

Виктор РАДЗИНСКИЙ:

«Решить проблему дефицита железа сегодня вполне возможно»

Железодефицитная анемия (ЖДА), на долю которой приходится до 80–90% всех анемий, остается серьезным вызовом для практических врачей разной специализации. О причинах, лежащих в основе этого заболевания, и мерах, необходимых для решения проблемы, мы решили поговорить с Виктором РАДЗИНСКИМ, заслуженным деятелем науки РФ, членом-корреспондентом РАН, заведующим кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института РУДН, вице-президентом Российского общества акушеров-гинекологов, президентом Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), д.м.н., профессором. В этом году В.Е. Радзинский стал лауреатом общенациональной премии «Профессор года».

? Уважаемый Виктор Евсеевич, известно, что дефицит микро- и макроэлементов у беременной женщины может создать серьезную угрозу не только для ее собственного здоровья, но и будущего ребенка. Нехватка каких веществ представляет собой наибольшую опасность?

– Прежде всего железа и белка, входящих в состав гемоглобина. Дефицит каждого из них повышает риск развития анемии. Очень опасен недостаток фолиевой кислоты, поскольку он может привести к нарушениям нормального внутриутробного развития, дефектам нервной трубки плода. Одним из самых распространенных среди них является Spina bifida – порок развития позвоночника.

? Не могли бы Вы подробнее рассказать о роли железа в организме беременной женщины?

– Железо, как и фолиевая кислота, играет огромную роль в поддержании здоровья будущей матери, его прием должен входить в прегравидарную подготовку. Об этом говорится в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Год назад ВОЗ объявила о достижении

глобального консенсуса по дотации железа женщинам детородного возраста, от 15 до 49 лет. Впервые была определена норма приема железа – 30 мг на территориях с меньшей распространенностью дефицита этого элемента и 60 мг – с большей. Также был указан режим приема – 3 месяца подряд в течение года. ВОЗ приняла очень верное решение на фоне глобального падения рождаемости и с учетом эколого-репродуктивного диссонанса. В отличие от своих бабушек, рожавших в среднем по 7 детей и имевших порядка 70 менструаций за всю репродуктивную жизнь, современные женщины рожают гораздо реже (так, например, в 2017 г. на одну россиянку в среднем пришлось 1,5 ребенка) и переживают порядка 400 менструальных циклов. Таким образом, эколого-репродуктивный диссонанс обескровливает женщину, прежде всего избыточным количеством менструаций. Как следствие, эти женщины нуждаются в дополнительном поступлении железа в организм. Кстати, в некоторых российских регионах уже учли рекомендации ВОЗ, и врачи практически перестали выписывать пациенткам поливитамины, отдавая предпочтение препаратам железа. И это правильно. Если обеспечить всех



Виктор РАДЗИНСКИЙ

женщин необходимыми белками не представляется возможным (рациональное питание – сложный вопрос мирового уровня), то решить проблему дефицита железа сегодня вполне возможно.

? К каким последствиям может привести недостаточное содержание железа в организме беременной женщины? Как это может отразиться на соматическом здоровье, когнитивных способностях и продолжительности жизни будущего ребенка?

– Заболеваемость новорожденных у матерей, имеющих латентный дефицит железа, очень высока. На Европейском конгрессе в Гранаде, состоявшемся в 1999 г., отмечалось, что и маловесность новорожденного встречается в два раза чаще, если в период беременности женщина страдала анемией. Последствия для такого ребенка оказываются более тяжелыми, чем у детей, матери

которых болеют гипертонией, сахарным диабетом, курят, живут в условиях бедности и нищеты. Это связано с тем, что за 9 месяцев внутриутробной жизни плод недобирает необходимые ему вещества, что потом сказывается на его здоровье на протяжении всей жизни. Кстати, это было показано на примере не какой-нибудь бедной или находящейся в состоянии войны страны, а благополучной Швейцарии. Проанализировав жизнь лиц, рожденных в этой стране в период с 1918 по 1998 г., исследователи выяснили, что маловесные дети, как доношенные к сроку гестации, так и тем более недоношенные, чаще болеют и имеют более низкую продолжительность жизни в сравнении с нормовесными. Все это говорит о том, что проблема анемизирующего синдрома очень серьезна.

