

Вера ПРИЛЕПСКАЯ:

«Лечение железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста позволяет улучшить течение беременности и перинатальные исходы и закономерно снизить материнскую смертность»

Железодефицитная анемия (ЖДА) – патологическое состояние, характеризующееся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа. Наиболее часто ЖДА встречается у беременных женщин и кормящих матерей, негативно влияя как на их здоровье, так и на здоровье плода и новорожденного.

О роли железа в организме, проблемах, связанных с его дефицитом, клинических проявлениях ЖДА и современных подходах к ее лечению мы решили поговорить с Верой Николаевной Прилепской, заместителем директора по научной работе, заведующей научно-поликлиническим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессором.

? Уважаемая Вера Николаевна, по статистике, более чем у 50% женщин детородного возраста во всем мире запасы железа снижены или практически полностью отсутствуют. Насколько велика роль железа в организме?

– Она значительна. Железо – эссенциальный микроэлемент, который участвует в окислительно-восстановительных и метаболических (синтез стероидов, метаболизм лекарственных препаратов, синтез ДНК, регуляция генов, пролиферация и дифференциация клеток) процессах, кроветворении, ингибировании и активации ряда ферментов (лактопероксидаза, тиреоидная пероксидаза, циклооксигеназа и др.), а также в росте и старении организма.

? Каковы нормы содержания железа в крови?

– Уровень сывороточного железа в норме составляет 9–30,4 мкмоль/л. В среднем уровень запаса железа у беременных, не страдающих дефицитом этого микроэлемента, находится в диапазоне от 15,8 до 22,4 мкмоль/л в зависимости от срока гестации.

? При каком уровне гемоглобина у беременных развивается ЖДА?

– Выделяют 3 степени тяжести анемии: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой степени тяжести уровень гемоглобина находится в пределах 90–109 г/л. Средняя степень тяжести характеризуется уровнем гемоглобина 80–89 г/л. Наконец, тяжелая степень тяжести сопровождается снижением уровня гемоглобина до менее 80 г/л.

? Чем обусловлен недостаток железа при беременности? Каковы основные факторы риска развития ЖДА у этой группы населения?

– Дефицит железа у беременных женщин может быть вызван целым рядом причин:

- наличием хронических заболеваний (хронической анемии, хроническими заболеваниями ЖКТ и почек);
- наличием гинекологической патологии: обильными и длительными менструациями, миомы матки;
- злокачественными заболеваниями;
- дефицитом массы тела;



Вера ПРИЛЕПСКАЯ

- вегетарианскими диетами;
- дефицитом витаминов и микроэлементов (витамина В12, фолиевой кислоты, витамина А, аскорбиновой кислоты, витамина В6) в организме беременной;
- частыми родами;
- родами с интергенетическим интервалом менее 2 лет;
- осложнениями беременности: рвота беременных, многоплодная беременность и т.д.

? К каким последствиям может привести недостаток железа у беременной женщины? Насколько это опасно для будущего ребенка?

– У женщины дефицит железа может вызвать:

- дистрофические изменения в плаценте и миометрии, снижение синтеза плацентарных гормонов, ведущее к плацентарной недостаточности;

- нарушение белкового обмена: гипоальбуминемия, диспротеинемия;
- повышение частоты преэклампсии (до 40%), угрозу прерывания беременности и преждевременных родов (при уровне 90–100 г/л на 60%);
- увеличение частоты слабости родовой деятельности, гипотонических кровотечений;
- увеличение частоты гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде;
- гипогалактию, уменьшение длительности лактации.

Очень серьезными могут оказаться и последствия для плода и новорожденного. Среди возможных осложнений – малый вес при рождении и недоношенность; увеличение риска гнойно-септических заболеваний у новорожденных и детей первого года жизни; повышение риска развития ЖДА у ребенка в первый год жизни.

Кроме того, у детей первого года жизни с ЖДА нарушен синтез гемоглобина, снижен уровень иммуноглобулинов, количество Т- и В-лимфоцитов, что приводит к низкой устойчивости к инфекциям. У детей первого года жизни, страдающих ЖДА, также отмечается ухудшение показателей физических и умственных способностей (снижение уровня психомоторного развития).

