

*Л.Б. Маркін, Л.М. Яценко***РАЦІОНАЛЬНА ФЕРРОТЕРАПІЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна*e-mail: *laraya71@ukr.net*

Резюме: У статті наведені результати застосування лікарського засобу Мальтофер у третьому триместрі вагітності при ускладненні гестаційного процесу залізодефіцитною анемією. Показано, що проведення ферротерапії залізодефіцитної анемії у вагітних забезпечує підвищення кількості еритроцитів, гемоглобіну та концентрації сироваткового заліза, покращення стану материнського організму і плода. Лікарський засіб добре переноситься, небажані ефекти не відмічено.

Ключові слова: залізодефіцитна анемія, вагітність, Мальтофер.

Вступ. Анемія негативно впливає на перебіг вагітності, стан функціональної системи материнський організм-плід. Згідно даних ВООЗ частота залізодефіцитної анемії (ЗДА) вагітних складає 80% (якщо за критерій приймати рівень гемоглобіну) або 99% (якщо наявність анемії оцінювати за вмістом сироваткового заліза). Анемія як така, визначається на основі концентрації гемоглобіну або гематокриту. Концентрація гемоглобіну менше 110 г/л у вагітних розцінюється як анемія^{1,3,5}.

Основним напрямком у лікуванні ЗДА є призначення феррозасобів. Ідеальний пероральний засіб заліза повинен мати високий терапевтичний ефект, не вступати у взаємодію з їжею або іншими лікарськими засобами (ЛЗ), мати широкий діапазон безпеки з мінімальним ризиком випадкового передозування, добру переносимість з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і не доводити до таких небажаних наслідків, як забарвлення зубів чи неприємний смак у роті^{4,2,6}.

Сучасним антианемічним ЛЗ є Мальтофер. Медикамент містить залізо у вигляді полімальтозного комплексу гідроксиду заліза (ІІІ). Цей макромолекулярний комплекс стабільний і не виділяє залізо у вигляді вільних іонів у ШКТ. Структура ЛЗ схожа з природною сполукою заліза – феритином. Завдяки такій подібності, залізо (ІІІ) потрапляє з кишківника у кров шляхом активного всмоктування. Залізо, що всмокталось, зв'язується з феритином і зберігається в організмі, переважно у печінці. Пізніше у кістковому мозку воно включається до складу гемоглобіну. Залізо, що входить до складу полімальтозного комплексу гідроксиду заліза (ІІІ), не має про-

оксидантних властивостей, притаманних простим солям заліза.

Мета дослідження – визначити ефективність використання залізовмісного ЛЗ Мальтофер при лікуванні ЗДА вагітних

Матеріали та методи дослідження. Групу спостереження склали 25 жінок із 31-32-тижневою вагітністю, ускладненою ЗДА легкого ступеня.

Мальтофер призначали протягом 30 днів по 2 таблетки на добу під час або після приймання їжі. Одна таблетка містить 357 мг заліза (ІІІ) гідроксиду полімальтозат, що еквівалентно 100 мг заліза.

Лабораторне підтвердження діагнозу ЗДА до лікування і контроль за ефективністю фармакотерапії (ФТ) базувалися на визначенні наступних гематологічних показників: рівень гемоглобіну (Hb), гематокрит (Ht), кількість еритроцитів (E), рівень сироваткового заліза (Fe), загальний білок (CP). Отримані результати оцінювали згідно міжнародних стандартів і на основі класифікації ВООЗ.

Реєстрацію кардіотахограми (КТГ) проводили монітором типу 8030A фірми «Hewlett – Packard» (США). Вагітним надавали напівфowlerівського положення. Запис КТГ здійснювали протягом 20 хв на стрічці, що рухалась зі швидкістю 1 см/хв. При аналізі КТГ враховували кількість, амплітуду і тривалість акцелерацій та тип варіабельності частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода.

Висновки про біофізичну активність плода робили на основі результатів дослідження його дихальних (ДРП) та генералізованих (ГРП) рухів, а також оцінки м'язового тонуусу з використанням ультразвукової системи «SA – 8000EX» (Medison, Південна Корея). Звер-

тали увагу на здатність плода повертатися до стану флексії після виконання рухів. Визначали кількість і тривалість ГРП за 30 хв спостереження, частоту виявлення і тривалість постійних ДРП плода. За даними ехографічної картини робили висновок про кількість навколоплодових вод, визначали величину найбільшого вертикального розміру вільної ділянки амніотичної рідини (см).

