

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Л.Р. Агабабян, С.Э. Махмудова**Самаркандский Государственный медицинский институт,
Кафедра акушерства и гинекологии факультета последипломного образования**Ключевые слова:** Железодефицитная анемия, репродуктивный возраст, гемоглобин, сидеропения, комбинированная оральная контрацепция.**Таянч сўзлар:** Темир танқислиги анемияси, репродуктив ёш, гемоглобин, сидеропения, аралаш орал контрацепция.**Key words:** Iron Deficiency anemia, reproductive age, hemoglobin, sideropenia, combined oral contraception.

Железодефицитная анемия (ЖДА) продолжает занимать ведущую позицию в структуре заболеваемости женщин репродуктивного возраста не только в Узбекистане, но и во всем мире. По данным ВОЗ, анемия имеется у 1 987 300 000 жителей планеты, т.е. это одна из частых, если не самая частая, группа болезней.

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ**Л.Р. Агабабян, С.Э. Махмудова**

Самарканд Давлат тиббиёт институти

Дипломдан кейинги таълим факультети акушерлик ва гинекология кафедраси

Темир танқислиги анемияси (ТТА) репродуктив ёшдаги аёллар касалланиш структурасида нафақат Ўзбекистон, балки бутун жаҳонда ҳам муҳим ўрин эгаллайди. БЖССТ маълумотларига кўра, аёлларимизнинг 1987300000 аҳолисида анемия кўзатилади, яъни бу энг кўп тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN WOMEN OF CHILDBEARING AGE**L.R. Agababayan, S.E. Makhmudova**

Samarkand State medical institute

Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Postgraduate Education

Iron Deficiency anemia (IDA) continues to occupy a leading position in the structure of morbidity of women of reproductive age not only in Uzbekistan but all over the world. According to WHO, anemia is available from 1 987 300 000 inhabitants of the planet, i.e., it is one of, if not the most frequent group of diseases.

По данным ВОЗ, анемия имеется у 1 987 300 000 жителей планеты, т.е. это одна из частых, если не самая частая, группа болезней. В отдельных регионах мира частота ЖДА колеблется от 21 до 80%. Традиционно женское население страдает этим заболеванием в несколько раз чаще, чем мужское. Известно, что непосредственной причиной железодефицитного состояния в организме является превышение потерь железа в сравнении с его поступлением. Связано это с тем, что наряду с такими распространенными причинами развития ЖДА, как различные поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые одинаково часто встречаются как у мужчин, так и у женщин, существует целый ряд физиологических и патологических состояний, приводящих к хронической кровопотере и дефициту железа, характерных только для женского организма. Поэтому проблема ЖДА наиболее значима для такого раздела медицины, как акушерство и гинекология [1].

ЖДА – это состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови, обусловленное дефицитом железа и сопровождающееся характерным симптомокомплексом и определенными лабораторными показателями. Относится к гипохромным анемиям, при которых значение цветового показателя составляет менее 0,9 (МСН ниже 27пн).

Принимая во внимание отягощающее влияние ЖДА у женщин репродуктивного возраста на течение будущих беременностей и родов, а также, что при беременности и лактации потребность в железе увеличивается на 1070 мг, **целью нашего исследования** явилось изучить состояние здоровья женщин репродуктивного возраста, страдающих ЖДА.

Материал и методы исследования: нами обследованы 125 женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Все пациентки были разделены на 2 группы: основная – 50 женщин, которым по-

сле обследования с целью контрацепции рекомендовали непрерывный режим приема КОК; контрольная - 75 женщин, которым рекомендовали стандартный режим приема КОК с целью удлинения интергравидарного интервала.

Степень тяжести анемии определяли по классификации ВОЗ: анемия легкой степени тяжести – концентрация гемоглобина в крови от 110 до 90 г/л; умеренно выраженная анемия – концентрация гемоглобина в крови от 89 до 70 г/л; тяжелая анемия – концентрация гемоглобина в крови от 69 г/л.