? Каковы клинические проявления дефицита железа?

На что, прежде всего, жалуются больные ЖДА?

– Клиническая картина ЖДА складывается из симптомов, связанных непосредственно с анемией (анемический синдром), и из симптомов, обусловленных дефицитом железосодержащих ферментов и миоглобина (тканевой сидеропенический синдром). К анемическому синдрому относятся бледность кожи и слизистых, головокружение, шум в ушах, головная боль, повышенная утомляемость, лабильность настроения, апатия, снижение работоспособности, бессонница, сонливость и тошнота. Тканевой сидеропенический

синдром включает такие симптомы, как ломкость ногтей, выпадение и ломкость волос, сухость кожи, шелушение, трещины, изменения слизистых оболочек (глоссит, стоматит), извращение вкуса и обоняния, дисфагия, явления гастрита, мышечная слабость.

? Какова роль профилактики анемии беременных, что она предполагает?

– Беременным женщинам следует пройти скрининг и первичную профилактику. Согласно Приказу №572н МЗ РФ от 1 ноября 2012 г., всем беременным трижды за беременность показано исследование общего анализа крови.

Первичная профилактика включает:

- предгравидарную подготовку женщин с хронической анемией, хроническими заболеваниями ЖКТ, обильными и длительными менструациями до беременности (компенсация основного заболевания, достижение стойкой ремиссии);
- ликвидацию дефицита массы тела;
- сбалансированное по количеству и качеству питание, содержащее продукты, богатые железом.

Будущим матерям рекомендуется прием витаминно-минеральных комплексов (ВМК) для беременных, содержащих минимум 60 мг железа в сутки. NB! Неселективная профилактика ЖДА у беременных ВМК и биологически активными добавками, содержащими 30–50 мг железа, считается неэффективной. Еще одна важная рекомендация касается интергенетического интервала. Он должен составлять не менее 2 лет.

? Всегда ли анализ уровня гемоглобина показывает дефицит железа?

– Нет, не всегда.

? Нужно ли дополнительно сдавать кровь на ферритин?

– Обязательно. Оптимальным считается определение показателей ферро-кинетического статуса.

? Если вернуться к теме рационального питания, какую роль играет диета в терапии ЖДА?

– При лечении дефицита железа женщине рекомендуют сбалансированную диету, в которую включены продукты с легкоусваиваемым железом.

Наибольшее количество железа содержится в виде гема в мясных продуктах, из которых всасывается до 30% этого микроэлемента. Абсорбция железа из растительной пищи составляет 3–5%. Вегетарианская диета характеризуется снижением абсорбции железа до 70% по сравнению с обычной.

Также ухудшается биодоступность железа при потреблении сыров, чая, кофе, яиц, пшеничного хлеба.

? Можно ли возместить недостаток железа только с помощью диетотерапии?

– Несмотря на повышение уровня абсорбции железа при беременности, купировать железодефицит только за счет пищевых продуктов невозможно. Поэтому главным компонентом заместительной терапии является назначение препаратов железа.

? Многие женщины самостоятельно принимают препараты железа, не обращаясь к врачу. Как Вы к этому относитесь?

– Любой лекарственный препарат должен быть назначен врачом в зависимости от данных клинико-лабораторных методов исследования.

? Каковы ключевые подходы к коррекции ЖДА у беременных женщин?

– «Золотым стандартом» патогенетического лечения легких и среднетяжелых форм анемии является ежедневный прием препаратов железа пероральным путем. Важно отметить, что препараты железа для приема внутрь разрешены в течение всей беременности, послеродового периода и лактации.

При непереносимости пероральных препаратов железа или в случаях тяжелых форм ЖДА возможно назначение лекарственных средств парентерального действия, но только во втором триместре.

? **В чем заключается отличие препаратов 2-валентного и 3-валентного железа? Каким из них следует отдавать предпочтение?**

– Эти формы препаратов отличает биодоступность и, соответственно, скорость восстановления гемоглобина, эритроцитарных индексов и депо железа, а также переносимость терапии.

