
РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Э.Г. Арчегова, Л.З. Болиева

ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России
ул. Пушкинская, 40, г. Владикавказ, РСО-Алания, 362019

В статье приводятся результаты фармакоэпидемиологического исследования реальной практики профилактики и лечения железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных в медицинских организациях Республики Северная Осетия — Алания. Выявлены несоответствия врачебных назначений действующим клиническим рекомендациям. Согласно полученным данным лечение ЖДА не получали 56,7% беременных в условиях стационара и 16,8% беременных при амбулаторном наблюдении, более чем у 70% женщин не проводилась профилактика анемии. Врачами назначались препараты железа, противопоказанные в период беременности, использовались нерациональные комбинации указанных средств, не соблюдались рекомендации по продолжительности терапии, нарушался рекомендованный режим дозирования.

Ключевые слова: беременность, железодефицитная анемия, латентный дефицит железа, препараты железа, фармакоэпидемиология

ЖДА в течение многих лет остается актуальной проблемой в акушерстве, так как является одним из наиболее распространенных экстрагенитальных патологических состояний в период беременности. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных в мире колеблется от 25 до 50% — от 35 до 75% в развивающихся и от 18 до 20% в развитых странах. В Российской Федерации 23—42% беременных страдают ЖДА разной степени тяжести, а к концу беременности железодефицитные состояния (ЖДС) развиваются практически у всех беременных [2; 5].

Дефицит железа неблагоприятно отражается на течении беременности и родов, здоровье плода и новорожденного, способствуя увеличению частоты угрозы прерывания беременности, преждевременных родов, гипотонии и слабости родовой деятельности, гипотонических кровотечений в родах, гнойно-септических заболеваний в послеродовом периоде, гипогалактии. Дефицит железа в первые месяцы жизни может привести к необратимым нарушениям в умственном и психомоторном развитии ребенка [4].

Основные принципы профилактики и лечения ЖДА у беременных основаны на рекомендациях ВОЗ и достаточно четко сформулированы в рамках отечественных клинических рекомендаций [1].

Целью нашего исследования явилось изучение структуры врачебных назначений беременным с анемией в медицинских организациях РСО-Алания и оценка их соответствия действующим нормативным документам.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное описательное фармакоэпидемиологическое исследование по выборке из 688 историй болезни беременных, госпитализированных в стационары, и 325 медицинских карт беременных, состоявших на учете в женских консультациях РСО-Алания в 2014 г. Отбор медицинской документации проводился случайным образом.

Для внесения данных была разработана индивидуальная регистрационная карта беременной, в которой отражались демографические данные, срок беременности, акушерский и гинекологический анамнез, сопутствующие заболевания, а также все лекарственные средства (ЛС), назначенные беременной, с указанием пути введения, режима дозирования и длительности применения. ЛС кодировались в соответствии с Анатомо-терапевтической-химической классификацией (АТС). При оценке степени тяжести анемии руководствовались критериями ВОЗ-классификации анемии у беременных: анемия легкой степени тяжести — концентрация Hb в крови от 110 до 90 г/л; анемия средней степени тяжести — концентрация Hb в крови от 89 до 70 г/л; тяжелая анемия — концентрация Hb в крови менее 70 г/л [5].

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Microsoft Office Excel 2010». Данные представлены в виде средней величины (M) и стандартного отклонения (SD), минимума (Min) и максимума (Max). Работа была одобрена комитетом по этике при ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России.

Результаты и обсуждение. Средний возраст беременных, госпитализированных в стационары РСО-Алания, составил $27,4 \pm 5,68$ лет. У 344 (50%) настоящая беременность была первой, роды были первыми для 339 (49,3%) женщин. Осложнения гестационного периода имелись у всех женщин: у 688 (100%) — угроза прерывания беременности, у 81 (11,8%) — анемия, у 65 (9,4%) — гипоксия плода и фетоплацентарная недостаточность, у 70 (10,2%) — рвота беременных, у 18 (2,6%) — водянка беременных, у 5 (0,7%) — многоводие/маловодие, у 15 (2,2%) гестоз.

В анамнезе у 199 (28,9%) беременных были экстрагенитальные заболевания: у 74 (37,2%) заболевания сердечно-сосудистой системы, у 56 (28,1%) заболевания эндокринной системы, у 59 (29,6%) — заболевания мочевыводящих путей (наиболее часто — хронический пиелонефрит), у 31 (15,6%) — заболевания пищеварительного тракта (хронический гастрит и хронический некалькулезный холецистит), у 14 (7%) — заболевания органов дыхания.

В результате изучения медицинских карт беременных установлено, что диагноз ЖДА при поступлении был установлен 81 женщине, в то время как у 187 женщин уровень гемоглобина в крови при госпитализации был менее 110 г/л, что соответствует критериям манифестного дефицита железа [1]. Таким образом, у 56,7% госпитализированных беременных диагноз ЖДА не был установлен, и они не получали соответствующее лечение.

