

Анемия беременных: современные аспекты лечения и профилактики

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота развития анемии у беременных женщин достигает 80-90%, при этом среди причин ее возникновения ведущая роль принадлежит железодефицитной анемии (ЖДА). Известно, что ЖДА может вызвать ряд осложнений как у матери, так и у плода: невынашивание, гестоз, аномалию родовой деятельности, хроническую гипоксию и синдром задержки развития плода и др. Развитие анемии у беременных может быть обусловлено патологией печени (хроническим гепатитом, гепатозом), тяжелым гестозом, когда возникают нарушения депонирования в печени ферритина и гемосидерина, а также недостаточность синтеза белков, транспортирующих железо.



О различных аспектах этой непростой проблемы, методах коррекции и путях профилактики ЖДА у беременных нашему корреспонденту рассказала профессор кафедры гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук Галина Анатольевна Анохина.

? Ни для кого не секрет, что анемия беременных является одним из широко распространенных состояний. К каким негативным последствиям может приводить ЖДА у беременных?

— В Украине за последние 10 лет отмечается значительное увеличение частоты ЖДА среди беременных. Дефицит железа во время беременности связан с увеличением потребности организма женщины в данном элементе. Так, при физиологической беременности необходимость в железе составляет от 800 до 1000 мг/сут. Возрастание потребности в этом элементе обусловлено тем, что около 300 мг железа расходуется на нужды плода и плаценты. Концентрация железа в организме женщины зависит от его запасов в селезенке, костном мозге, кишечнике, резорбции в желудочно-кишечном тракте, от синтеза и распада гемоглобина и его потери организмом. При беременности, особенно во второй половине, содержание железа в организме уменьшается, что обусловлено формированием депо железа у плода. В III триместре скрытый дефицит железа существует практически у всех женщин, у каждой третьей из них в дальнейшем развивается ЖДА, которая может неблагоприятно влиять на течение беременности и исход родов.

К ведущим причинам развития ЖДА у беременных, помимо физиологического повышения потребности в железе на обеспечение фетоплацентарного комплекса, относят снижение поступления железа с пищей, недостаток необходимых для его усвоения витаминов (аскорбиновой кислоты и др.), заболевания печени, тяжелый гестоз, частые роды с короткими интервалами между беременностями, многоплодие, лактацию, хронические инфекционные заболевания и др.

Наличие у беременных ЖДА приводит к увеличению частоты гестозов, самопроизвольного прерывания беременности и преждевременных родов, многоводия, родовой слабости, а также ассоциируется с повышением кровопотери в родах и риском послеродовых септических осложнений. Анемия беременных неблагоприятно влияет на состояние плода, может вызывать задержку его развития и провоцировать возникновение осложнений в раннем неонатальном периоде. Дефицит железа также связан со снижением иммунитета и повышением восприимчивости беременных к инфекционным заболеваниям. Анемия часто сопровождается и ухудшает течение большинства хронических инфекционных заболеваний, патологии почек, ВИЧ-инфекции, аутоиммунных нарушений и др.

? Какой объем диагностических исследований на современном этапе может считаться адекватным для установления диагноза ЖДА беременных?

— Наиболее достоверной для выявления ЖДА у беременных является лабораторная диагностика. Согласно рекомендациям ВОЗ, к критериям ЖДА при беременности относят содержание гемоглобина крови <110 г/л, количество эритроцитов <3,5×10¹²/л, снижение цветового показателя до ≤0,85, гематокрита — <0,33, уровень железа сыворотки крови <12,5 мкмоль/л. Основные особенности ЖДА — низкий цветовой показатель, гипохромность эритроцитов, снижение содержания сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки и соответствующая симптоматика.

? В чем заключаются основные принципы терапии ЖДА беременных? В каких случаях дефицит железа можно скорректировать диетой, а когда требуется медикаментозное лечение?

— Комплексная терапия ЖДА предполагает оптимизацию режима питания и назначение современных лекарственных средств. Рекомендуется диета с использованием

продуктов, содержащих большое количество железа, таких как мясо, хлеб, бобовые и др. Однако, учитывая ограниченное всасывание железа, поступающего с пищей, основным методом лечения является назначение препаратов железа.

