

Питання залізодефіциту та анемії в Рекомендаціях ВООЗ-2017

В.І. Медведь, Н.Б. Степура

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

У статті докладно описано положення, викладені у документі «Рекомендації ВООЗ щодо надання допологової допомоги з метою формування позитивного досвіду вагітності», які стосуються попередження залізодефіциту, анемії та їхніх негативних материнських і перинатальних наслідків. Наведено дози та режими застосування залізовмісних препаратів та фолієвої кислоти у вагітних за різних умов для профілактики та лікування. Підкреслено доказовість усіх рекомендацій, розроблених експертами ВООЗ, доцільність їхнього використання в акушерській практиці.

Ключові слова: вагітність, анемія, поширеність та негативні наслідки, залізо, фолієва кислота, рекомендації ВООЗ.

Поява фундаментального документа, розробленого експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), це завжди велика подія для спеціалістів, яким документ призначений. Саме такою значною подією для акушерів-гінекологів усього світу стало оприлюднення у 2017 році «Рекомендацій ВООЗ щодо надання допологової допомоги з метою формування позитивного досвіду вагітності».

Даний документ є всебічною настановою з надання допологової допомоги (ДПД) вагітним. Його мета – доповнити існуючі настанови ВООЗ з лікування окремих ускладнень вагітності. Фактично експерти-укладачі документа ставили перед собою і відповідали на два запитання:

– Які доведено обґрунтовані заходи у рамках ДПД покращать наслідки та сформулюють позитивний досвід вагітності?

– Як їх слід застосовувати?

Методологія розроблення рекомендацій передбачала пошук і аналіз систематичних оглядів втручань, що переважно перебувають у Кокранівській бібліотеці. Отже, усі рекомендації базуються на даних доказових досліджень і відповідають жорстким критеріям, які дозволили поділити їх на такі три види:

– захід рекомендовано (безумовно);

– захід рекомендовано лише за певних умов (тільки у рамках наукових досліджень, тільки в умовах цільового моніторингу та оцінювання, за інших певних умов);

– захід не рекомендовано.

Надзвичайно високий рівень «Рекомендацій ВООЗ-2017» і обґрунтованість їхнього застосування в усьому світі підкреслено тим, що текст документа відкриває звернення Генерального Секретаря Організації Об'єднаних Націй.

Слід зазначити, що безпосередньо у штаб-квартирі ВООЗ у Женеві цей майже 200-сторінковий документ було перекладено на п'ять світових мов, включаючи російську, і у такому вигляді розповсюджено. Тому, описуючи зміст Рекомендацій, ми збережемо авторську редакцію, навіть якщо вона колись може видаватися не дуже вдалою.

Змістовна частина документа містить п'ять основних розділів:

A. Заходи, пов'язані з харчуванням

B. Обстеження вагітної та плода

C. Профілактичні заходи

D. Допомога у разі наявності поширених фізіологічних симптомів

E. Втручання у систему охорони здоров'я для підвищення використання та якості допологової підготовки.

У цій статті ми зупинимося лише на одному принциповому питанні, якому у Рекомендаціях приділено велику увагу, – попередження залізодефіциту та анемії у вагітних. Усе, що стосується цієї теми, у Рекомендаціях представлено у розділі A, хоча, як буде видно з викладеного нижче, рекомендовані профілактичні заходи аж ніяк не обмежуються харчуванням.

Анемія у вагітних пов'язана з нестачею заліза, фолієвої кислоти та вітаміну А. За оцінками експертів ВООЗ, вона спостерігається у 38,2% вагітних у світі. Відзначимо для порівняння, що 2017 року в Україні поширеність анемії серед вагітних становила в середньому 25,55% (офіційні дані Центру медичної статистики МОЗ). Частота анемії є найвищою у регіонах Південно-Східної Азії (48,7%) та Африки (46,3%), середньою – у регіоні Східного Середземномор'я (38,9%), найнижчою – у регіонах Західної частини Тихого океану (24,3%), в Америці (24,9%) та Європі (25,8%) [1]. В Україні є певні регіональні відмінності поширення анемії: у Донецькій області вона становила 31,82%, а в Сумській – 18,48%.