Анализ анамнестических данных пациенток свидетельствовал о том, что все женщины в детстве перенесли различные инфекционные заболевания, в том числе детские инфекции: корь-70 (56%), скарлатина -18 (14,4%), ветряная оспа – 59 (47,2%), краснуха – 32 (25,6%), эпидемический паротит – 27 (21,6%); ангина – 50 (40%), а также у 51 (40,8%) пациенток в анамнезе были указания на следующие экстрагенитальные заболевания: хронический тонзиллит – 25 (20%), пневмонию – 4 (3,2%), гастрит – 43 (34,4%), холецистит – 2 (1,6%), цистит – 6 (4,8%), пиелонефрит – 18 (14,4%), причем у каждой второй пациентки было 2-3 экстрагенитальных заболевания. Кроме этого, указания на грипп и ОРВИ имели у - 110 (88%), и 119 (95,2%) женщин соответственно.

Средний возраст наступления менархе - $12,0 \pm 1,19$ лет. Продолжительность менструального цикла у пяти (4%) пациенток составила 23 дня, у 99 (79,2%) - 24-28 дней, у 21 (16,8%) – от 29 до 35 дней. Средняя продолжительность менструального цикла - $27,36 \pm 3,18$ дня. Менструальное кровотечение у 55 (44%) пациенток длилось 3-5 дней, от 5 до 7 дней у 61 (48,8%) и у 9 (7,2%) – более 7 дней. Средняя длительность менструального кровотечения — $5,31 \pm 1,09$ дня.

У 116 (92,8%) пациенток в анамнезе были беременности. У большинства женщин -94 (75,2%) было от одной до трех беременностей. При этом у большинства обследованных в анамнезе были роды: у 50 (44%) одни срочные роды, у 30 (10,2%) - двое, у 22 (16,8%) – трое и у 14 (13,6%) – четверо родов. Абдоминальное родоразрешение имело место у 31 (24,8%) женщины, при этом у 9 (7,2%) более одного раза. Кровотечения во время беременности и родов отметили 22 (17,6%) женщины. У 62 (49,6%) женщин беременности закончились медицинскими абортами, которые составили у 23 (37%) – 1 аборт, у 18 (29%) - 2, у 7 (11,3%)— 3, у 14 (22,6%) пациенток в анамнезе был самопроизвольный выкидыш.

В анамнезе у 24 (19,2%) женщин отмечались заболевания шейки матки, миома матки – у 12 (9,6%), киста яичника – у 9 (7,2%). В общей структуре гинекологической заболеваемости по данным анамнеза дисменорея, предменструальный синдром (ПМС), меноррагия, нерегулярный менструальный цикл составили 51,2%.

Распределение пациенток по степени выраженности анемии в группах представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение пациенток по степени выраженности анемии

Степень выраженности анемии	Основная группа	Контрольная группа
I	21 (42%)	31 (41,3%)
II	23 (46%)	35 (46,7%)
III	6 (12%)	9 (12%)
Всего	50 (100%)	75 (100%)

Как видно из представленной таблицы, обе группы вполне сопоставимы по степени выраженности анемии.

Данные о наличии сидеропенического синдрома (дефицит железа в тканях) у обследованных пациенток обеих групп представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Признаки сидеропенического состояния у пациенток с ЖДА

Признаки	Количество пациенток	
	Абс.	%
Бледность, сухость и трещины кожи, желтизна рук и носогубного треугольника	122	97,6
«Синева» склер	87	69,6
Ломкость ногтей, их уплощение и появление поперечной исчерченности (койлонихии)	81	64,8
Извращение вкуса (рiса chlorotika) и обоняния: желание есть мел, глину, сырые крупы, нюхать жидкости с резким запахом	86	68,8
Сухость, ломкость и выпадение волос	75	60
Глоссит и ангулярный стоматит	3	2,4
Дисфагия и эзофагит	3	2,4

Как видно из представленной таблицы почти все пациентки с ЖДА имели клинические проявления сидеропении.

