Анемія в умовах стаціонару: що залишилося поза межами поля зору

Жук С.І.¹, Антонюк Є.С.²

¹ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

² «Інномед – центр ендоскопії», м. Вінниця, Україна

Обґрунтування. Анемія – це зниження кількості еритроцитів і рівня гемоглобіну в результаті крововтрати, порушення продукції клітин еритропоезу, підвищеного розпаду еритроцитів або їх поєднання. Анемія вагітних поділяється на фізіологічну анемію та патологічні стани. При латентному дефіциті заліза клінічні прояви відсутні; характерним є зменшення вмісту заліза й еритропоетину до рівнів, достатніх для підтримки гематологічних показників на нижній межі норми. У разі відсутності призначення препаратів заліза в 65 % випадків латентного дефіциту розвивається маніфестний дефіцит.

Мета. Описати особливості лікування анемії в умовах стаціонару.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел із цього питання.

Результати та їх обговорення. Нормальні значення гемоглобіну для I та III триместрів становлять ≥ 110 г/л, для II – ≥ 105 г/л. Після пологів анемія визначається за умови зниження гемоглобіну < 100 г/л. Факторами ризику анемії у вагітних є незадовільне харчування, хронічні хвороби, хронічні інтоксикації, наявність анемії в анамнезі, кровотечі під час вагітності, багатоплідна вагітність, часті пологи з тривалим лактаційним періодом, малі проміжки між пологами. Анемія вагітних підвищує ймовірність передчасних пологів на 63 %, низької маси тіла новонароджених – на 31 %, перинатальної смертності – на 51 %, неонатальних втрат – у 2,5 рази. За умов анемії матері в новонародженого гірше перебігає становлення функції зовнішнього дихання, спостерігаються відставання в наборі маси тіла та більша схильність до інфекційних захворювань. Для діагностики анемії застосовуються загальний аналіз крові та визначення додаткових показників (залізо сироватки, феритин, насичення феритину, трансферин, розчинний рецептор феритину). Пацієнтки з анемією легкого ступеня не потребують госпіталізації; середньотяжкого ступеня – потребують за відсутності відповіді на пероральні препарати заліза; тяжкого ступеня –

потребують після обов'язкової консультації гематолога. Метою лікування анемії є не лише нормалізація показників аналізу крові та корекція дефіциту заліза, а й створення запасів заліза для забезпечення повноцінного внутрішньоутробного розвитку плода та лактації. Оцінка лікування проводиться на 21-й день після початку терапії; в нормі приріст гемоглобіну становить 1 г на 1 добу лікування. Якщо гемоглобін зріс на < 10 г/л, доцільним є призначення внутрішньовенних форм заліза. Показаннями до парентерального введення також є непереносимість пероральних препаратів заліза, виразкова хвороба у формі загострення, відсутність упевненості лікаря в хорошій прихильності пацієнтки до лікування, проведення гемодіалізу, порушення ковтання, необхідність у вираженішому прирості гемоглобіну. За необхідності швидко відновити рівень гемоглобіну в крові на пізніх стадіях вагітності може призначатися Суфер («Юрія-Фарм») у дозі 10,0 мл на 200,0 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно 1-3 рази на тиждень. До парентерального введення препаратів заліза слід підходити з обережністю в разі полівалентної алергії, активних інфекцій, хронічних захворювань печінки, ознак перевантаження залізом. Парентеральне введення препаратів заліза не показано в I триместрі вагітності.

Висновки. 1. Анемія вагітних підвищує ймовірність передчасних пологів, низької маси тіла новонароджених, перинатальної смертності, неонатальних втрат. 2. Метою лікування анемії є нормалізація показників аналізу крові, корекція дефіциту заліза та створення його запасів. 3. Показаннями до парентерального введення заліза є відсутність відповіді та непереносимість пероральних препаратів заліза, виразкова хвороба у формі загострення, необхідність у вираженішому прирості гемоглобіну. 4. За необхідності швидко відновити рівень гемоглобіну в крові на пізніх стадіях вагітності може призначатися Суфер.