Эффективность препаратов, содержащих соли двухвалентного железа, доказана в многочисленных исследованиях и не вызывает сомнений. Препараты на основе трехвалентного железа лучше переносятся, но не всегда эффективны и требуют более длительного курса лечения, что связано с различиями в механизме всасывания в кишечнике.

Предпочтение отдается препаратам железа, содержащим дополнительные компоненты (аскорбиновая кислота, янтарная, щавелевая и т.д.), которые образуют хелатные соединения с железом и, таким образом, сохраняют его в двухвалентной форме, более доступной для абсорбции, в отличие от плохо усваиваемого железа трехвалентной формы (Fe 3+).

? **На что нужно опираться в выборе препарата железа согласно рекомендациям ВОЗ и МЗ РФ?**

– ВОЗ рекомендует прием 60 мг железа в сутки в регионах, в которых частота железодефицита составляет менее 20%, и 120 мг – в регионах, где этот показатель выше.

Согласно рекомендациям МЗ РФ и действующим протоколам, суточная терапевтическая доза препарата железа, в зависимости от степени дефицита железа, должна составлять:

- для профилактики железодефицита – 60 мг в сутки;
- при легкой анемии – 80–100 мг/сут;
- тяжелой степени анемии – 120–300 мг/сут (в 2–3 приема).

Более высокие дозы не повышают эффективность, но увеличивают риск побочных эффектов, таких как запор, изжога и тошнота.

? **Насколько важно использование лекарственных подходов, обеспечивающих постепенное высвобождение активного вещества (ионов железа) и равномерное поступление лекарственного препарата?**

– Степень доступности железа отражается в т.ч. на частоте побочных эффектов. Уменьшить негативное влияние пероральных таблетированных препаратов железа на ЖКТ можно, принимая железо с едой либо используя формы с замедленным высвобождением. К лекарственным препаратам железа с доказанной эффективностью относятся представленные в России препараты железа сульфата + аскорбиновая кислота – таблетки с замедленным высвобождением ионов железа.

? **Каковы критерии эффективности терапии препаратами железа? Насколько длительной может быть терапия в случае ЖДА, развившейся на фоне беременности?**

– Оценка эффективности лечения проводится через 2–3 нед. от начала терапии препаратами железа путем подсчета процентного роста значений гематологических показателей (гематокрит, гемоглобин, эритроциты) по отношению к исходному уровню. Повышение гемоглобина менее чем на 6% (2% в неделю), гематокрита – менее чем на 1,5%, эритроцитов – менее чем на 3% свидетельствует о неэффективности лечения.

Что касается длительности проведения терапии препаратами железа, то в среднем она составляет 4–8 нед. (иногда до 4 мес. и более).

После нормализации уровней гемоглобина и эритроцитов необходимо продолжить прием препаратов, поскольку полное восстановление запасов железа во всех тканевых депо не происходит в короткие сроки (а значит, требуется более длительная терапия).

Клинические анализы крови оцениваются ежемесячно, биохимические (ферритин, сывороточное железо, трансферрин) назначают 1 раз в триместр, а также в ходе проведения динамического лабораторного контроля за терапией при строго индивидуальном (персонализированном) подходе.

? **Вера Николаевна, что бы еще Вы отметили в завершении нашего разговора?**

– Согласно мировой статистике ВОЗ, свыше 1,62 млрд человек во всем мире страдают ЖДА, а у более чем 3 млрд наблюдается скрытый (латентный) дефицит железа. Важно, что большая часть из них – это женщины репродуктивного периода и дети в возрасте до 5 лет. Лечение железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста позволяет улучшить течение беременности и перинатальные исходы и закономерно снизить материнскую смертность.

Развитие ЖДА – процесс постепенный. При недостатке железа используется в первую очередь его «стратегический запас» из ферритина. В результате развивается следующая клиническая картина: гемоглобин в норме, а концентрация ферритина в крови начинает снижаться.

Как известно клинический диагноз анемии устанавливают по уровню гемоглобина. При этом для практикующего врача очень важно дифференцировать разновидности анемии, которая может быть обусловлена не только дефицитом железа, но и фолиевой кислоты, витамина В12, а также иметь смешанную этиологию.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»