Общеанемический синдром, как результат гипоксического поражения различных органов и систем, в нашем исследовании имел место у всех пациенток с анемией средней и тяжелой степени выраженности и более чем у половины пациенток с легкой степенью выраженности заболевания. Данные об этом представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Проявления общеанемического синдрома у пациенток с ЖДА

Признаки	Количество пациенток	
	Абс.	%
Изменение функционального состояния ЦНС: снижение умственной и физической работоспособности, повышенная утомляемость	99	79,2
Нарушение моторики желудочно–кишечного тракта (запоры, диарея, боли в эпигастральной области)	83	66,4
Нарушение функционального состояния сфинктеров ЖКТ и мочевыделительной системы (эзофагит, изжога и недержание мочи)	81	64,8
Мышечная слабость	73	58,4
Поражение сердечно–сосудистой системы: сердцебиение, артериальная гипотензия, одышка, систолический шум на верхушке	92	73,6

Гинекологическое исследование.

При гинекологическом исследовании патологических изменений наружных половых органов не выявлено ни у одной пациентки. Оволосение по женскому типу наблюдалось во всех случаях. У большинства пациенток - 118 (94,4%) тело матки было нормальных размеров, у 2 (1,6%) пациенток тело матки было несколько больше нормы, у 5 (4%) – пальпировались мелкие миоматозные узлы по задней стенке, у 97 (77,6%) придатки не определялись, их пальпация была безболезненна. У 28 (22,4%) женщин при пальпации в области придатков определялись безболезненные тяжи. Гинекологические заболевания выявлены у 49

(39,2%) женщин.

У 22 (17,6%) обнаружена эктопия шейки матки, у 21(16,8%) - вульво-вагинит, у 19 (15,2%) – бактериальный вагиноз, у 28 (22,4%) - хронический сальпингоофорит в стадии ремиссии, у 10 (8%) – миома матки.

У 10 (8%) пациенток при УЗИ органов малого таза обнаружены межмышечно-субсерозные миоматозные узлы небольших размеров. В целом, средние показатели размеров матки, яичников соответствовали аналогичным показателям здоровых женщин репродуктивного возраста.

Диагноз ЖДА подтвердили данными лабораторного исследования. Состояние красной крови у пациенток с анемией до начала приема КОК представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Показатели красной крови у пациенток с ЖДА

Показатели	Основная группа			Контрольная группа		
	I (n=21)	II (n=23)	III (n=6)	I (n=31)	II (n=35)	III (n=12)
HGB (г/л)	101,1±7,4	87,0±2,7	69,2±1,1	102,3±6,1*	85,0±1,9*	68,5±0,9*
RBC (10 ⁷)	3,0±0,4	2,8±0,2	2,3±0,2	2,9±0,8*	2,7±0,5*	2,5±0,1*
ИСТ (%)	31±0,1	27±0,6	25,1±0,3	30±0,8*	26,4±0,9*	25,2±0,5*
MCV (ф/л)	72±1,6	69±0,9	64,3±1,4	72±1,4*	68,7±1,0*	63,6±1,6*
Мен (п/г)	23±0,8	20,3±1,2	17,2±1,1	24±0,4*	21,1±0,9*	17,0±1,5*
Менс (г/л)	320±16,5	291,1±9,6	277,2±6,4	317,0±18,1*	290,0±1,0*	276,4±5,7*
RDVV-CV (%)	14,5±1,1	15,2±0,4	17,7±1,0	14,3±1,0*	15,1±0,7*	17,1±1,2*
RDVV-SD (ф/л)	35,1±1,7	31,1±1,2	27,4±0,9	35,0±1,9*	30,9±1,4*	27,5±1,8*
Сывороточное железо (мкмоль/л)	12,0±0,2	10,2±0,5	8,7±1,0	12,1±0,3*	11,0±0,7*	8,5±1,1*

ПРИМЕЧАНИЕ: * - достоверность различий с основной группой, p<0,5

Как видно из таблицы, до начала приема КОК показатели красной крови в обеих группах достоверно не различались. Степень изменений в основных показателях коррелировала со степенью выраженности анемии.

