

Щербакова Е.С.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Лусевич А.И.,

студентка

4 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

Гилев А.А.,

студент

6 курс, лечебный факультет

Пермский Государственный Медицинский Университет

им. академика Е.А. Вагнера

Россия, г. Пермь

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Аннотация: В статье рассматривается проблема железodefицитного состояния во время беременности. Проводится анализ литературы по данной теме, дается классификация этой патологии. Освещаются факторы, способствующие развитию ЖДС, симптомы, которые проявляются у женщин. Дается краткое описание влияния патологии на организм матери и плода, диагностических и лечебных процедур.

Ключевые слова: лечение, диагностика, профилактика, беременность, железодефицитные состояния.

Annotation: *The article considers the problem of female endocrine infertility. An analysis of the literature on this topic is carried out, a classification of this pathology is given. The factors contributing to the development of iron deficiency states, the symptoms that manifest themselves in women are covered. A brief description of the effect of pathology on the body of the mother and fetus, of diagnostic and medical procedures is given.*

Key words: *treatment, diagnosis, prevention, pregnancy, iron deficiency conditions.*

В современном мире по данным многих научных источников около 1 млрд. человек страдают железодефицитными состояниями. Частота встречаемости данной патологии связана с различными факторами, но наиболее уязвимыми являются женщины репродуктивного возраста, т.ч. беременные.

Железо является необходимым элементом в организме. Оно участвует в окислительно-восстановительных реакциях, механизма иммунитета и кроветворении, способствуют росту тканей, доставляет кислород к органам и тканям. Так же железо способствует нормальной работе ЦНС, поддерживает уровень гормонов коры надпочечников. Вследствие уменьшения железа в крови уменьшается оксигенация тканей, снижается иммунитет, возникает быстрая утомляемость, снижение работоспособности.

Железодефицитные состояния у беременных могут возникать на любом сроке из-за повышенного или, наоборот, недостаточного поступления железа в организм женщины [5].

Классификация.

Дефицит железа у беременных проявляется сидеропеническим и анемическим синдромами. Степень проявления синдромом зависит от стадии дефицита микроэлемента в организме женщины. Выделяют три стадии:

1. Предлатентный дефицит железа. В данной стадии происходит истощение запасов в депо, но поступление железа для гемопоеза не снижено, так как всасывание в кишечнике повышено. Лабораторные показатели в норме.
2. Латентный дефицит железа характеризуется полным истощением запасов железа в депо. У пациенток наблюдается низкий уровень ферритина, сывороточного железа и снижение насыщения трансферрина железом. На данном этапе активно проявляется сидеропенический синдром: изменяется кожа, волосы, ногти, извращение вкуса и пристрастие к необычным запахам, глоссит, позывы на мочеиспускание. Уровень гемоглобина 110-120 г/л.
3. Манифестный дефицит железа (железодефицитная анемия) – клинко-гематологический симптомокомплекс, который характеризуется ярко выраженной клиникой и лабораторными изменениями [2].

Факторы развития.

К факторам, которые могут привести к железодефицитным состояниям относят:

1. истощение запасов железа в организме до беременности;
2. активное развитие эритропоеза;
3. потребление микроэлемента плодом, из-за чего формируется отрицательный баланс.
4. снижение витаминов, способствующих перевариванию железа;
5. болезни печени, при которых происходит нарушение процессов депонирования ферритина и гемосидерина, снижается синтез белков;
6. хронические инфекционные заболевания;
7. многоплодие.

Клинические проявления.

Клиника железодефицитных состояний у беременных проявляется, в основном, двумя синдромами: сидеропеническим и анемическим, но при манифестном дефиците железа возможно проявление гипосидероза.

В свою очередь, анемический синдром проявляется слабостью, повышенной утомляемостью, головокружением, шумом в ушах, возникновением одышки при какой-либо физической активности.

Клиника гипосидероза проявляется изменениями кожи, волос и ногтей, слизистых. Кожа становится бледной, отмечается сухость, ногти ломкие. Пациентки отмечают у себя извращение вкуса, нарушение глотания [5].

Влияние дефицита железа на беременность.

Дефицит железа неблагоприятно влияет на течение беременности и родов. В результате нехватки данного микроэлемента у беременных часто возникают гестозы, обострение каких-либо хронических воспалительных процессов. При правильно подобранной терапии возможно избежать угрозы прерывания беременности и преэклампсии.

Так же развитие железодефицитных состояний неблагоприятно сказывается на здоровье плода. Снижение кровотока в системе мать-плацента-плод приводит к развитию хронической маточно-плацентарной недостаточности, проявлением которой является нарушение внутриутробного развития. Дети, рожденные с данной патологией, гипотрофичны, у них нарушены моторика, координация, речь, наблюдается отклонения психики, снижение физической активности [2].

Диагностика и лечение.

В основе клинической диагностики данной патологии лежит распознавание симптомов основных синдромов. Проводится лабораторное исследование крови для выявления уровня гемоглобина, количества эритроцитов и их насыщенности гемоглобином, гематокрита, ЦП.

Необходимо выявить концентрацию железа в плазме крови, показатели насыщения трансферрина железом.

Для постановки диагноза необходим ОАМ, ОАК, определение СОЭ, билирубина в крови, уробилиногена и желчных пигментов в моче. Проводят серологические исследования определения антител, функции печени, почек и ЖКТ [4].

Лечение железодефицитного состояния заключается, в первую очередь, в восстановлении микроэлемента в самом организме и в депо, запасов белка. Необходимо восстановить уровень витаминов и микроэлементов, обеспечить нормализацию функции ЦНС, компенсировать негативное действие на плод [3].

Для эффективного лечения используют препараты, содержащие железо. Так же необходимо скорректировать питание пациентки. Особое значение предавать белкам животного происхождения (мясо, творог, сыры твердых сортов) и продуктам, которые содержат железо [1].

Использованные источники:

1. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А., Тютюнник В.Л., Вердян Г.А. Рациональные схемы лечения родильниц с железодефицитной анемией. // Русский медицинский журнал. – 2005.–Т.13, №1.– С.25–27.
2. Хух Р., Брейман К. Анемия во время беременности и в послеродовом периоде. – М.: «Триада-Х», 2007.– 73с.
3. Бурлев В.А. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц / В.А. Бурлев, Е.Н. Коноводова, Р.Г. Шмаков // Лечащий врач. – 2010. – № 3. – С. 33–36.
4. Тихомиров А.Л. Некоторые аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний в практической деятельности на современном этапе / А.Л. Тихомиров, С.И. Сарсания, Е.В. Ночевкин // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9, № 11. – С. 26–38.

5. Соколова М.Ю. Экстрагенитальная патология в акушерстве: Железодефицитная анемия и беременность. [Электронный ресурс]. URL: https://medi.ru/info/1111/#cslm_anch (дата обращения: 19.09.2020).