низький рівень компонентів системи комплементу, зменшення загальної кількості лімфоцитів).

Поповнення вмісту заліза в материнському організмі відбувається внаслідок фізіологічного гемолізу з тонкої кишки, що здійснюється макрофагами шляхом деструкції старих еритроцитів у кістковому мозку і розщеплення гемоглобіну. Водночас спостерігається утворення нових еритроцитів, і при цьому макрофаги передають їм для синтезу гемоглобіну залізо з тонкої кишки. У разі недостатнього надходження заліза до організму або неповного його засвоєння в результаті дефіциту білка в організмі вагітної розвивається симптоматика тканинного дефіциту заліза або клінічна картина ЗДА. Біологічна роль заліза визначається його участю у тканинному диханні, тому для ЗДА характерна тканинна гіпоксія. Гемічна гіпоксія зумовлює вторинні метаболічні розлади, порушення стану функціональної системи «материнський організм-плацента-плід».

Основним напрямом у лікуванні і профілактиці ЗДА вагітних є раціональне харчування і призначення феропрепаратів. Бажано, щоб пероральний препарат заліза мав високий терапевтичний ефект, широкий діапазон безпеки з мінімальним ризиком випадкового передозування, добру переносимість з боку шлунково-кишкового тракту, не вступав у взаємодію з їжею або лікарськими засобами. Зазначеним вимогам відповідає новий феропрепарат Мальтофер, до складу якого входить оксид-полімальтозний комплекс тривалентного заліза. Цей макромолекулярний комплекс стабільний і не виділяє залізо у вигляді вільних іонів у шлунково-кишковому тракті. Структура препарату схожа з природною сполукою заліза – феритином. Завдяки такій подібності залізо (III) потрапляє з кишечника у кров шляхом активного всмоктування. Залізо, що всмоктувалося, зв'язується з феритином і зберігається в організмі, переважно в печінці. Пізніше в кістковому мозку воно включається до складу гемоглобіну. Залізо, що входить до складу полімальтозного комплексу гідроксиду заліза (III), не має антиоксидантних властивостей, притаманних простим солям заліза.

На нашу думку, заслуговують на увагу результати використання препарату Мальтофер для лікування ЗДА в термін 31-32 тижні вагітності.

Лабораторне підтвердження діагнозу ЗДА і контроль за ефективністю фармакотерапії базувалися на визначенні таких гематологічних показників: рівень гемоглобіну (Hb), гематокрит (Ht), кількість еритроцитів (E), рівень сироваткового заліза (Fe), загальний білок (CP). Отримані результати оцінювали згідно з міжнародними стандартами і на основі класифікації ВООЗ. Проводили реєстрацію кардіотокограми (КТГ). Висновки про біофізичну активність плода робили на підставі результатів дослідження його дихальних (ДРП) і генералізованих (ГРП) рухів, а також оцінки м'язового тону. За даними ехографічної картини робили висновок про кількість навколоплідних вод, визначали величину найбільшого вертикального розміру вільної ділянки амніотичної рідини (см). Комплексну оцінку біофізичного профілю плода (БПП) здійснювали за шкалою, наведеною в методичних

рекомендаціях «Затримка росту плода: діагностика, профілактика та лікування» (Київ, 2006). Ураховували клінічні ознаки анемічного і сидеропенічного синдромів.

Мальтофер призначали протягом 30 днів по 2 таблетки на добу під час або після їди. Одна таблетка містить 375 мг заліза (III) гідроксиду полімальтозату, що еквівалентно 100 мг заліза.

Вагітні із ЗДА скаржилися на зниження працездатності (80%), втоми (84%), поганий сон (76%), слабкість (72%), запаморочення (60%), зниження апетиту (40%). У 80% випадків спостерігалися явища епітеліопатії у вигляді сухості й випадіння волосся, ламкості нігтів. Блідість шкірних покривів і слизових оболонок зареєстровано у 60% жінок. Помірно виражену тахікардію виявлено у 46% обстежених.

