

Железодефицитные состояния у женщин: риски, диагностика и фармакотерапия

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность железодефицитных состояний в мире отмечается более чем у 3 млрд человек, а железодефицитная анемия (ЖДА) признана самым распространенным анемическим синдромом.

Наиболее высока потребность в железе:

- у детей первых лет жизни (0,6–1,5 мг/сут);
- в периоде пубертата, особенно у девочек в связи с началом менструаций (около 2 мг/сут);
- у женщин детородного возраста (от 1,5 до 2,5–3 мг/сут при обильных месячных);
- в период беременности, родов, лактации (5–10 мг/сут).

Чем выше суточная потребность в железе, тем более вероятно развитие его дефицита. Потери железа при каждой беременности, родах и за время лактации составляют 700–900 мг (до 1 г). Организм способен восстановить запасы железа в течение 4–5 лет. Если женщина повторно рождает раньше этого срока, у нее неизбежно развивается анемия.

Факторы, способствующие развитию ЖДА:

- снижение поступления железа в организм с пищей (вегетарианская диета, анорексия);

- хронические заболевания внутренних органов (с риском кровотечений);
- наличие заболеваний, проявляющихся хроническими носовыми кровотечениями (тромбоцитопатии, тромбоцитопеническая пурпура);
- гинекологические заболевания, сопровождающиеся обильными менструациями или маточными кровотечениями (эндометриоз, миома матки и т.д.);
- отягощенный акушерский анамнез (многорожавшие женщины, самопроизвольные выкидыши, кровотечения в предыдущих родах и др.);
- осложненное течение настоящей беременности (многоплодная беременность, ранний токсикоз, возраст младше 17 лет, первородящие старше 30 лет, артериальная гипотония, обострение хронических инфекционных заболеваний, гестоз, предлежание плаценты, ее преждевременная отслойка).

Последствия недостатка железа во время беременности

- Преждевременные роды, гипотония и слабость родовой деятельности, гипотонические кровотечения в родах, гнойно-септические заболевания в послеродовом периоде, гипогалактия.

- При уровне гемоглобина менее 90 г/л риск рождения маловесного ребенка повышается в 2 раза, а риск преждевременных родов – на 60%.
- При уровне гемоглобина менее 80 г/л риск внутриутробной гибели плода увеличивается в 3 раза.
- Дефицит железа в первые месяцы жизни может привести к необратимым нарушениям в умственном и психомоторном развитии ребенка. Согласно рекомендациям ВОЗ все беременные (II–III триместр) и кормящие (в первые 6 мес лактации) должны получать препараты железа в профилактической дозе 50–60 мг.

Принципы фармакотерапии

- Возмещение дефицита железа без применения лекарственных препаратов невозможно.
- Предпочтение отдается препаратам для перорального приема.
- Терапия не прекращается после нормализации уровня гемоглобина.
- Прибегать к гемотрансфузиям следует только по витальным показаниям.

Состав препаратов

Помимо собственно железа препараты для лечения ЖДА могут содержать и другие компоненты, например фолиевую кислоту/ее метаболиты (фолиновую кислоту), восполняющие недостаток фолатов в организме. Известно, что дефицит фолиевой кислоты – одна из наиболее распространенных проблем при беременности. При недостатке фолатов во время беременности или лактации железо усваивается хуже, и, наоборот, дефицит железа способствует развитию вторичного дефицита фолатов. Кроме того, дополнительное употребление фолиевой кислоты во время беременности достоверно снижает частоту пороков нервной трубки и других врожденных пороков развития плода.

Таким образом, применение комбинированных препаратов позволяет не только решить проблему профилактики или коррекции железодефицитных состояний, но и одновременно профилактирует потенциальные фолатзависимые осложнения при беременности.

Критерии лабораторной диагностики ЖДА

| Биохимические критерии ЖДА | |
|---|----------------|
| Снижение концентрации сывороточного железа | <12,5 мкмоль/л |
| Повышение общей железосвязывающей способности сыворотки | 69 мкмоль/л |
| Снижение коэффициента насыщения трансферрина железом | <17% |
| Снижение сывороточного ферритина | <30 нг/мл |
| Количество растворимых трансферриновых рецепторов | >2,9 мкг/мл |
| Морфологические характеристики эритроцитов | |
| Гемоглобин | <120 г/л |
| Цветной показатель | <0,85 |
| Ретикулоциты | 0,5–1% |
| MCV | ≤78 фл |
| MCH | ≤26 пг |
| RDV | ≤15% |
| Пойкилоцитоз | |