

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ У МЕДИЧНИХ
ТА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ НАУКАХ»**

5-6 грудня 2014 р.

Київ
2014

5. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунная овариальная недостаточность на различных этапах терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2008, том 7, № 6 – С. 5–9.
6. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунная овариальная недостаточность на различных этапах терапии хронических воспалительных заболеваний органов малого таза. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2008, том 7, № 6 – С. 5–9.
7. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Характеристика инфекционного фактора при аутоиммунной овариальной недостаточности. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2008, № 4. – С. 65–68.
8. Серов В.Н., Царегородцева М.В. Аутоиммунный оофорит воспалительного генеза и репродуктивная функция // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 32–35.
9. Van Kasteren Y. M., Von Blomberg M., Koek A. et al. Incipient ovarian failure show the same immunological profile // Am. J. Reprod. Immunol. – 2000. – Vol. 43. – № 6. – P. 359–366.

Бакун О. В., кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства і гінекології

Колодзінська Л. Ф., Патраш С. В., студенти

*Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ У ВАГІТНИХ

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – стан обумовлений зниженням вмісту заліза в сироватці крові, кістковому мозку і депо у зв'язку з великими його витратами на створення фетоплацентарного комплексу і перерозподілом на користь плоду.

Залізодефіцитна анемія залишається серйозною проблемою екстра геніальної патології в акушерстві, оскільки частота захворювання не знижується. Частота анемії вагітних складає 15–80% [10]. У 9 з 10-ти хворих анемія носить залізодефіцитний характер.

Необхідна добова доза заліза 18 мг – для невагітних жінок. Майже у половини всіх жінок до початку вагітності резерви заліза дуже малі. Розвивається дефіцит заліза і під час вагітності. Це пов'язано з тим, що вагітність супроводжується додатковою втратою заліза: 320–500 мг заліза витрачається на приріст гемоглобіну і клітинний метаболізм, 100 мг на розвиток плаценти, 50 мг – на збільшення розмірів матки, 400–500 – на потреби плода. В результаті, з урахуванням запасного фонду, плід забезпечується залізом

в достатній кількості, але при цьому у вагітних не рідко розвиваються залізодефіцитні стани різного ступеня тяжкості [8].

Дефіцит заліза і недостатнє депонування його в антенатальному періоді сприяють розвитку ЗДА у новонароджених дітей,приводячи до зміни метаболізму клітинних структур, порушення гемоутворення, затримці розумового та моторного розвитку, появи хронічної гіпоксії плода,а також до порушень в імунному статусі новонароджених дітей,що виявляється зниженням рівня імуноглобулінів основних класів та комплементів, абсолютного і відносного числа В і Т лімфоцитів [20, 15].

Анемія вагітних є тим несприятливим фоном на якому розвивається багато ускладнень матері і плоду [8].

До найбільш поширених тестів для дослідження обміну заліза в акушерській практиці належить ряд показників периферичної крові:гемоглобіну,еритроцитів,кольорового показника,гематокриту. Основними критеріями ЗДА,що відрізняють її від інших патогенетичних варіантів анемії,є:низький кольоровий показник, гіпохромія еритроцитів,зниження вмісту сироваткового заліза,підвищення загальної залізо зв'язувальної здатності сироватки та клінічні ознаки гіпосидероза. Про тяжкість перебігу хвороби судять за рівнем гемоглобіну. Легка ступінь анемії характеризується зниженням гемоглобіну до 110-90 г/л,середня 89-70г/л,важка50 і нижче.

Лікувальна тактика при ЗДА вагітних включає білкову дієту, вітаміни,препарати заліза. Максимальна кількість заліза, яке може всмоктатися з їжі-25 мг/добу. Харчування має бути повноцінним, містити достатню кількість заліза і білка [8, 11]. Особливо корисні м'ясні продукти. З м'яса всмоктується 6% заліза, з яєць, риби – в 2 рази менше,а з рослинної їжі – тільки 0,2%. Тому рекомендується дієта, яка містить 120-200 грам м'яса або 150-200 грам риби на день,1 яйце, до 1-го кг. молочних продуктів ,80-100 грам жирів,овочі і фруктів близько 800-грам.Вітаміни С-100мг., В1-25 мг., В2-4мг., [18].

