

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ФЕРСИНОЛОМ-Z (WORLD MEDICINE) И ДИЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У РОДИЛЬНИЦ.**

**Курбанова М. Х., Пулатова А. П.**

**НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ**

Общеизвестно, что беременность, роды и период лактации связаны с повышенным расходом всех видов микронутриентов, протеинов, витаминов, железа, йода и других жизненно важных микроэлементов. Доказано, что дисбаланс микроэлементов и витаминов, наблюдаемый в гестационном периоде, восстанавливается в течении 4-5 лет (Хакимова С. Х., 1990; Серов В. Н., 2004). После родов риск развития анемизации женщин возрастает, в связи с особенностями суточного эритропоэза и ускоренным гемолизом молодых эритроцитов (Шехтман М. М., 2000). Кроме того, лактационный период сопровождается потерей микроэлементов с молоком матери, а восстановление менструального цикла усугубляет степень дефицита микронутриентов.

В Таджикистане, у женщин репродуктивного возраста частые беременности, роды и период лактации на фоне некорректированных алиментарно зависимых дефицитных состояний в конечном итоге приводят к высоким показателям материнской и детской заболеваемости и смертности. Железодефицитная анемия (ЖДА) и йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) наряду с хроническим и острым пиелонефритом являются характерной экстрагенитальной патологией женщин репродуктивного возраста в стране.

В последние годы низкий индекс здоровья женщин, обусловленный заболеваниями, связанными с низким качеством питания, то есть с дефицитом микронутриентов, наряду с коротким интергенетическим интервалом, распространенностью экстрагенитальных заболеваний, ростом инфекционных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, являются тем патологическим фоном на котором возникают акушерские и послеродовые осложнения. Изменения гематологических показателей наблюдаемых во время нормальной беременности связаны с отрицательным балансом железа. Несоответствие между потребностью организма беременной женщины в железе и его потреблении, даже при оптимальном наборе пищевых продуктов, увеличивается по мере возрастания срока беременности.

Микроэлемент железа (Fe) играет ключевую роль в синтезе гемоглобина. В отличие от других металлов, количество поступающего в организм железа может регулироваться только с помощью его абсорбции в кишечнике. Величина абсорбции определяется потребностью в железе и его доступностью в пище. Биодоступность пищевого железа зависит в значительной мере от присутствия в пище гемового железа, то есть от наличия в рационе гемоглобина и миоглобина в составе продуктов животного происхождения, таких как мясо, рыба, птица, печень. В противоположность этому, всасывание негемового железа, находящегося в продуктах растительного происхождения на которое приходится до 90% железа обычного рациона (овощи, фрукты, злаки и молочные продукты) зависит от множества других факторов. Например, одновременный прием чая и кофе, а также низкое содержание двухвалентного Fe(II) снижает его абсорбцию. Присутствующие в продуктах питания растительного происхождения вещества (танины, фитины, фосфаты) образуют с Fe(III) нерастворимые соединения и выводятся из организма. Доказано, неблагоприятное влияние на абсорбцию железа пищевых волокон, которыми богаты

крупы, свежие овощи, фрукты. В кишечнике пищевые волокна практически не расщепляются, железо фиксируется на их поверхности, и также выводится из организма. Таким образом, несмотря на высокое содержание железа в некоторых продуктах растительного происхождения, они не в состоянии обеспечить высокую потребность в нем организма беременных и кормящих женщин.

Напротив, повышают биодоступность железа аскорбиновая кислота, животный белок (мясо, печень, рыба), который увеличивает абсорбцию микроэлемента из овощей и фруктов при одновременном их применении. Количество железа, поступающего в течение суток с пищей, содержит 10-12 мг железа (гемовое и негемовое), но только 1-1,2 мг микроэлемента из этого количества абсорбируется. Установлено, что биодоступность гемового железа в пищевых продуктах более высокая, чем в негемовых соединениях и составляет 25-30% (Идельсон Л.И., 1975). Полноценная и сбалансированная по основным ингредиентам диета позволяет лишь «покрыть» физиологическую потребность организма в железе, но не устраняет его дефицит. Терапия железодефицитных состояний должна быть направлена на устранение причины и восполнение дефицита железа лекарственными железом содержащими препаратами.

Согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ предпочтительны преимущественно препараты железа для перорального приема. Это объясняется следующими положениями:

1. Пероральный прием препаратов Fe повышают уровень гемоглобина только на 2-4 дня позже, чем при парентеральном введении.
2. Пероральный прием препаратов Fe, в отличие от парентерального крайне редко приводит к серьезным побочным эффектам.
3. Пероральный прием препаратов Fe, даже при неправильно установленном диагнозе не приводит к развитию гемосидероза.
4. Парентеральное введение препаратов Fe показано лишь по специальным показаниям (синдром нарушенного кишечного всасывания, состояние после резекции тонкого кишечника).

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности комбинированного перорального антианемического препарата Ферсинол-Z компании World Medicine у рожениц с ЖДА различной степени тяжести в сочетании с диетической коррекцией питания. Данный препарат имеет ряд преимуществ по отношению к другим пероральным антианемическим средствам. В составе каждой капсулы содержится:

Железа сульфат	150мг
Фолиевая кислота (B9)	0,5мг
Аскорбиновая кислота (C)	50мг
Витамин B1	2мг
Витамин B2	2мг
Витамин B6	1мг
Никотинамид	10мг
Цинк	25мг

Эта комбинация наиболее оптимальна для профилактики и лечения

железодефицитной анемии различной степени тяжести. Входящий в состав препарата *железо сульфат (//)* восполняет дефицит железа в организме, оказывая гемопоэтическое действие. Наличие в микродиализных гранулах в комплексе с железом *витамина С* и витаминов группы В улучшает всасывание и усвоение негемоглобинового (ионизированного) железа, предупреждает его прооксидантное действие, способствует лучшему усвоению белков. Никотинамид (витамин РР) принимает участие в процессах тканевого дыхания, жирового и углеводного обмена.

Цинк в форме сульфата способствует улучшению усвоения витаминов группы В, важен для нормального развития костной ткани, принимает участие в образовании ряда гормонов.

## **Материал и методы**

Критерием отбора рожениц в исследуемые группы явилось три степени железодефицитной анемии:

I группа – 30 рожениц с анемией легкой степени тяжести

II группа – 30 рожениц с анемией средней степени тяжести

III группа – 30 рожениц с анемией тяжелой степени тяжести

Степень тяжести анемии оценивали по критериям ВОЗ. Легкая анемия устанавливалась при уровне гемоглобина 110-90 г/л; средняя – 89-70 г/л; тяжелая – 69 г/л и ниже. Концентрацию общего гемоглобина определяли спектрофотометрически цианметгемоглобиновым методом. Подсчет количества эритроцитов производился в счетчике Picospale-4 (Венгрия). Гематокрит оценивали с помощью микроцентрифуги МГЦ-8. Запасы железа определялись по уровню сывороточного ферритина иммуноферментным методом. В биохимических исследованиях крови определялся уровень белка крови по биуретовому методу. Статистический анализ результатов проводили с помощью компьютерной обработки полученных данных с использованием критериев достоверности по Стьюденту.

Исследованы три группы рожениц с ЖДА, которые получили с целью лечения комбинированный пероральный антианемический препарат Ферсинал-Z (World Medicine) от 1 до 3 курсов лечения в зависимости от степени тяжести анемии до и после лечения. Всем роженицам была рекомендована коррекция питания с преобладанием мясных, белковых и морепродуктов.

## **Результаты исследования**

Возраст обследованных рожениц колебался от 17 до 46 лет, средний возраст составил 33,7 лет. В активном репродуктивном возрасте были 67,5% женщин; юные роженицы составили 5,5%, в позднем репродуктивном возрасте (после 35 лет) – 37% рожениц. По паритету, первородящих рожениц было 32 (35,5%); повторнородящих – 47 (52,3%), многорожавших – 11 (12,3%) рожениц.