Тяжка анемія, яку визначають за наявності рівня гемоглобіну менше 70 г/л і діагностують щороку у 800 тис. вагітних у світі, істотно підвищує материнську та малюкову смертність [2]. Як вважають експерти, щонайменше у половині випадків анемію вагітних можна усунути у разі вживання препаратів заліза.

Дефіцит заліза окрім розвитку анемії несприятливо впливає на утилізацію джерел енергії м'язовою тканиною і, отже, на фізичну працездатність і продуктивність праці, а також на стан імунної системи та захворюваність на інфекційні хвороби [3]. Нестача фолієвої кислоти (вітамін В9) разом з анемією асоціюється з розвитком дефектів невральної трубки плода [4].

Основну принципову рекомендацію щодо додаткового вживання вагітними заліза та фолієвої кислоти укладачі зазначеного документа сформулювали так: для профілактики анемії, післяпологового сепсису, народження дітей з низькою масою тіла та передчасних пологів вагітним рекомендується щоденне вживання всередину препаратів заліза у дозі 30–60 мг (у перерахунку на залізо-елемент) і фолієвої кислоти 400 мкг.

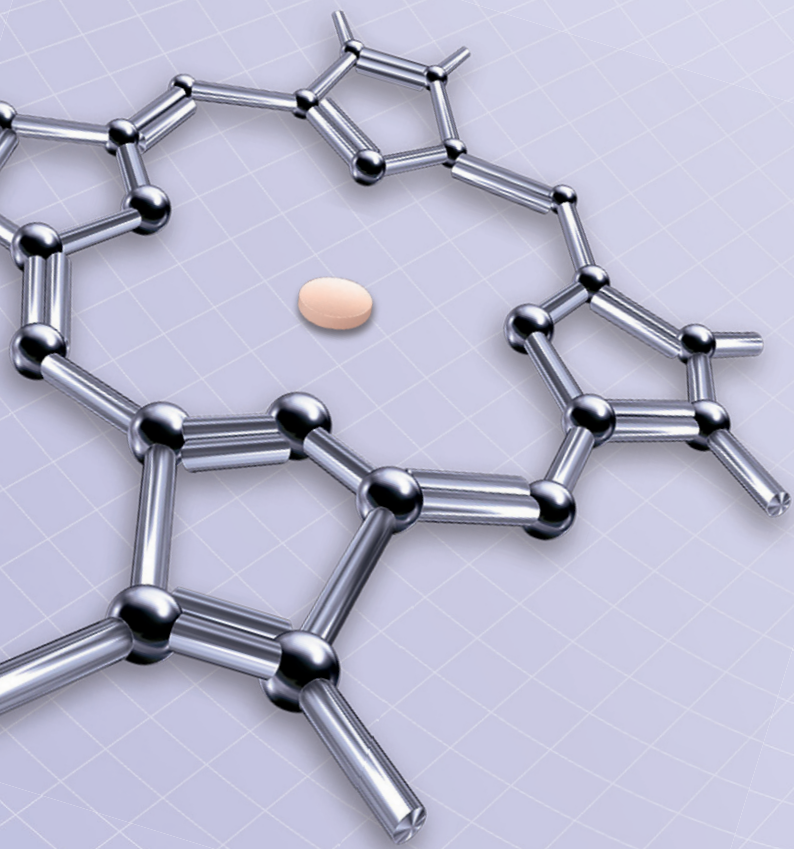
Підкреслено, що дана рекомендація замінює попередню із публікації ВООЗ – «Рекомендації: щоденний додатковий прийом препаратів заліза та фолієвої кислоти вагітними» (2012 р.) [4] і повинна розглядатися разом із Рекомендацією щодо періодичного вживання препаратів заліза (див. нижче).