Комплексну оцінку біофізичного профілю плода (БПР) проводили за шкалою, наведеною у методичних рекомендаціях «Затримка росту плода: діагностика, профілактика та лікування» (Київ, 2006).

За допомогою ртутного сфігмоманометра проводили вимірювання систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску (АТ). Вагітні перебували у стані спокою щонайменше 10 хв., права рука вільно лежала на твердій поверхні, манжетка розташована на рівні серця та обгорнута навколо плеча не менше, ніж на три чверті. Вимірювання АТ повторювали двічі, а у разі наявності розбіжності у результатах – тричі та більше з інтервалом у 4 години та реєстрацією найменшої величини. Для визначення ДАТ використовували V тон за Коротковим, беручи до уваги точку повного зникнення артеріальних шумів.

Частоту серцевих скорочень у вагітних визначали з використанням монітора VA-777 (AD Medical, Японія).

Враховували клінічні ознаки анемічного і сидеропенічного синдромів.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою стандартних програм статистичного аналізу *Microsoft Excel 5.0*. Порівняння та визначення вірогідності відмінностей у вибірках, які містили кількісні показники, проводили за коефіцієнтом Ст'юдента. Якісні показники досліджували за допомогою частотних таблиць цієї ж програми, де визначалась частота зустрічаємості кожної ознаки в абсолютних числах та їх процентний вираз. Порівняння вибірок, які містили якісні ознаки, проводили за коефіцієнтом Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення. При дослідженні вікових показників жінок встановлено, що 12% із них були у віці до 18 років, 64% – від 18 до 29 років, 20% – від 29 до 40 років і 4% - 40 і більше років. Вік батька до 18 років мав місце у 8%, понад 40 років – у 12% випадків. Шлюб не був зареєстрованим у 12% жінок. Невисокий соціальний рівень зазначений у 24%, нераціональне харчування – у 32% спостережень. Зловживали

тютюнокурінням 12%, алкоголем – 4% вагітних. Професійні шкідливості мали місце у 20% жінок. Зріст 150 см і менше зазначений у 12%, астенічна конституція – у 16% спостережень. Більшість жінок (60%) мали намір родити вперше. Порушення менструального циклу виявлені у 40% випадків. Анамнез 16% жінок був обтяжений самовільним викиднем, 4% – завмерлою вагітністю, 12% – передчасними пологами, 12% – народженням дитини з малою масою тіла, 4% – мертвородженням, 4% – смертністю в ранньому неонатальному періоді, 16% – непліддям, 28% – запальними захворюваннями органів малого тазу. Аборт перед першими (даними) пологами мав місце у 20% вагітних. Короткий інтергенетичний інтервал (менше 2 років) встановлено у 12% спостережень. Гіпоплазію матки встановлено у 8%, вади розвитку матки – у 4% жінок. Операцію на матці перенесли 4%, на маткових трубах – 8%, на яєчниках – 8% жінок. Під час даної вагітності «банальні» гострі респіраторні захворювання мали місце у 24%, грип – у 8% жінок. У 16% вагітних діагностовані серцево-судинні захворювання, у 12% – захворювання нирок і у 12% – ендокринопатії. Дана вагітність ускладнилась невиношуванням у 28% жінок. В усіх випадках мала місце анемія легкого ступеня (гемоглобін від 91 г/л до 110 г/л).

Вагітні з ЗДА скаржилися на зниження працездатності (80%), втоми (84%), поганий сон (76%), слабкість (72%), головокружіння (60%), зниження апетиту (40%). У 68% випадків спостерігались явища епітеліопатії у вигляді сухості та випадіння волосся, ламкості нігтів. Блідість шкірних покривів та слизових оболонок мали місце у 64% жінок. Помірно виражена артеріальна гіпотензія і тахікардія були виявлені в 32% випадків.

Проведення кардіотахографічного дослідження при ЗДА вагітних виявило у 36% випадків зниження реактивності серцевої діяльності плода. Зокрема, протягом 20-хвилинного спостереження реєструвались $2,7 \pm 0,4$ акцелерацій. Амплітуда останніх складала $19,2 \pm 1,7$ уд/хв, тривалість – $23,5 \pm 2,2$ с. Заслужувала на увагу наявність зниження варіабельності ЧСС плода. Амплітуда осциляцій становила $4,6 \pm 0,5$ уд/хв (рис.1).

Протягом 30-хвилинного спостереження реєструвались поодинокі епізоди розгинання кінцівок плода з подальшим поверненням їх у згинальне положення. Явно утрудненим було повернення плода до стану флексії після попереднього розгинання його спинки. Кількість ГРП склала $2,8 \pm 0,3$, епізодів ДРП тривалістю $43,3 \pm 4,3$ с – $1,7 \pm 0,4$.