Хотя многорожавших было численно меньше по сравнению с перво- и повторнородящими, однако тяжесть степени ЖДА у данных рожениц установлена преимущественно тяжелой степени (44,1%). Напротив, у первородящих анемия установлена в 79,4% в легкой степени. В то же время более половины (52,4%)

повторнородящих с паритетом II и/или III страдали ЖДА средней (38,2%) и тяжелой (14,8%) степени. Следовательно, установлена зависимость частоты и тяжести анемии от паритета родильниц.

Результаты настоящих исследований показали, что основными клиническими проявлениями дефицита железа были общеанемические (слабость, сонливость, снижение работоспособности, потемнения перед глазами, головокружение) и сидеропенические признаки при хронической, длительно существующей анемии средней и тяжелой ЖДА (бледность и шелушение кожи, изменение ногтей в виде ломкости, исчерченности и койлонихии).

Изучение частоты осложнений наблюдавшихся при настоящей беременности и родах показало, что первая половина беременности осложнилась ранним токсикозом (тошнота, рвота) у 46,3% родильниц, преэклампсия умеренная – 21,4%, тяжелая у 2,2% родильниц. Несвоевременное излитие вод у 13,4%, кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде у 3,8%, разрыв мягких тканей у 10,2%.

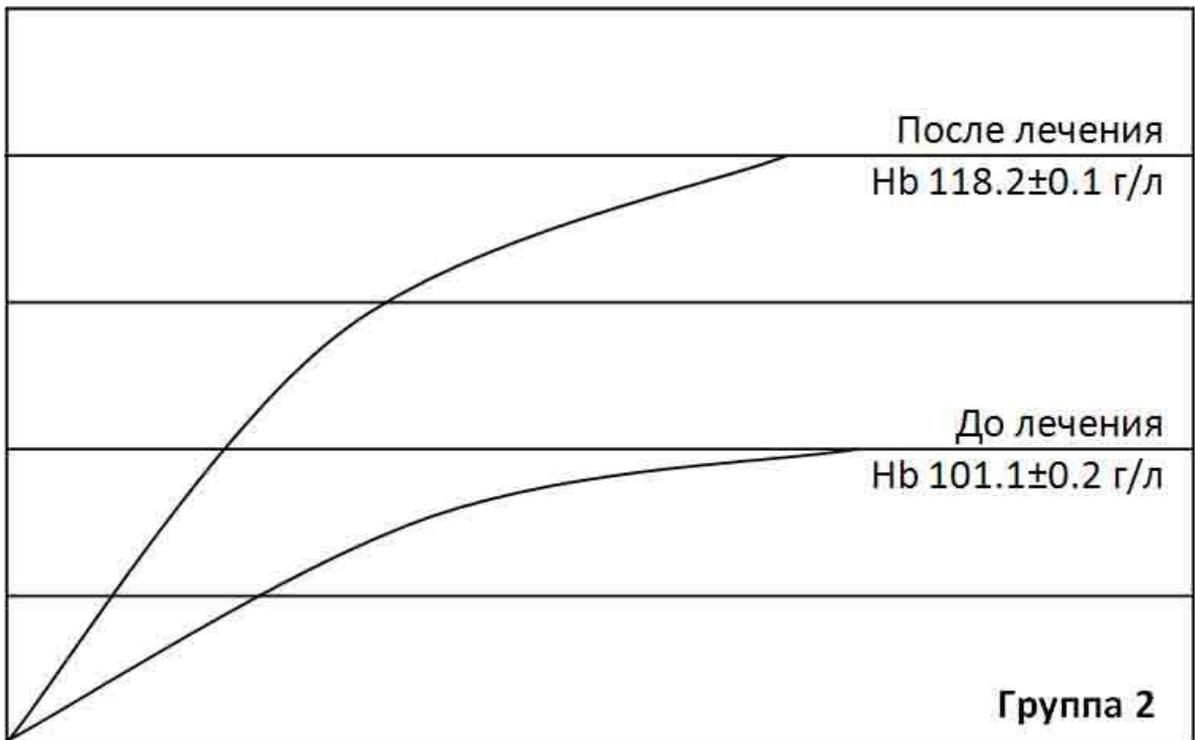
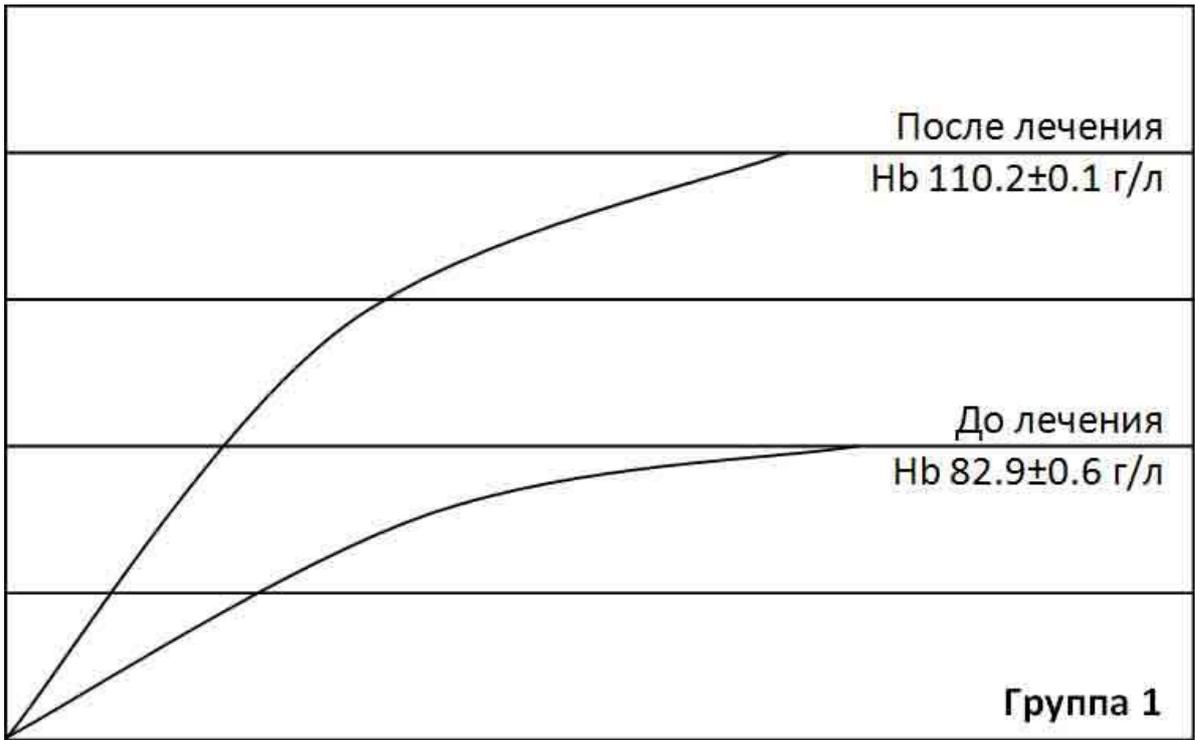
Результаты гематологических и биохимических исследований крови показали, что все обследованные родильницы страдали дефицитом железа, проявляющимся в различных его степенях. У 73,2% родильниц установлена гипопротеинемия, что указывает на алиментарный характер дефицитных состояний.