Препараты железа для перорального применения являются более предпочтительными по сравнению с формами для парентерального введения, даже несмотря на то, что терапевтический эффект при приеме пероральных препаратов развивается несколько позже. Причиной такого однозначного выбора является высокая вероятность развития побочных реакций при использовании парентеральных железосодержащих комплексов (образование инфильтратов, накопление железа в организме и др.); они назначаются строго по показаниям, прежде всего при нарушениях всасывания железа в кишечнике (например, при воспалительных процессах, язвенной болезни, обширных резекциях тонкой кишки). Необходимо подчеркнуть, что терапию препаратами железа можно начинать только при установлении точного и корректного диагноза.

В целом лечение ЖДА заключается в назначении пероральных препаратов железа, диеты, богатой белком, витаминами С и В₁₂, фолиевой кислотой. Следует помнить, что у некоторых пациентов, принимающих препараты железа перорально, развиваются побочные явления, обусловленные раздражением желудка и кишечника: тошнота, боль и тяжесть в эпигастрии, рвота, снижение аппетита, метеоризм, нарушения стула (запор, реже — диарея). Применение препаратов железа при беременности сопряжено с определенными трудностями, так как вышеуказанные нарушения со стороны пищеварительной системы имеют место у большинства женщин в этом периоде.

У части больных при приеме препаратов железа могут возникать аллергические реакции в виде зуда, сыпи на коже.

? Какие современные средства целесообразно использовать при ЖДА беременных, а также с целью ее профилактики?

— В последние годы в ведении ЖДА беременных используется лактоферрин. Природа подарила нам большое количество уникальных молекул, витаминов, антиоксидантов, пептидов и других биологически активных веществ, которые помогают всему живому, в том числе и человеку, выжить в непростых условиях. К таким «чудесам природы» можно отнести лактоферрин.

Лактоферрин принадлежит к семейству белков-трансферринов, осуществляющих транспорт железа в клетки. Сродство лактоферрина к железу в 300 раз выше по сравнению с таковым трансферрина — хорошо известного белка, являющегося основным переносчиком железа. Каждая молекула лактоферрина может связывать два иона трехвалентного железа, а также ионы цинка, меди и других металлов.

Лактоферрин лишает бактериальную микрофлору необходимого для ее роста и жизнедеятельности железа и других минералов, при этом он реализует свои функции как в кислой, так и в слабощелочной среде (снижение желудочной секреции не оказывает значимого влияния на свойства лактоферрина). Указанный белок также действует на специфические лактоферриновые рецепторы на поверхности микроорганизмов, связывает липополисахариды бактериальных стенок, инициирует перекисное окисление липидов, что приводит к изменению мембранной проницаемости и к дальнейшему лизису клеток. Лактоферрин не только разрушает мембрану микроорганизмов, но и проникает внутрь клетки благодаря наличию в молекуле лактоферрина, обладающего протеолитическими эффектами, подобными таковым трипсина.

Таким образом, комплексы на основе лактоферрина рассматриваются как компонент терапии и профилактики ЖДА беременных.

? Расскажите подробнее о способности лактоферрина оказывать противомикробное, фунгицидное и противовирусное действие.

— Доказано, что лактоферрин обладает способностью стимулировать фагоцитоз и влиять на активность системы комплемента.

Бактерицидное действие лактоферрина в определенной степени напоминает таковое антибиотиков, при этом он не оказывает токсического системного влияния на организм человека. Лактоферрин также обладает противогрибковой активностью. В частности, обнаружена его способность воздействовать на *Candida albicans*-симбионтов, образующих колонии на слизистой оболочке ротовой полости. Результаты исследований продемонстрировали, что лактоферрин в комплексе с флуконазолом проявляет активность против флуконазолрезистентных штаммов *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis* и *C. tropicalis*.

Лактоферрин способен оказывать подавляющее действие в отношении широкого спектра ДНК- и РНК-содержащих вирусов. Он обладает способностью препятствовать попаданию вирусных частиц в клетки-мишени путем связывания гепарансульфата, гликозаминогликанов и липопротеинов на поверхности клеток. Препарат также ингибирует вирусную репликацию уже после попадания вируса в клетку, проявляет активность по отношению к вирусам простого герпеса 1 и 2 типа, цитомегаловирусу, ВИЧ, вирусу гепатита С, полиовирусам 1 типа, ханта-, рота- и аденовирусам.

? Как правильно употреблять лактоферрин?

— Ежедневное применение лактоферрина в рекомендованных дозах способствует улучшению гомеостаза железа, гармонизации пептидных взаимодействий в организме, в том числе неспецифической иммунной защиты. Лактоферрин (Латоя®) применяется по 1 капсуле 2 р/сут (что соответствует 200 мг лактоферрина) за 1 ч до либо через 2 ч после еды. За счет физиологичности воздействия при применении в рекомендованных дозах лактоферрин хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов.