Ключові слова: анемія вагітних, парентеральне введення препаратів заліза, Суфер.

Anemia in the inpatient settings: what is left out of sight

Zhuk S.I.¹, Antoniuk Ye.S.²

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² "Innomed – Endosurgery Center", Vinnytsia, Ukraine

Background. Anemia is a decrease in the number of erythrocytes and hemoglobin levels as a result of blood loss, disruption of erythropoietic cell production, and increased erythrocyte breakdown or a combination thereof. Anemia of pregnant women is divided into physiological anemia and pathological conditions. In case of latent iron deficiency clinical manifestations are absent. This condition is characterized by a decrease in iron and erythropoietin to a level sufficient to maintain hematological parameters at the lower

limit of normal values. In the absence of iron supplements administrations 65 % of cases of latent deficiency end up in a manifest deficiency.

Objective. To describe the features of the anemia treatment in inpatient settings.

Materials and methods. Analysis of literature sources on this issue.

Results and discussion. The normal value of hemoglobin for the 1st and 3rd trimesters is ≥ 110 g/L, for the 2nd – ≥ 105 g/L.

After childbirth, anemia is determined as a decrease in hemoglobin <100 g/L. Risk factors for anemia in pregnant women include poor nutrition, chronic diseases, chronic intoxication, history of anemia, bleeding during pregnancy, multiple pregnancy, frequent childbirth with a long lactation period, and short intervals between births. Anemia in pregnant women increases the probability of premature birth by 63 %, of low birth weight – by 31 %, of perinatal mortality – by 51 %, of neonatal death – in 2.5 times. In case of maternal anemia, the newborn has a worse development of external respiratory function, a lag in the weight gain and a greater susceptibility to infectious diseases. To diagnose anemia, a general blood test and determination of additional indicators (serum iron, ferritin, ferritin saturation, transferrin, soluble ferritin receptor) are used. Patients with mild anemia do not require hospitalization; patients with moderate anemia need hospitalization in the absence of a response to oral iron supplements; patients with severe anemia need hospitalization after the mandatory consultation of hematologist. The purposes of anemia treatment include the normalization of blood tests, correction of iron deficiency, and the creation of iron stores to ensure full fetal development and lactation. Evaluation of treatment is performed on the 21st day after treatment; normally the increase in hemoglobin is about 1 g per 1 day of therapy. If hemoglobin has increased by <10 g/L, it is advisable to prescribe intravenous iron. Indications for

parenteral administration also include the intolerance to oral iron supplements, peptic ulcer disease in the exacerbation phase, lack of confidence in the good adherence of the patient, hemodialysis, swallowing disorders, and the need for a more pronounced increase in hemoglobin. If it is necessary to quickly restore the level of blood hemoglobin in the late stages of pregnancy, Sufer (“Yuria-Pharm”) can be administered (10.0 ml in 200.0 ml of saline intravenously 1-3 times a week). Parenteral administration of iron supplements should be administered with caution in case of polyvalent allergies, active infections, chronic liver disease, and signs of iron overload. Parenteral administration of iron supplements is not indicated in the 1st trimester of pregnancy.

Conclusions. 1. Anemia in pregnant women increases the likelihood of premature birth, low birth weight, perinatal mortality, and neonatal death. 2. The purposes of anemia treatment are the normalization of blood tests, correction of iron deficiency and the creation of iron stores. 3. Indications for parenteral administration of iron are lack of response and intolerance to oral iron supplements, exacerbation of the peptic ulcer disease, and the need for a more pronounced increase in hemoglobin. 4. If it is necessary to quickly restore the level of hemoglobin in the late stages of pregnancy, Sufer may be prescribed.

Key words: anemia of pregnant women, parenteral administration of iron preparations, Sufer.