Комп'юючи це ключове принципове положення, хотілося б зазначити, що експерти-укладачі документа, ретельно проаналізувавши наявні у Кокранівській бібліотеці докази, дійшли висновку щодо можливості значущого зменшення кількості чотирьох клінічних станів – анемії, передчасних пологів, післяпологового сепсису та народження дітей з низькою масою тіла, завдяки додатковому вживанню вагітними препаратів заліза та фолієвої кислоти. Посилання на дослідження, які доводять ці позитивні наслідки, звісно, у документі наведено [5]. Водночас не знайдено переконливих доказів істотного позитивного впливу на частоту прееклампсії, кровотеч під час вагітності й після пологів, передчасного відшарування плаценти, а також материнської смертності. І друге, на що слід звернути увагу, це щоденність вживання

ГіноТардиФерон®

СУЛЬФАТ ЗАЛІЗА + ФОЛІЄВА КИСЛОТА

ЄДИНИЙ ПРЕПАРАТ СУЛЬФАТУ ЗАЛІЗА (II) ТА ФОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ



- Сульфат заліза (II) екв. 80 мг Fe² та 350 мкг фолієвої кислоти
- Найсучасніша технологія уповільненого вивільнення заліза
- Без аскорбінової кислоти
- Без сахарози
- Таблетка менша – ковтати легше



1 таблетка в день

ГІНО-ТАРДИФЕРОН

Склад: діюча речовина: 1 таблетка містить заліза сульфат сухий 247,25 мг, що еквівалентно 80 мг заліза (II), кислоту фолієву 0,35 мг; **допоміжні речовини:** мальтодекстрин, целюлоза мікрокристалічна, амонійно-метакрилатного сополімеру дисперсія (тип В), амонійно-метакрилатного сополімеру дисперсія (тип А), тальк, триетилцитрат, гліцерол дибегенат, заліза оксид жовтий (Е 172), заліза оксид червоний (Е 172), титану діоксид (Е 171); сепіфільм LP010 (гіпромелоза, целюлоза (гіпромелоза, целюлоза мікрокристалічна, кислота стеаринова).

Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболонкою, пролонгованої дії. **Фармакологічні властивості.** Гіно-Тардиферон належить до комплексних препаратів заліза пролонгованої дії. Препарат поповнює нестачу заліза та фолієвої кислоти в організмі. **Побічні реакції.** Поширені: запор, діарея, здуття живота, абдомінальний біль, зміна кольору калу, нудота. **Непоширені:** аномальні кишкові випорожнення, диспепсія, блювання, гастрит. **РП** в Україні № UA/2976/01/01 від 05.12.2014. Зміни внесені 01.12.2016 № 1299. Подається у скороченні. Повна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація про лікарський засіб

Інформація для використання в професійній діяльності медичними і фармацевтичними працівниками


Pierre Fabre
Médicament

EUROMEDEX

Представництво «Євромедекс Франс», м. Київ, вул. Грушевського, 28/2, НП 43,
тел./факс: (044) 359 0 356
відділ фармаконадзора: тел./факс 38 044 359 09 56
pharmacovigilance_ub@euromedex.com

препаратів заліза і фолієвої кислоти. Треба розуміти так, що кожна вагітна має дотримуватися цієї рекомендації від моменту вірогідного встановлення факту вагітності до пологів. Досить жорсткий режим, але він обґрунтований зазначеними вище позитивними наслідками.

Експерти деталізують рекомендацію щодо дози заліза. У документі зазначено, що в країнах/регіонах, де у понад 40% вагітних рівень гемоглобіну менше за 110 г/л, щоденне профілактичне вживання 60 мг заліза є преферентним порівняно з вживанням меншої дози. А якщо у вагітної діагностовано анемію (гемоглобін менше 110 г/л у I та III триместрах, менше 105 г/л – у II [6]), дозу заліза слід збільшити до 120 мг/добу доки рівень гемоглобіну не досягне норми. Після цього слід поновити вживання заліза у стандартній профілактичній дозі, тобто 30 або 60 мг/добу.