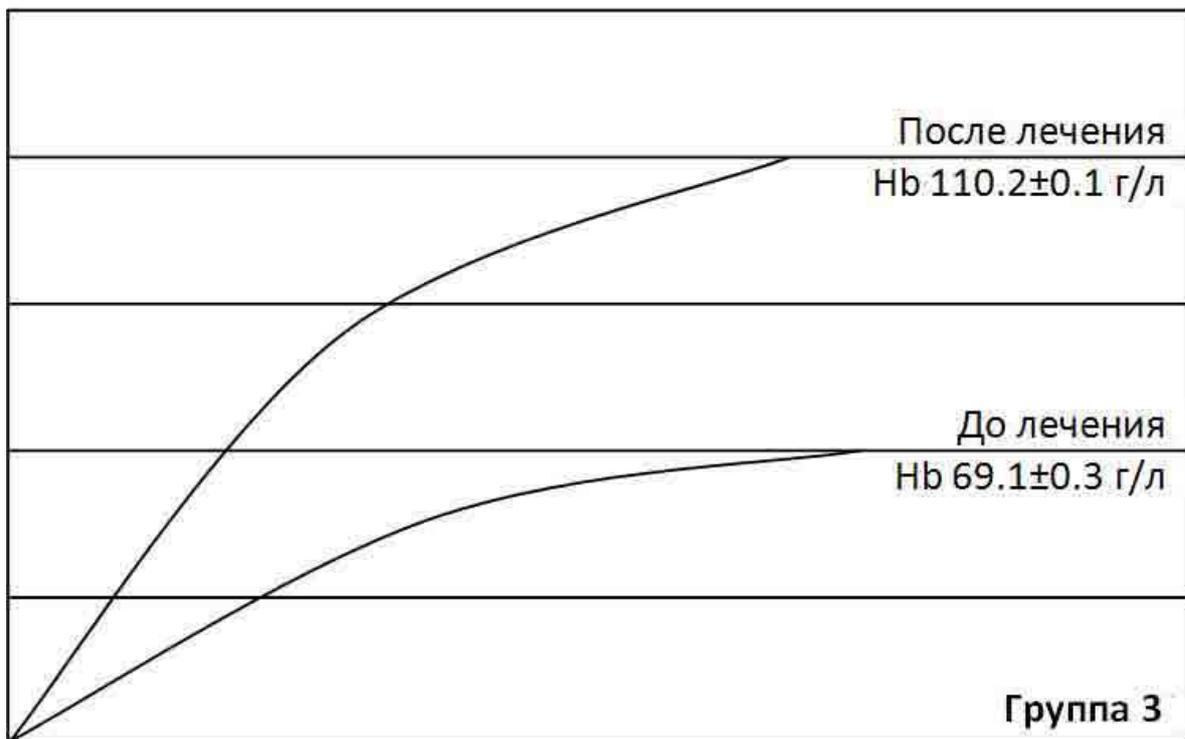
Следовательно, назначенная медикаментозная терапия Ферсинолом-Z и пищевая коррекция у обследованных родильниц на 1-3 сутки после родов адекватная степени тяжести анемии была обоснована, а обследования, проведенные после лечения, показали следующие результаты:

Через 30 дней (I курс) лечения в дозировке 1 капсула x 2 раза в сутки во время или после еды и диетической коррекции, в I группе, где до лечения Hb составлял в среднем  $101,1 \pm 0,2$  с колебаниями 90-109 г/л, результаты показали нивелирование клинических проявлений дефицита железа и возрастание Hb в среднем до  $118,2 \pm 0,1$  г/л с колебаниями от 110 до 128 г/л.

Во II группе после I курса лечения (по 2 капсулы x 2 раза в сутки), где до лечения средний показатель Hb составлял  $82,9 \pm 0,6$  г/л с колебаниями 109-70 г/л, уровень Hb повысился в среднем до  $112,9 \pm 0,4$  г/л с колебаниями от 114 до 120 г/л.

В III группе после I курса (30 дней) приема Ферсинола-Z в дозировке по 2 капсулы x 2 раза в сутки на фоне диетической коррекции (до лечения средней показатель Hb  $69,1 \pm 0,3$  г/л) показатель Hb возрос до  $110,2 \pm 0,1$  г/л. Эффективность антианемического препарата Ферсинол-Z в трех группах схематически представлена на рисунках ниже.





Таким образом, во всех трех группах медикаментозная терапия ЖДА пероральным комбинированным антианемическим препаратом Ферсинол-Z (World Medicine) была высокоэффективна, так как достигнуты нормативные показатели Hb уже после 1 курса терапии, однако необходимо продолжение лечения в виде повторного курса в III группе, где достигнута нижняя граница нормы Hb ( $110,2 \pm 0,1$  г/л), что указывает на необходимость более длительного лечения Ферсинолом-Z и диетической коррекции для восполнения и депонирования запасов железа на весь период лактации, что будет способствовать оздоровлению родильниц и детей.