Комментарии



Об актуальности и особенностях проблемы ЖДА у беременных нам рассказал руководитель отделения внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Исаакович Медведь

? В чем заключаются особенности и риски фармакотерапии ЖДА беременных?

— У беременных женщин ЖДА встречается намного чаще, что связано со значительным повышением в этот период потребности организма в железе, которую во многих случаях нельзя восполнить алиментарным путем. ВОЗ рекомендует в странах, где распространенность анемии среди беременных превышает 20%, рутинно назначать всем беременным препараты железа. В Украине в 2014 г. частота анемии у беременных составляла 24,12%.

Основой лечения ЖДА является ферротерапия. Зачастую, назначая препараты железа, врачи не задумываются о таких важных нюансах, как валентность железа в составе лекарственного средства, дозировка и фармацевтическая форма железа, путь введения. А ведь все эти моменты существенно влияют на степень усвоения этого элемента, а значит, на эффективность и безопасность средства. Следует отметить, что препараты железа отличаются в зависимости от частоты побочных эффектов. Современные лекарственные средства более безопасны, чем «классический» сульфат железа, однако применение любых препаратов железа может быть сопряжено с многочисленными побочными эффектами с широким диапазоном клинических проявлений: от тошноты и диареи до аллергии и анафилактического шока, причем наиболее частыми реакциями являются диспептические расстройства. Известно, что при приеме внутрь препаратов железа могут возникать повреждения пищевода, ulcerация ротовой полости, осложнения со стороны кожи. Тошнота, рвота и запоры во время применения железосодержащих витаминно-минеральных комплексов часто приводят к тому, что многие беременные отказываются от лечения.

? Какие Вы видите способы решения данной проблемы?

— Во-первых, назначать препараты железа нужно строго после установления диагноза ЖДА с указанием ее

Продолжение на стр. 36.

Анемія беременных: современные аспекты лечения и профилактики

Продолжение. Начало на стр. 35

степени. Во-вторых, использовать нужно только те препараты, относительно которых есть доказательства эффективности и безопасности. Выбор, к счастью, есть. Хотел бы отметить, что 2 ноября 2015 г. был утвержден приказ МЗ Украины № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії», в котором есть отдельный раздел относительно лечения ЖДА беременных. В документе указывается, по каким критериям необходимо выбирать железосодержащий препарат, каким из представленных средств отдавать предпочтение. Советую коллегам изучить этот документ. И наконец в-третьих, существуют другие возможности лечения ЖДА у беременных. К их числу можно отнести лактоферрин – железосвязывающий гликопротеин и один из важнейших регуляторов гомеостаза железа в организме. Лактоферрин в лечении ЖДА беременных достаточно активно используется в Европе, в частности в Италии, где проведено большое количество клинических исследований, посвященных эффективности и безопасности средства. Научно доказано, что по эффективности лактоферрин не уступает «классическому» сульфату железа, являясь при этом абсолютно безопасным препаратом. Клинические данные свидетельствуют, что лактоферрин при приеме внутрь приводит к увеличению уровня общего железа в плазме крови, гемоглобина, ферритина и количества эритроцитов. Также препарат способствует нормализации иммунного статуса за счет снижения уровня провоспалительного цитокина IL-6, обладает антиоксидантными свойствами, повышает уровень сопротивляемости инфекциям. Лактоферрин имеет широкую доказательную базу: его эффективность была подтверждена в многочисленных исследованиях, проведенных в странах Европы и мира, что крайне важно учитывать, назначая терапию беременной. Курс лечения лактоферрином составляет 30 дней (намного меньше, чем при терапии сульфатом железа).

Об актуальности проблемы ЖДА у беременных в практике врача-гематолога нам рассказала профессор кафедры гематологии и трансфузиологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика доктор медицинских наук Елена Владимировна Кучер.

? Каковы особенности фармакотерапии ЖДА беременных?



Прежде всего следует отметить, что развитие ЖДА у беременных обусловлено снижением уровня железа в сыворотке крови, костном мозге и депо в связи с увеличением объема циркулирующей крови и потребности в микроэлементах, снижением его депонирования, а также с высокими темпами роста плода. Следует всегда учитывать степень тяжести анемии в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ, а также степень выраженности обшеанемического синдрома, связанного с гемической гипоксией, и сидеропенического синдрома, обусловленного тканевым дефицитом железа. Клинические проявления ЖДА зависят от степени дефицита железа и скорости его развития.