Інформування вагітних щодо здорового харчування, у тому числі щодо харчових джерел вітамінів та мінеральних речовин, а також різноманіття харчування, – є невід’ємною складовою профілактики анемії та надання якісної ДПД. Підкреслюється також важливість ефективного спілкування з вагітними для забезпечення прихильності до рекомендованих схем вживання препаратів. Медичний працівник і родичі можуть обговорити способи нагадування вагітній про необхідність вживання препаратів або надання допомоги щодо усунення побічних ефектів.

Як відомо, пероральні препарати заліза, а саме їх рекомендують використовувати як для профілактики, так і для лікування анемії у вагітних, мають досить багато побічних, зокрема гастроінтестинальних, ефектів. Серед досить великого різноманіття представлених на фармацевтичному ринку лікарських засобів зазвичай вдається підібрати такий, що був би прийнятний для пацієнтки. Але інколи трапляються випадки категоричної відмови пацієнток від вживання препаратів заліза. Здавалося б, ну що ж, хай не вживає, харчується повноцінно та контролює рівень гемоглобіну. Але ні, експерти – укладачі Рекомендацій-2017 у цьому разі пропонують інше.

Друга принципова рекомендація щодо попередження анемії у вагітних така: якщо щоденне вживання препаратів заліза неможливе через побічні ефекти і поширеність анемії серед вагітних і популяції не перевищує 20%, для поліпшення материнських і неонатальних наслідків рекомендується періодичне вживання всередину препаратів заліза у дозі 120 мг 1 раз на тиждень і фолієвої кислоти у дозі 2800 мкг (2,8 мг) 1 раз на тиждень. Отже, ця рекомендація має не універсальний характер, як попередня, а обмежена певними умовами, а саме:

- 1) неможливістю через побічні ефекти здійснювати основну рекомендацію (щоденне вживання);
- 2) досить невеликою поширеністю анемії у популяції вагітних (до 20%).

Так само, як і в попередньому випадку, зазначено, що дана рекомендація заміняє попередню із публікації ВООЗ «Реко-

мендації: періодичний додатковий прийом препаратів заліза і фолієвої кислоти вагітними без анемії» (2012 р.) [7] і має розглядатися разом з основною рекомендацією, яка стосується щоденного вживання.

До початку періодичного вживання заліза необхідно провести точне вимірювання рівня гемоглобіну, аби підтвердити відсутність анемії у вагітної. Виходить, що реалізація цієї рекомендації вимагає наявності розвинутої системи охорони здоров’я, яка дозволяє проводити точне визначення рівня гемоглобіну і контролювати його під час вагітності.

Якщо під час надання ДПД у жінки діагностовано анемію (гемоглобін менше 110 г/л), вона повинна отримувати 120 мг заліза-елементу та фолієвої кислоти 400 мкг всередину щодня, доки рівень гемоглобіну не досягне нормального значення [2, 8]. Далі вагітна може поновити періодичне вживання заліза і фолієвої кислоти у стандартних дозах для вагітних для попередження рецидиву анемії.

У документі наведено таку довідкову інформацію: 120 мг заліза міститься в 600 мг сульфату заліза гаптогідрату, 360 мг fumarату заліза та 1000 мг глюконату заліза.

Докази ефективності періодичного вживання, що їх знайдено укладачами Рекомендацій, отримано у мета-аналізі 21 дослідження, що включали 5490 жінок [9]. Підкреслено, що усі ці дослідження виконані у країнах з низьким середнім рівнем доходів. Порівняння профілактичної ефективності щодо анемії наприкінці вагітності періодичного вживання зі щоденним свідчить про переваги другого варіанта. Проте і материнські, і неонатальні наслідки у разі періодичного вживання кращі, ніж за відсутності профілактичного вживання заліза і фолієвої кислоти. Також відзначено, що періодичне вживання коштує дешевше за щоденне, тому є доступнішим у країнах з обмеженими ресурсами охорони здоров’я.

