

*Кибизова Элиза Георгиевна
студентка 6 курса,
лечебный факультет
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Россия, г. Владикавказ
e-mail: eliza.kibizova@gmail.com*

*Битарова Алина Игоревна
студентка 6 курса,
лечебный факультет
Северо-Осетинская государственная медицинская академия
Россия, г. Владикавказ*

АНЕМИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

***Аннотация:** Учитывая, что анемия, как сообщается, возникает у 25% женщин во время беременности, а врачи общей практики проводят большую часть мероприятий по подготовке к зачатию и на ранних сроках беременности, важно иметь четкое представление об этиологии, рисках и вариантах лечения. Хотя чаще всего наблюдается железодефицитная анемия, требуется более комплексное понимание других причин и скрининг гемоглобинопатии.*

***Ключевые слова:** анемия, железодефицит, дородовой уход, беременность, гемоглобин.*

*Kibizova Eliza Georgievna
6th year student,
medical Faculty
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

*Bitarova Alina Igorevna
6th year student,
medical Faculty
North Ossetian State Medical Academy
Russia, Vladikavkaz*

ANEMIA DURING PREGNANCY

***Abstract:** Considering that anemia is reported to occur in 25% of women during pregnancy, and general practitioners carry out most of the measures to prepare for conception and in the early stages of pregnancy, it is important to have a clear understanding of the etiology, risks and treatment options. Although iron deficiency*

anemia is most often observed, a more comprehensive understanding of other causes and screening of hemoglobinopathy is required.

Key words: anemia, iron deficiency, prenatal care, pregnancy, hemoglobin.

Анемия во время беременности представляет собой серьезную глобальную проблему для здоровья, которой страдают 38,2% женщин во всем мире, в основном из-за дефицита железа. Другие причины включают дефицит питательных веществ, гемоглобинопатии, инфекционные и хронические заболевания и, реже, злокачественные новообразования. Географическая изменчивость встречается с большей распространенностью в менее развитых странах, особенно в домохозяйствах с низким доходом. Уровень распространенности в Австралии оценивается в 25%, с повышенным риском для женщин-аборигенов и жителей островов Торресова пролива.

Всемирная организация здравоохранения определяет анемию как уровень гемоглобина (Hb) <110 г/л на любом сроке беременности и <100 г/л после родов. Физиологические изменения происходят во втором триместре, увеличивая объем плазмы наряду с меньшим увеличением массы эритроцитов, что приводит к гемодилуции, известной как «физиологическая анемия». Таким образом, пороговое значение Hb <105 г/л во втором триместре широко используется в международных рекомендациях по определению и управлению лечением [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Железодефицитная анемия (ЖДА) составляет примерно 50% случаев во всем мире. Тем не менее, несколько исследований определили частоту ЖДА среди австралийских беременных в соответствии с последовательными определениями.

Уровни ферритина в сыворотке используются для оценки запасов железа во время беременности. Опять же, существует вариабельность уровней для диагностики дефицита железа; однако обычно используется уровень ферритина в сыворотке <30 нг/мл. Ферритин следует оценивать наряду с тенденциями индексов эритроцитов и истории болезни [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Остается неопределенность в отношении важности железа и физиологических изменений во время беременности, а также в отношении риска не только слишком малого, но и слишком большого количества железа. Железо имеет U-образную взаимосвязь питательных веществ со здоровьем, с функциональными нарушениями на одном конце кривой и цитотоксичностью на другом, с опасениями относительно материнской гемоконцентрации, преэклампсии и гестационного диабета с повышенным статусом железа. ЖДА, однако, была связана с плохой прибавкой массы тела во время беременности, задержкой роста плода, преждевременными родами, повышенным риском родовых осложнений и депрессией у матери [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Пероральная терапия препаратами железа остается терапией первой линии при ЖДА и дефиците железа при этом имеются данные, подтверждающие, что более низкие дозы (20 мг/день) столь же эффективны, как и высокие дозы (80 мг/день). Это обнадеживает, учитывая, что побочные эффекты (чаще всего желудочно-кишечные [например, тошнота, запор]) при пероральной терапии зависят от дозы. Однако при ЖДА может потребоваться введение более высоких доз. Дефицит фолиевой кислоты, В12 и микроэлементов [2].

Обычно определение уровня В12 следует проводить у всех женщин, придерживающихся вегетарианской и веганской диеты; нарушения всасывания, такие как болезнь Крона и глютенная болезнь; аутоиммунные заболевания; использование лекарств (например, метформин); и, все чаще, у тех, кто перенес бариатрическую хирургию, в частности, рукавную резекцию желудка. Измерение общего В12 является первой линией, но имеет ограничения в диагностике. Активный В12 в настоящее время активируется при патологии у людей с низким уровнем и является более чувствительным маркером. Фолиевая кислота и витамин В12 необходимы для синтеза ДНК и созревания ядер. Дефицит связан с более высоким риском дефектов нервной трубки и может быть связан с бесплодием, рецидивирующим самопроизвольным абортom и преждевременными родами [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Коррекция дефицита В12 важна, потому что дефицит может также возникать у новорожденных и связан с неврологическими симптомами у младенцев, находящихся исключительно на грудном вскармливании. Остается недостаточно доказательств, определяющих оптимальное лечение дефицита В12 во время беременности в отношении перорального или внутримышечного замещения. Решение о способе введения должно основываться на предпочтениях пациента, причине дефицита В12 и возможности плохой пероральной абсорбции.

Гемоглобинопатии можно разделить на талассемии и варианты гемоглобина, такие как серповидно-клеточная анемия (SCD). Талассемия представляет собой наследственное заболевание, связанное с нарушением синтеза одной или нескольких цепей глобина, причем наиболее распространены альфа- и бета-талассемия. Клиническая значимость сложна и переменчива, поэтому необходимо получить заключение гематолога

ВСС представляет собой группу наследственных аутосомно-рецессивных заболеваний, которые влияют на структуру гемоглобина. Женщинам с ВСС следует назначать фолиевую кислоту в дозе 5 мг в день как до зачатия, так и на протяжении всей беременности. HbS в сочетании с нормальным гемоглобином (А) называется «признаком серповидноклеточной анемии» и часто протекает бессимптомно [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Вывод. Общая практика дает важную возможность для раннего выявления анемии у женщин, планирующих беременность или находящихся в первом триместре беременности. Хотя в Австралии проводится рутинный скрининг гемоглобина, ориентация на группы высокого риска может обеспечить раннее лечение и улучшить результаты. Текущие данные рекомендуют пероральную терапию препаратами железа первой линии при ЖДА и дефиците железа с соответствующим последующим наблюдением. В сложных случаях следует обратиться к гематологу [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Список литературы:

1. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А., Шаков Р.Г. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц // Гинекология. 2010. № 3. С. 24-31.

2. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Орджоникидзе Н.В., Серов В.Н., Елохина Т.Б., Ильясова Н.А. Лечение латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. № 1. С. 64-68.

3. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 46 с.

4. Хитров М.В., Охапкин М.Б., Ильяшенко И.Н. Анемия беременных. Пособие для врачей и интернов. Ярославль, 2002. 19 с.

5. Городецкий В.В., Годулян О.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия: лечение и диагностика. Методические рекомендации. М.: Медпрактика-М, 2005. Т. 3. 28 с.