За допомогою КТГ при ЗДА у вагітних у 36% випадків встановлено зниження реактивності серцевої діяльності плода. Зокрема, протягом 20-хвилинного спостереження реєстрували $2,7 \pm 0,4$ акцелерації. Амплітуда останніх становила $19,2 \pm 1,7$ уд/хв, тривалість – $23,5 \pm 2,2$ с. Заслужувало на увагу зниження варіабельності частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода. Амплітуда осциляцій становила $4,6 \pm 0,5$ уд/хв (рис. 1).

Протягом 30-хвилинного спостереження виявлено поодинокі епізоди розгинання кінцівок плода з подальшим поверненням їх у згинальне положення. Утрудненим було повернення плода до стану флексії після попереднього розгинання його спинки. Кількість ГРП становила $2,8 \pm 0,3$, епізодів ДРП тривалістю $43,3 \pm 4,3$ с – $1,7 \pm 0,4$. Оцінка БПП дорівнювала $5,6 \pm 0,3$ бала.

Результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив Мальтоферу на гематологічні показники у вагітних (рис. 2).

На тлі феротерапії спостерігалася покращення самопочуття вагітних, зниження частоти проявів анемічного і сидеропенічного синдромів (табл., рис. 3).

Призначення лікарського засобу Мальтофер вагітним із ЗДА позитивно впливало на основні показники стану плода. Після проведення курсу терапії БПП дорівнювала

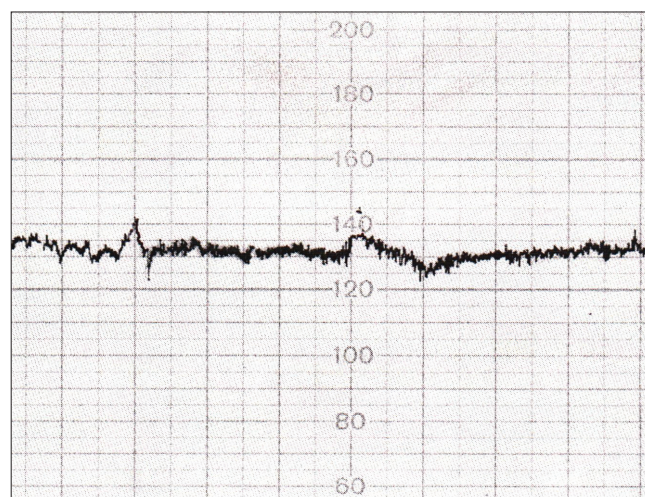


Рис. 1. Вагітність 31-32 тиж. ЗДА. КТГ. Поодинокі низькоамплітудні акцелерації при ундулюючому типі ЧСС плода

