

УДК 616.155.194.8:618.3-06-08

*Шокирова Садокатхон Мухамматсолиевна*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ**

**Резюме:** Рассмотрен патогенез анемии беременных. При уровне Hb ниже 95 г/л и резистентности к лечению пероральными препаратами железа рекомендуется комбинация рекомбинантного человеческого эритропоэтина с препаратами трехвалентного железа.

**Ключевые слова:** анемия беременных, рекомбинантный человеческий эритропоэтин, железо трехвалентное.

*Shokirova Sadokatkhon Mukhammatsolievna*

*Department of Obstetrics and Gynecology No. 2*

*Andijan State Medical Institute*

## **PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF MODERN METHODS OF THERAPY OF ANEMIA OF PREGNANT WOMEN**

**Resume:** The pathogenesis of anemia in pregnant women is considered. For Hb levels below 95 g / L and resistance to oral iron therapy, a combination of recombinant human erythropoietin with ferric iron is recommended.

**Key words:** pregnancy anemia, recombinant human erythropoietin, ferric iron.

**Актуальность.** Анемии беременных остаются серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, так как их частота составляет от 15 до 80% [1,5]. Особенно актуальным является вопрос диагностики этиологии анемий у беременных. Поскольку в 80% случаев это - железодефицитная анемия (ЖДА), у лечащего врача появляется искушение назначать препараты железа, не производя подтверждающих

диагностических тестов. При отсутствии эффекта от назначения препарата внутрь, врач часто принимает решение о повышении дозы или внутривенном введении препарата железа. Но известно, что парентеральный путь введения препаратов железа несет двойной риск осложнений: у женщины и у плода [2,4]. От переливания эритроцитной массы нужно воздерживаться, а использование высоких доз препаратов железа внутрь грозит усилением побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта [3,6]. Кроме того, анемия беременных не всегда вызвана дефицитом железа.

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики и лечения беременных с анемией различного генеза на основании изучения особенностей течения гестационного процесса и показателей периферической крови.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании принимали участие 35 беременных женщин (срок гестации 23-36 нед) с анемией. У всех пациенток были исключены кровопотери.

Критерием отбора являлись снижение уровня гемоглобина и изменения показателей обмена железа, характерные для сидеропении. За нормальные значения принимали СЖ $>12$  мкмоль/л, ОЖСС $<62$  мкмоль/л, СФ $>30$  нг/мл, рТФР $<4,2$  мг/л.

Математическую обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel 97 Professional. Статистическую значимость различий оценивали по критерию Стьюдента.

**Результаты исследования.** У женщин, использовавших во время беременности с целью коррекции железодефицитной анемии препарат двухвалентного железа, частота осложнений гестационного процесса оказалась выше, чем у пациенток, которые получали препарат трехвалентного железа. Препараты железа играют роль протектора

развития гестоза. При наличии большого количества предикторов патологии препаратом выбора является препарат трехвалентного железа.

Гестационный процесс на фоне гестоз-ассоциированной анемии характеризуется высокой частотой и тяжестью проявлений патологии беременности (гестоз средней степени тяжести, синдром задержки развития плода), родов и послеродового периода (аномалии родовой деятельности, увеличение объема кровопотери, анемия), нарушением морфо-функциональных показателей новорожденных.

Манифестный дефицит железа у беременных характеризуется нарушением структурно-метаболического статуса красных клеток и снижением интенсивности эритропоэза; сопровождается относительной тромбоцитопенией; снижением количества лейкоцитов с перестройкой лейкоформулы; наличием эндогенной интоксикации и ухудшением морфологического состава крови.

Терапия железодефицитной анемии у беременных препаратом трехвалентного железа более эффективна в плане восстановления структурно-метаболического статуса эритроцитов и количественных показателей красной крови, чем лечение анемии препаратом двухвалентного железа. На фоне приема трехвалентного железа нормализуются количественные показатели тромбоцитов и лейкоцитов, структура лейкоцитарной формулы, показатели эндогенной интоксикации и морфологической картины крови.

Гестоз-ассоциированная анемия у беременных является нормохромной, нормоцитарной легкой степени с тенденцией к увеличению объема эритроцитов, повышению в них содержания и концентрации гемоглобина с нарушением структурно-метаболического статуса красных клеток, эритропоэза и обмена железа; характеризуется относительной тромбоцитопенией; снижением количества лейкоцитов с перестройкой лейкоформулы; наличием эндогенной интоксикации;

патологические изменения становятся более выраженными при исследовании в динамике.

Разработанные прогностическая модель развития гестоза у беременных с анемией и алгоритм диагностики и тактики ведения беременных с анемией позволят улучшить исходы беременности и родов у этих женщин.

**Вывод.** Выделены критерии гестоз-ассоциированной и железодефицитной анемий, позволяющие провести дифференциальную диагностику разных видов патологии.

Определен объем обследования беременных с ЖДА и гестоз-ассоциированной анемией с целью выделения группы риска по развитию гестоза разной степени тяжести у пациенток данной категории.

Обоснована тактика выбора препарата железа с целью коррекции ЖДА у беременных в зависимости от степени риска развития гестоза.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Бурлев В.А., Орджоникидзе Н.В., Соколова М.Ю., Сулейманова И.Г., Ильясова Н.А. Возмещение дефицита железа у беременных с бактериально–вирусной инфекцией. 2006.

2. Волков В.С., Кириленко Н.П. Железодефицитные состояния. Кардиология, №6, т.31, 1991, с 64–67.

3. Городецкий В.В., Годулян О.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия: лечение и диагностика. Методические рекомендации. Медпрактика–М.М.2005.

4. Гороховская Г.Н., Пономаренко О.П., Парфенова Е.С. Состояние сердечно–сосудистой системы при железодефицитных анемиях. Кремлевская медицина, клинический вестник, №2, 1998, с. 34–37.

5. Хух Р., Брейман К. Анемия во время беременности и в послеродовом периоде. Триада. 2007.

6. СправочникВидадь, 2010.

7. М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. 2007.