Анализ практики лечения ЖДА в условиях стационара показал, что врачами применялись препараты, содержащие железа сульфат, железа глюконат, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа (III) гидроксид сахарозный комплекс — всего 5 наименований препаратов железа (Сорбифер дурулес, Феррум лек, Тотема, Актиферрин, Венофер). Наиболее часто назначаемым препаратом был Сорбифер дурулес — 42 случая или 51,8% всех назначений, в 10 случаях для лечения ЖДА использовали различные комбинации указанных средств (рис. 1).

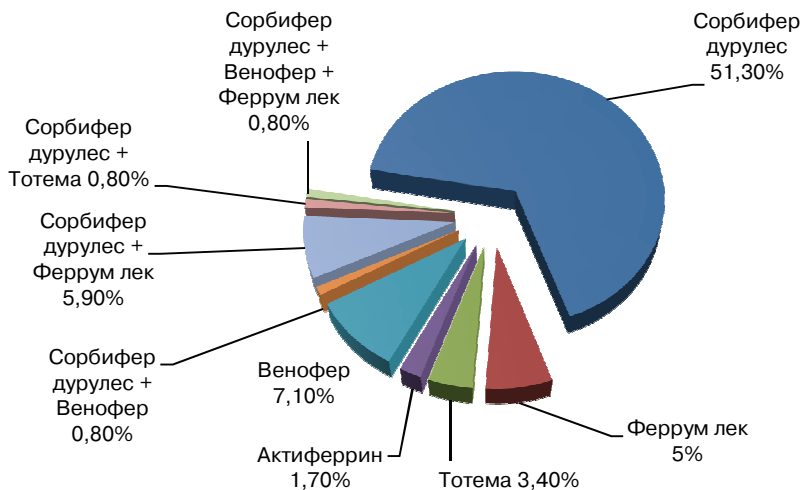


Рис. 1. Структура торговых наименований препаратов железа и их комбинаций, назначаемых беременным с ЖДА в условиях стационара

В пересчете на элементарное железо пациентки получали 200 мг железа в сутки, что соответствует современным рекомендациям [5]. Длительность курса лечения препаратами железа составила в среднем $8,9 \pm 3,8$ дня, при средней занятости койки $11,2 \pm 4,6$ дней. Рекомендации о необходимости продолжения приема препаратов железа амбулаторно при выписке из стационара не давались. Таким образом, длительность курса лечения анемии у госпитализированных беременных была недостаточной [4]. У 3 беременных с анемией легкой степени тяжести в первом триместре беременности парентерально применялся препарат Венофер. Согласно рекомендациям, показаниями к парентеральному введению препаратов железа являются тяжелая анемия и жизненная необходимость быстрого восполнения дефицита железа. Кроме того, препарат Венофер противопоказан в первом триместре беременности [3].

Одной из причин столь высокой частоты манифестного дефицита железа у беременных является, на наш взгляд, отсутствие адекватной профилактики заболевания в условиях женской консультации. Известно, что беременным с латентным дефицитом железа (ЛДЖ) (уровень Hb 110—120 г/л), рекомендован длительный, в течение 6—10 недель, прием препаратов железа в дозах от 50 до 100 мг в сутки [1]. Из 69 беременных с ЛДЖ на момент госпитализации препараты железа с профилактической целью получали только 12 женщин (17,4%), которым препараты железа назначались в лечебных дозах (200 мг элементарного железа в сутки).

При анализе реальной практики профилактики и лечения ЖДА у беременных в амбулаторных условиях нами проанализировано 325 медицинских карт. Средний возраст беременных составил $27,5 \pm 5,5$ лет. У 125 (38,5%) настоящая беременность была первой, роды были первыми для 144 (44,3%) женщин. Осложнения гестационного периода наблюдались в целом у 145 (44,6%) беременных: у 25 (17,2%) — рвота беременных, у 14 (9,7%) — Rh-, АВО-сенсбилизация, у 11 (7,6%) — фетоплацентарная недостаточность, у 3 (2,1%) — пороки развития плода, у 2 (1,4%) беременных — многоводие.

Соматический анамнез был отягощен экстрагенитальными заболеваниями у 77 (23,7%) беременных: у 43 (55,8%) имелась заболевания со стороны эндокринной системы (чаще всего — ожирение), у 12 (15,6%) — болезни сердечно-сосудистой системы, у 19 (24,7%) — заболевания пищеварительного тракта (хронический некалькулезный холецистит), у 17 (22,1%) — заболевания мочевыводящих путей (острый цистит, острый пиелонефрит, бессимптомная бактериурия, хронический пиелонефрит).

Латентный дефицит железа выявлен у 82 (25,2%) беременных, из которых препараты железа с профилактической целью получали 24 женщины (29,3%). Всем женщинам был назначен препарат Сорбифер дурулес в лечебных (200 мг элементарного железа в сутки), а не в профилактических дозах [1].