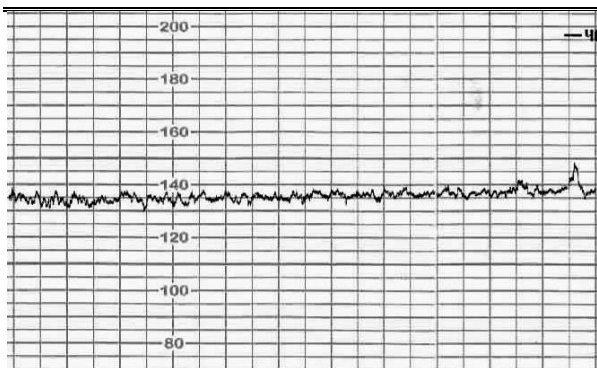


Рис.1. Вагітність 31-32 тижні ЗДА легкого ступеня

Поодинокі низькоамплітудні акцелерації при ундулюючому типі ЧСС плода.

Оцінка БПП складала $5,6 \pm 0,3$ балів.

Результати проведених досліджень показали наявність позитивного впливу Мальтоферу на гематологічні показники у вагітних групи спостереження (рис.2).

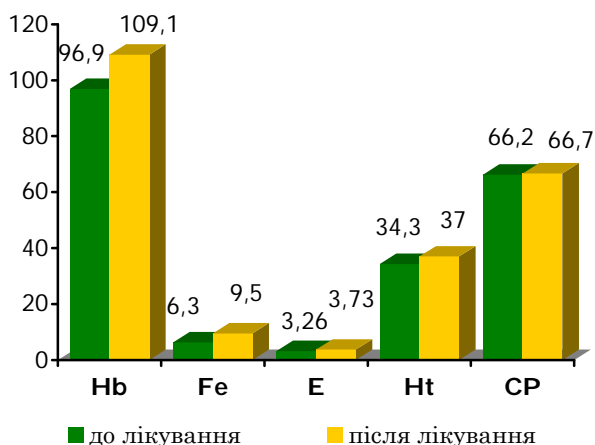


Рис.2. Гематологічні показники до та після лікування препаратом Мальтофер

У результаті проведення ферротерапії спостерігалось покращення самопочуття вагітних, зниження частоти проявів анемічного і сидеропенічного синдромів (табл.1; рис.3).

Таблиця 1. Скарги вагітних із ЗДА до- і після ФТ ЛЗ Мальтофер

Скарги вагітних	До лікування	Після лікування
Зниження працездатності	20 (80%)	8 (32%)
Втома	21 (84%)	6 (24%)
Поганий сон	19 (76%)	8 (32%)
Слабкість	18 (72%)	7 (28%)
Головокружіння	15 (60%)	5 (20%)
Зниження апетиту	10 (40%)	5 (20%)

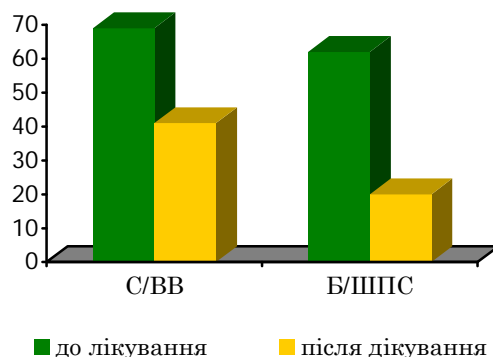


Рис. 3. Прояви сидеропенічного синдрому у вагітних із ЗДА до- і після лікування ЛЗ Мальтофер.

С/ВВ – сухість і випадіння волосся; Б/ШПС – блідість шкірних покривів і слизових оболонок

Лише у 12% вагітних після проведеної ФТ ЛЗ Мальтофер спостерігалась помірна артеріальна гіпотензія і тахікардія.

Призначення ЛЗ Мальтофер вагітним із ЗДА позитивно впливало на основні показники стану плода. Після проведення курсу ФТ оцінка БПП дорівнювала $8,3 \pm 0,4$ балам. Здебільшого спостерігався хвилеподібний тип варіабельності ЧСС плода (амплітуда осциляцій – $6,5 \pm 0,4$ уд/хв, частота – $5,4 \pm 0,3$ уд/хв). Були зареєстровані як періодичні, так і спорадичні акцелерації. Амплітуда останніх становила $23,3 \pm 1,7$ уд/хв, тривалість – $22,6 \pm 2,2$ с, а кількість – $5,2 \pm 0,3$ (протягом 20 хв) (рис.4).