Детально вивчивши документ, ми не знайшли відповіді на таке запитання: що слід робити, якщо щоденне вживання неможливе через побічні ефекти, а поширеність анемії у популяції вище 20%? Уважний читач, мабуть, пам’ятає, що періодичне вживання експертами-укладачами рекомендоване за двох умов: неможливості щоденного вживання (ця умова повністю збігається з викладеною у нашому запитанні) і поширеністю анемії менше 20%. А якщо поширеність вище? На жаль, укладачі не дали відповіді на це цілком справедливе запитання.

У даній статті викладено основні положення Рекомендацій ВООЗ-2017 щодо залізодефіциту та анемії у вагітних. Судячи з великої уваги, що приділена даній проблемі у цьому фундаментальному документі, вона є надзвичайно актуальною в акушерстві. Зважаючи на теперішню стратегію МОЗ України, згідно з якою подібні настанови можуть бути імплементовані у практику закладів охорони здоров’я, зазначені вище клінічні рекомендації будуть корисними для наших лікарів, які надають допологову допомогу вагітним.

Вопросы железодефицита и анемии в Рекомендациях ВОЗ-2017 В.И. Медведь, Н.Б. Степура

В статье подробно описаны положения, изложенные в документе «Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи с целью формирования позитивного опыта беременности», которые касаются предупреждения железодефицита, анемии и их негативных материнских и перинатальных последствий. Приведены дозы и режимы применения железосодержащих препаратов и фолевой кислоты у беременных при различных условиях для профилактики и лечения. Подчеркивается доказательность рекомендаций экспертов ВОЗ, целесообразность их применения в акушерской практике.

Ключевые слова: беременность, анемия, распространенность и негативные последствия, железо, фолевая кислота, рекомендации ВОЗ.

Iron deficiency and anemia in the WHO 2017 recommendations V.I. Medved, N.B. Stepura

The article describes in detail the provisions set forth in the WHO Recommendations on the Provision of Antenatal Care for the Development of a Positive Pregnancy Experience, which relate to the prevention of iron deficiency, anemia and their negative maternal and perinatal consequences. The doses and modes of use of iron-containing drugs and folic acid in pregnant women under various conditions for the prevention and treatment are given. The evidence of recommendations of WHO experts, the expediency of their use in obstetric practice is emphasized.

Key words: pregnancy, anemia, prevalence and negative effects, iron, folic acid, WHO recommendations.

Сведения об авторах

Медведь Владимир Исаакович – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: vladimirmedved@ukr.net

Степура Наталья Борисовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии им. акад. Е.М. Лукьяновой НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177094/1/9789241564960_eng.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
2. WHO; de Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO global database on anaemia. Geneva: World Health Organization (WHO); 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf, по состоянию на 26 сентября 2016 г.).
3. United Nations Children's Fund, United Nations University, WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization (WHO); 2001 (WHO/NHD/01.3; http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
4. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
5. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, Dowswell T. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev.2015;(7):CD004736.
6. The clinical use of blood in general medicine, obstetrics, paediatrics, surgery & anaesthesia, trauma & burns. Geneva: World Health Organization; 1998 (http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/Manual_EN.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
7. Guideline: intermittent iron and folic acid supplementation in non-anaemic pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75335/1/9789241502016_eng.pdf, по состоянию на 28 сентября 2016 г.).
8. Iron and folate supplementation: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.8. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/iron_folate_supplementation.pdf, по состоянию на 29 сентября 2016 г.).
9. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(19):CD009997.

Статья поступила в редакцию 24.01.2019