Но к сожалению, многие врачи воспринимают ЖДА, особенно анемию легкой степени, как вариант нормы и даже не указывают ее в качестве диагноза. Они не могут сразу оценить ее последствия, осознать, что ЖДА – это гипоксический универсальный синдром, который приводит к ангиопатии во всех органах, включая матку. То есть отношение к анемии пока еще явно недостаточно внимательное со стороны врачей всех специальностей.

? А какие анализы могут подтвердить наличие ЖДА?

– Самые простые, для чего выполняют клинический анализ крови. Измеряют уровень гемоглобина, цветовой показатель и количество эритроцитов. Но этого недостаточно, чтобы понять метаболизм железа в организме. Для более точной диагностики необходимо определить уровень ферритина в крови – сложного белкового комплекса, играющего роль основного внутриклеточного депо железа в организме.

? Что лежит в основе прегравидарной подготовки? Какие патогенетические средства

для коррекции факторов риска железодефицитных состояний она должна включать?

– В основе прегравидарной подготовки, прежде всего, лежит рациональное питание. Но представление о том, каким оно должно быть, со временем меняется. И самый яркий пример – это фрукты. Долгое время считалось, что их употребление, причем в больших количествах, полезно для беременных женщин. Сейчас появилось понимание того, что фрукты – это углеводы, избыток которых вреден для будущих матерей. Поэтому их количество в рационе необходимо ограничивать, например, двумя яблоками в сутки. В рацион в обязательном порядке следует включать молочнокислые продукты, которые требуются для насыщения желудочно-кишечного тракта лактобактериями. Но эти продукты (молоко, творог, йогурты) должны быть не очень жирными (например, 2,5%-ный творог), чтобы в организм не поступали эмульгированные жиры. Они первыми встраиваются в подкожную жировую клетчатку как плода, так и самой женщины. Набрав значительное количество килограммов, женщина уже не сможет от них избавиться. Возникает серьезная и практически нерешаемая проблема ожирения, которое является причиной целого ряда заболеваний. Это «цунами» XXI в. – гестационный диабет. И конечно, женщины нуждаются в витаминах А, и особенно D – гормоне XXI в. Важнейшим витамином как на этапе планирования беременности, так и во время ее течения является фолиевая кислота. В нашей стране продукты питания, употребляемые женщинами, не обогащаются фолатами, как это происходит в ряде других государств. Там учитывают последствия, связанные с ее дефицитом: значительные финансовые затраты на выхаживание и лечение детей с дефектом нервной трубки.

Обеспечение фолатами контингента, потенциально готового

к материнству, – это задача каждой страны, включая РФ. Об обязательности приема препаратов железа мы уже говорили. Надеюсь, что когда-нибудь эта задача будет законодательно закреплена на федеральном уровне.

? Препараты железа показаны только беременным женщинам или круг потенциальных пациентов шире?

– Конечно, шире. В частности, их назначают людям, страдающим ожирением, поскольку с увеличением массы тела организму требуется больше железа.

? Доступны ли препараты железа на нашем рынке? Когда следует начинать их прием?

– Таких препаратов очень много на отечественном рынке. Главное, чтобы эти средства принимали по назначению врача. Самолечение в данном случае совершенно неприемлемо. Любой человек может прийти в государственную территориальную поликлинику или частное медицинское учреждение и сделать анализ крови. Только тогда будет ясно, нужен ему этот препарат или нет. Последнее слово остается за врачом.

? Зачастую пациенты прекращают терапию после повышения уровня гемоглобина. Какой курс оптимален?

– Не зачастую, а, к сожалению, практически всегда. Оптимальный курс приема препарата железа – 3 месяца. Меньше чем за этот срок справиться с ЖДА невозможно. Что касается беременных женщин, то они должны принимать препарат до конца периода вскармливания. Для полного удовлетворения потребности в железе необходимы его дополнительные источники.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»