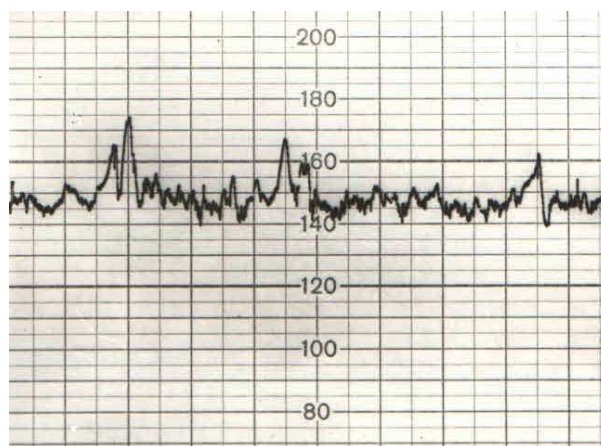


Рис.4. Вагітність 35-36 тиж. Стан після курсу ферротерапії.

КТГ. Акцелерації достатньої амплітуди і частоти при хвилеподібному типі варіабельності ЧСС плода.

Протягом 30-хвилинного ехографічного дослідження реєстрували, в середньому, $3,5 \pm 0,3$ ГРП та епізоди ДРП тривалістю 60 с і біль-

ше. Відразу після виконання рухів плід повертався до стану флексії, спостерігалась достатня кількість навколоплодових вод. Найбільший вертикальний розмір вільної ділянки амніотичної рідини становив 2 см і більше.

Заслужує на увагу той факт, що ЛЗ добре переносився вагітним. Побічних ефектів на тлі його застосування не було. Лише в одному випадку мали місце епізоди ранкового блювання на початковому етапі призначення медикаменту.

Висновки:

Результати проведених досліджень показали, що при застосуванні лікарського засобу Мальтофер спостерігається достеменно ефективна корекція залізодефіцитної анемії у ва-

гітних. Мальтофер забезпечує виражений антианемічний ефект, позитивно впливає на стан материнського організму та плода.

Література:

1. Подзолкова Н.М. Клиническая эффективность препарата Ферретаб при лечении железодефицитной анемии у беременных в третьем триместре / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2005. – №1. – С.25-33.
2. Ризик вагітності, пологів та гормональна адаптація фетоплацентарного комплексу при анемії вагітних / А.Я. Сенчук, Б.М. Венцовський, О.Ю. Костенко [та ін.] // Педіатрія, акушерство, гінекологія. – 1994. – №3. – С.44-45.
3. Стрижаков А.Н. Особенности течения беременности и родов при железодефицитной анемии / А.Н. Стрижаков, З.М. Мусаев, И.Р. Муратов // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2005. – №3. – С.14-18.
4. Сумская Г.Ф. Железодефицитные состояния у беременных / Г.Ф. Сумская, С.В. Фомичева // Здоровье женщины. – 2012. – №5. – С.32-36.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. – Триада, 2011. – 896 с.
6. Early signs of maternal iron deficiency do not influence the iron status of the newborn, but are associated with higher infant birthweight / M. Ervasti, U. Sankilampi, S. Heinonen, K. Punnonen // Acta Obstet.Gynecol. Scand. – 2009. – №1. – P.83-90.

УДК 618.3+616.155.194.8)-085.272

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФЕРРОТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Л.Б. Маркин, Л.М. Ященко

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

Резюме: В статье представлена информация о применении препарата Мальтофер® в III триместре беременности при осложнении гестационного процесса железодефицитной анемией (ЖДА). Показано, что проведение ферротерапии ЖДА у беременных обеспечивает повышение количества эритроцитов, гемоглобина и концентрации сывороточного железа, улучшение состояния материнского организма и плода. Препарат хорошо переносится, побочные эффекты не отмечено.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, беременность, Мальтофер®

UDC 618.3+616.155.194.8)-085.272

RATIONAL FERROTHERAPY OF IRON-DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN

L.B. Markin, L.M. Yashchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary: The information on the application of Maltofer® in III trimester of pregnancy with complications of gestational process by iron deficiency anemia (IDA) are presented in the article. It is shown that ferrotherapy of IDA in pregnant enhances erythrocyte count, level of hemoglobin and serum iron, improvement of maternal and fetus condition. The drug was well tolerated, undesirable effects were not observed.

Keywords: iron-deficiency anemia, pregnancy, Maltofer®

Надійшла до редакції 21.01.2013 р.

ISSN 2070-3112

«Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація»

2012, №3