Анемия в условиях стационара: что осталось за пределами поля зрения

Жук С.И.¹, Антонюк Е.С.²

¹ Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

² «Инномед – центр эндохирургии», г. Винница, Украина

Обоснование. Анемия – это снижение количества эритроцитов и гемоглобина в результате кровопотери, нарушения продукции клеток эритропоэза, повышенного распада эритроцитов или их сочетания. Анемия беременных делится на физиологическую анемию и патологические состояния. При латентном дефиците железа клинические проявления отсутствуют; характерно уменьшение содержания железа и эритропоэтина до уровня, достаточного для поддержания гематологических показателей на нижней границе нормы. При отсутствии назначения препаратов железа в 65 % случаев латентного дефицита развивается манифестный дефицит.

Цель. Описать особенности лечения анемии в условиях стационара.

Материалы и методы. Анализ литературных источников касательно данного вопроса.

Результаты и их обсуждение. Нормальные значения гемоглобина для I и III триместров составляют ≥ 110 г/л, для II – ≥ 105 г/л. После родов анемия определяется при снижении гемоглобина <100 г/л. Факторами риска анемии у беременных являются неудовлетворительное питание, хронические болезни, хронические интоксикации, наличие анемии в анамнезе, кровотечения во время беременности, многоплодная беременность, частые роды с длительным лактационным периодом, малые промежутки

между родами. Анемия беременных повышает вероятность преждевременных родов на 63 %, низкой массы тела новорожденных – на 31 %, перинатальной смертности – на 51 %, неонатальных потерь – в 2,5 раза. В условиях анемии матери у новорожденного хуже протекает становление функции внешнего дыхания, имеют место отставание в наборе массы тела и большая склонность к инфекционным заболеваниям. Для диагностики анемии применяются общий анализ крови и определение дополнительных показателей (железо сыворотки, ферритин, насыщения ферритина, трансферрин, растворимый рецептор ферритина). Пациентки с анемией легкой степени не нуждаются в госпитализации; среднетяжелой степени – нуждаются в случае отсутствия ответа на пероральные препараты железа; тяжелой степени – нуждаются после обязательной консультации гематолога. Целями лечения анемий являются не только нормализация показателей анализа крови и коррекция дефицита железа, но и создание запасов железа для обеспечения полноценного внутриутробного развития плода и кормления грудью. Оценка лечения проводится на 21-й день после начала терапии; в норме прирост гемоглобина составляет 1 г за 1 сутки лечения. Если гемоглобин возрос на <10 г/л, целесообразно назначение внутривенных форм железа. Показаниями к парентеральному введению являются также непереносимость пероральных препаратов железа,

обострение язвенной болезни, отсутствие уверенности врача в хорошей приверженности пациентки к лечению, проведение гемодиализа, нарушения глотания, необходимость в более выраженном приросте гемоглобина. При необходимости быстро восстановить уровень гемоглобина в крови на поздних стадиях беременности может назначаться Суфер («Юрия-Фарм») в дозе 10,0 мл на 200,0 мл физиологического раствора внутривенно капельно 1-3 раза в неделю. К парентеральному введению препаратов железа следует подходить с осторожностью в случае поливалентной аллергии, активных инфекций, хронических заболеваний печени, признаков перегрузки железом. Парентеральное введение препаратов железа не показано в I триместре беременности.

Выводы. 1. Анемия беременных повышает вероятность преждевременных родов, низкой массы тела новорожденных, перинатальной смертности, неонатальных потерь. 2. Целями лечения анемий являются нормализация показателей анализа крови, коррекция дефицита железа и создание его запасов. 3. Показаниями к парентеральному введению железа являются отсутствие ответа и непереносимость пероральных препаратов железа, обострение язвенной болезни, необходимость в более выраженном приросте гемоглобина. 4. При необходимости быстро восстановить уровень гемоглобина в крови на поздних стадиях беременности может назначаться Суфер.

Ключевые слова: анемия беременных, парентеральное введение препаратов железа, Суфер.