Диагноз ЖДА при амбулаторном наблюдении был установлен 101 беременной, из них 84 (83,2%) женщины получали лечение, 17 (16,8%) беременным препараты для лечения анемии не назначались. Анализ практики лечения ЖДА в женских консультациях республики показал, что врачами применялись препараты, содержащие железа сульфат, железа глюконат, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа fumarat — всего 7 наименований препаратов железа (Сорбифер дурулес, Фенюльс, Тардиферон, Ферро-фольгамма, Феррум лек, Тотема, Ферретаб). Наиболее часто назначаемым препаратом был Сорбифер дурулес — 60 наблюдений, или 71,4% всех назначений, у остальных (28,6%) для лечения ЖДА использовали другие железосодержащие препараты и различные комбинации указанных средств (рис. 2).

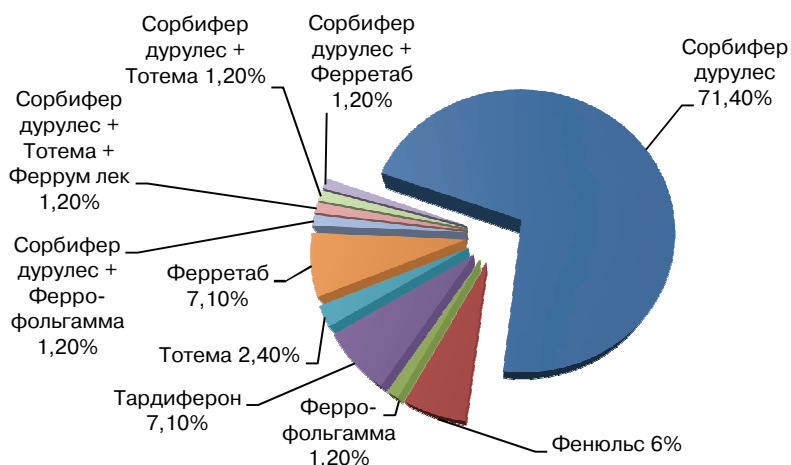


Рис. 2. Структура торговых наименований препаратов железа и их комбинаций, назначаемых беременным женщинам с ЖДА в амбулаторной практике

Обсуждение полученных результатов. В результате проведенного исследования нами выявлены несоответствия реальной практики профилактики и лечения ЖДА в медицинских организациях РСО-Алания действующим клиническим рекомендациям. Лечение ЖДА не получали 56,7% беременных в условиях стационара и 16,8% беременных при амбулаторном наблюдении, более чем у 70% женщин не проводилась профилактика ЖДА при наличии латентного дефицита

железа. Врачами назначались препараты железа, противопоказанные в период беременности (препарат Венофер), использовались нерациональные комбинации указанных средств, не соблюдался режим дозирования при профилактическом применении. Отдельно следует отметить малую продолжительность применения препаратов железа — $8,9 \pm 3,8$ дня в условиях стационара и $16,7 \pm 8,8$ дней при амбулаторном лечении.

Исходя из вышеизложенного представляется чрезвычайно важным проведение в республике мероприятий по разработке специальных образовательных программ для врачей с целью внедрения современных стандартов и клинических рекомендаций по профилактике и лечению ЖДА у беременных, а также внедрение и реализация мер контроля их выполнения, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи беременным в условиях женской консультации и стационара.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- [1] Konovodova E.N., Burlev V.A., Serov V.N. et al. Diagnosis, prevention and treatment of iron deficiency States in pregnant and postpartum women. Federal clinical recommendations 2013.
- [2] Protopopova T.A. Iron deficiency anemia and pregnancy. *Russian medical journal*. 2012. No. 17. P. 862—867.
- [3] The state register of drugs. URL: <http://grls.rosminzdrav.ru>.
- [4] Tyutyunnik V.L., Belushkin A.A., Dokuyev R.S. The Prevention and treatment of iron deficiency anemia in pregnancy. *Russian medical journal*. 2013. No. 1. P. 22—26.
- [5] UNICEF/UNU/WHO. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control. A Guide for Programme Managers. Geneva: WHO/NHD, 2001.

REGIONAL ASPECTS OF PREVENTION AND TREATMENT OF ANEMIA PREGNANT: PHARMACO-EPIDEMIOLOGICAL STUDY

E.G. Archegova, L.Z. Bolieva

North-Ossetian State Medical Academy
Pushkinskaya str., 40, Vladikavkaz, Russia, 362019

The results of the pharmaco-epidemiological study of actual practice of prophylaxis and treatment of iron deficiency anemia in pregnant in medical institutions of Republic of North Ossetia — Alania are presented. The discrepancies of physician's prescriptions and current clinical recommendations were identified. 56,7% of hospitalized pregnant women and 16,8% of those during outpatient treatment didn't receive any treatment, more than 70% didn't receive prophylaxis. At the same time contraindicated drugs, irrational drug combinations were prescribed, the guidelines for duration of therapy and dosage were not followed.

Key words: pregnancy, iron deficiency anemia, latent iron deficiency, iron supplements, pharmaco-epidemiology