Лікування ЗДА слід проводити препаратами заліза в основному для внутрішнього застосування. Експерти ВООЗ рекомендують використовувати пероральні препарати (зручність застосування,краща переносимість). Добова доза для профілактики анемії та лікування легкої форми захворювання 50-60 мг Fe2,а для лікування вираженої анемії– 100 -120 мг., Fe2. А також вагоме значення має фолієва кислота і ціанкоболамін (вітамін – В12).

Застосування Ферро-Фольгамми у вагітних з анемією і при поєднанні з гестозом призводить до поліпшення клінічного стану .

Для парентерального введення застосовують препарати тривалентного заліза: ферум Лек, фербітол, ферковен, ферлеціт, жектофер, імферон.

Лікування препаратами заліза повинно бути тривалим.

Профілактика анемії полягає в призначенні невеликої дози препаратів заліза(1-2 таблетки в день) протягом 4-6 місяців,починаючи з 12-го тижня вагітності. Одночасно хворим рекомендують збільшити вміст м'ясних продуктів у щоденному раціоні [20].

Висновок: таким чином, залізодефіцитна анемія вагітних є важливою проблемою. Має відношення як до здоров'я матері так і плоду. Викорис-

тання нових комплексних препаратів зі збалансованим вмістом заліза, фолієвої кислоти, ціанокоболаміну та аскорбінової кислоти в одній капсулі (Ферро-Фольгамма) дозволяє домогтися гарних результатів у лікуванні цієї патології, а профілактичний прийом під час вагітності та лактації запобігає розвитку тяжких ускладнень з боку матері і дитини.

Література:

1. Атаджанов Т.В. Особливості змін показників центральної гемодинаміки та кислородтранспортної функції крові у вагітних, хворих анемією Акуш. і гін. 1990; 10 30-2.
2. Білокриницький Т.Є., Кузнік Б.І. Нові підходи до терапії анемії гестаційного періоду (обмін думками). Ос. Укр. перінатол. і педіатр. 1993; 6: 13-6.
3. Бугланов А.А., Саяпина Є.В., Тураєв А.Т. Порівняльна оцінка ефективності препаратів заліза при лікуванні залізодефіцитної анемії у вагітних. Акуш і гін 1994; 6: 16-18.
4. Вирує В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Є. та ін. Питома транспорт кисню на тлі лікування еритропоетином і препаратами заліза у вагітних з анемією. Пробл репрод. 1999; 2: 10-14.
5. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Мурашко Л.Є., Сопоева Ж.А. Коррекція залізодефіцитних станів у вагітних з гестозом. Проблеми репродукції. 2002; 6 30-34.
6. Вахромієва С.Н., Денисова С.Н., Хотімченко С.А., Алексєєва І.А. Латентна форма залізодефіцитної анемії вагітних жінок і стан здоров'я їхніх дітей. Ос. Укр. перінатол. і педіатр. 1996; 41 (3): 26-30.
7. Гаврилов В.Я., Немирів Є.К. Зміст статевих гормонів в крові здорових і хворих анемієспоріділь і судинах пуловини їх новонароджених. Акуш. і гін. 1991; 2: 40-3.
8. Горячев В.В. Метаболізм заліза при вагітності. Астрахань 1994; 99.
9. Гущин І.В. Вплив сидеропенії у матері на гематологічні показники і запаси заліза у новонароджених. Акуш. і гін. 1990; 12:38-41.
10. Дворецький Л.І. Залізодефіцитні анемії. Вус. мед. журн., 1997; 5 (19): 1234-42.
11. Дворецький Л.І. Залізодефіцитні анемії. М 1998; 37.
11. Жаров Є.В., Ковальчук Я.Н. Оцінка ефективності препарату Фенюльс в акушерсько-гінекологічній практиці. Вісник асоціації акушерів-гінекологів 1999; 1 110-111.
12. Ідельсон Л.І. Гіпохромних анемії. М., Медицина, 1981 190.
14. Казакова Л.М. Залізодефіцитна анемія у вагітних. Мед. допомога 1993; 1: 15-7.
14. Казюкова Т.В., Самсигіна Г.А., Калашникова Г.В. та ін. Нові можливості ферротерапії залізодефіцитної анемії КЛІНІЧ. фармаколо. і терапія 2000; 2: 88-91.
15. Козловська Л.В. Гіпохромних анемії: диференціальний діагноз і лікування. Новий мед. журн. 1996; 5-6: 8-12.