Актуальным патогенетическим подходом в лечении ЖДА наряду с применением медикаментозной терапии препаратами железа является использование экзогенных пептидов, способствующих нормализации биохимических процессов в организме беременных. ЖДА является результатом сложных патофизиологических и патохимических процессов, центральная роль в которых отводится универсальному гуморальному регулятору метаболизма железа – пептиду гепсидину, он синтезируется в печени и ингибирует всасывание железа посредством связывания ферропортина – белка-транспортера железа из эритроцитов в плазму крови.

Известно, что плацента в условиях гипоксии способна в больших количествах продуцировать провоспалительные цитокины, стимулирующие выработку гепсидина в печени, вследствие чего блокируется ферропортин, затрудняется высвобождение железа и поступление его в кровотоки. Даже при достаточном количестве железа в организме может возникать так называемый функциональный дефицит железа. Современные технологии генной инженерии позволили вывить на фоне воспалительного процесса повышение экспрессии мРНК гепсидина в несколько тысяч раз и, соответственно, снижение уровня железа в сыворотке крови.

? На Ваш взгляд, какие возможны пути решения данной проблемы?

С целью физиологического улучшения показателей гомеостаза железа к использованию у беременных может быть рекомендован лактоферрин – железосвязывающий полифункциональный гликопротеин семейства трансферринов. Лактоферрин снижает концентрацию IL-6, тем самым ингибирует активность гепсидина, активизирует ферропортин и способствует выходу железа в кровяное русло. В результате отмечается увеличение уровня эритроцитов, ферритина, а также нормализация содержания гемоглобина. Кроме того, лактоферрин обладает противовоспалительными и антиоксидантными свойствами, повышает эффективность антибактериальной и противовирусной терапии: описано синергичное действие лактоферрина с антибиотиками и противогрибковыми средствами в лечении патологических процессов у лиц с ослабленной иммунной системой. В Европе с целью коррекции ЖДА лактоферрин используется уже более 10 лет. За это время накопилась достаточно обширная доказательная база, свидетельствующая в пользу эффективности и безопасности препарата в терапии железодефицитных состояний. Доказанная результативность, высокий профиль безопасности и удобная схема терапии позволяют рекомендовать лактоферрин к использованию у беременных женщин.

Таким образом, лактоферрин представляет собой совершенно уникальный мультифункциональный белок, обладающий комплексным воздействием на организм. Лактоферрин активизирует метаболизм железа в организме, повышает эффективность препаратов железа, улучшает состояние иммунной системы, способствует быстрому выздоровлению. На украинском рынке лактоферрин представлен диетической добавкой с иммуномодулирующими свойствами под торговым названием Латоя®. Средство обладает всеми терапевтическими эффектами лактоферрина, имеет высокий профиль безопасности, доступно и удобно в применении.

Подготовила **Александра Меркулова**



Дата здійснення операції		Сума:		ТОВ "Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя”	
Платник:		Платник:		ВКФ „Приватбанк”, Розрахунковий центр	
Місце проживання:		Місце проживання:		Розрахунковий рахунок:	
Отримувач:		Отримувач:		МФО банку:	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		Контролер:	
Платник:		Платник:		Касир:	
Дата здійснення операції		Дата здійснення операції		ТОВ "Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя”	
Сума:		Сума:		ВКФ „Приватбанк”, Розрахунковий центр	
Платник:		Платник:		Розрахунковий рахунок:	
Місце проживання:		Місце проживання:		МФО банку:	
Отримувач:		Отримувач:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3 3 2 0 6 4 9	
Код ЄДРПОУ:		Код ЄДРПОУ:		Контролер:	
Призначення та період платежу:		Призначення та період платежу:		Касир:	
Платник:		Платник:			
Повідомлення		Квитанція			

ПЕРЕДПЛАТА НА 2016 РІК!

Здоров'я України®

Шановні читачі!

Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за каталогом видань України на 2016 рік у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 364-40-28:

Медична газета «Здоров'я України».
Тематичний номер
«Акушерство, гінекологія, репродуктологія»

Передплатний індекс – 89326
Періодичність виходу – 4 рази на рік
Вартість передплати – 200,00 грн.

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами:
р/р 26000052613363 ФКВ «ПРИВАТБАНК», РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

Наша адреса: Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2
Телефон відділу передплати (044) 364-40-28,
e-mail: podpiska@health-ua.com