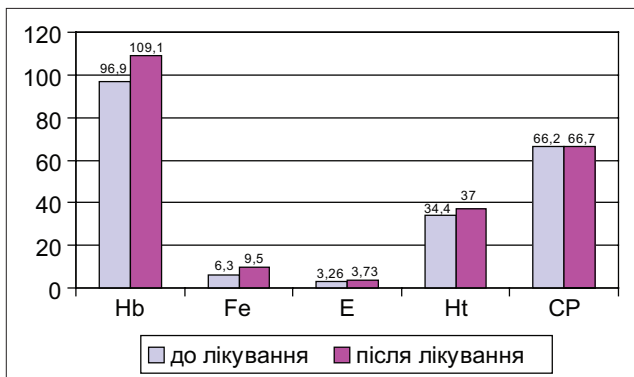


Рис. 2. Гематологічні показники до і після лікування препаратом Мальтофер



Л.Б. Маркін

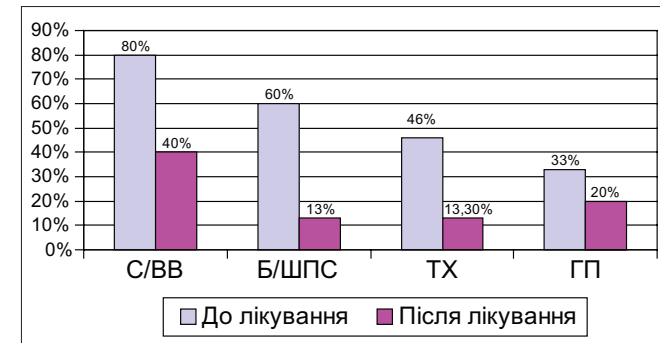


Рис. 3. Прояви сидеропенічного й анемічного синдромів у вагітних із ЗДА до і після лікування препаратом Мальтофер

C/BB – сухість і випадіння волосся;
B/ШПС – блідість шкірних покривів і слизових оболонок;
ТХ – тахікардія;
ГП – гіпотензія.

Таблиця. Скарги вагітних із ЗДА до і після лікування препаратом Мальтофер

Скарги вагітних	До лікування, %	Після лікування, %
Зниження працездатності	80	32
Втома	84	24
Поганий сон	76	32
Слабкість	72	28
Запаморочення	60	20
Зниження апетиту	40	20

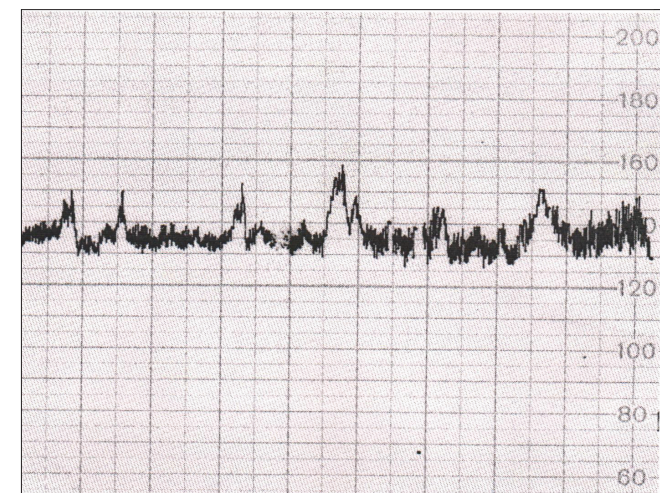


Рис. 4. Вагітність 35-36 тиж. Стан після курсу феротерапії. КТГ. Акцелерації достатньої амплітуди й частоти при хвилеподібному типі варіабельності ЧСС плода

$8,3 \pm 0,4$ бала. Здебільшого спостерігався хвилеподібний тип варіабельності ЧСС плода (амплітуда осциляцій – $6,5 \pm 0,4$ уд/хв, частота – $5,4 \pm 0,3$ уд/хв). Зареєстровано як періодичні, так і спорадичні акцелерації. Амплітуда останніх становила $23,3 \pm 1,7$ уд/хв, тривалість – $22,6 \pm 2,2$ с, кількість – $5,2 \pm 0,3$ (протягом 20 хв) (рис. 4).

Протягом 30-хвилинного ехографічного дослідження реєстрували в середньому $3,5 \pm 0,3$ ГРП та епізоди ДРП тривалістю 60 с і більше. Одразу після виконання рухів плід повертався до стану флексії, спостерігалася достатня кількість навколоплідних вод. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки амніотичної рідини становив 2 см і більше.

Заслуговує на увагу той факт, що Мальтофер добре переносився вагітними. Побічних ефектів на тлі його застосування не виявлено. Лише в одному випадку зареєстровано епізоди ранкового блювання на початковому етапі використання препарату.

Результати проведених досліджень показали, що призначення лікарського засобу Мальтофер забезпечує ефективну корекцію ЗДА у вагітних. Мальтофер має виражений антианемічний ефект, позитивно впливає на стан материнського організму і плода.