Анализ результатов исследования позволил выявить, что причиной дефицита железа у женщин репродуктивного возраста явилось нарушение его баланса в сторону преобладания расходования железа над поступлением в результате хронических заболеваний, большого количества родов и аборт, обильных менструаций, нарушений пищевого поведения. Пролонгированный метод пероральной гормональной контрацепции является эффективным: контрацептивная эффективность метода составляет 100%; Приемлемость определяется небольшим числом (17,6%) типичных для КОК побочных реакций (головная боль, мастодиния, тошнота и др.), которые возникают преимущественно в первом цикле приема и в дальнейшем исчезают у большинства больных. Также в нашем исследовании удалось выявить, что пролонгированный прием комбинированных оральных контрацептивов эффективен при ведении железodefицитной анемии у женщин репродуктивного возраста, в сочетании небольших доз препаратов железа. Дополнительно у женщин с III степенью ЖДА применялся железосодержащий препарат Суфер.

Суфер - Внутривенный препарат железа для быстрой и клинической коррекции дефи-

цита гемоглобина. 1 мл раствора содержит 20 мг железа в виде железа (III) гидроксид сахарозного комплекса. Всем пациенткам с анемией тяжелой степени выраженности после уточнения диагноза железodefицитная анемия одновременно с КОК назначено антианемическое лечение препаратом железа - Суфер. Применение которого положительно повлияло на течение ЖДА тяжелой степени. Все пациентки с тяжелой степенью ЖДА перешли в среднюю степень ЖДА.

Выводы: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой контрацептивной эффективности и положительных неконтрацептивных эффектах назначения пролонгированного режима КОК у женщин с ЖДА при заболеваниях, связанных с менструальным циклом, транзиторном характере побочных эффектов. Применение препарата Суфер положительно повлияло на женщин с тяжелой степенью ЖДА. Через 6-12 месяцев непрерывного режима приема КОК произошли значительные улучшения в показателях красной крови: достоверно увеличилось количество гемоглобина, эритроцитов, повысился гематокрит. Особого внимания заслуживает факт, что через 12 месяцев у всех пациенток с анемией легкой степени выраженности по данным лабораторных исследований признаков гипохромной анемии не отмечено, значительно улучшились показатели у пациенток с анемией средней степени выраженности – увеличилось количество гемоглобина, эритроцитов, цветовой показатель, уменьшился. Значительно улучшилось течение анемии тяжелой степени: проявления тяжелой анемии не наблюдались ни у одной из 6 пациенток через 12 месяцев непрерывного приема КОК.

Использованная литература:

1. Гороховская Г.Н., Зимаева Ю.О., Южанинова О.В. и др. Железodefицитная анемия у беременных // Трудный пациент. 2007. № 9.
2. Дударева А.В. Возможности повышения приверженности к лечению современными препаратами за счет уникального сочетания их контрацептивных и лечебных свойств // Российский медицинский журнал, 2014. №14.
3. Коноводова Е.Н., Докуева Р.С., Якунина Н.А. Железodefицитные состояния в акушерско-гинекологической практике // Российский медицинский журнал, 2011. № 20.
4. Пустотина О.А. Революционный подход: Пролонгированная контрацепция // Женская консультация. 2017. №1.
5. Шевелева Т.В., Скворцова М.Ю. Проблема железodefицитной анемии в акушерстве и гинекологии // Российский медицинский журнал, 2012. №17.
6. ACOG Guidelines on Noncontraceptive Uses of Hormonal Contraceptives // Amer. Fam. Phys. 2010. Vol.82, №3.
7. World Health Organization. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers // Geneva, 2001 (WHONHD1.3). P.132.