

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Извекова Е.В.

Орловский государственный институт экономики и торговли

Орел, Россия

Согласно данным ВОЗ, дефицит железа (ДЖ) и железодефицитная анемия (ЖДА) – это главный фактор сокращения продолжительности жизни, развития хронической инфекции, психических заболеваний, стресса, суицидов. В известной степени ЖДА представляет собой «социальную» болезнь, так как ее распространенность зависит от экономической ситуации в стране, благосостояния населения, способности здравоохранения диагностировать и своевременно лечить этот процесс и др.

Исследования показали, что ДЖ и ЖДА широко распространены среди жителей разных стран мира и, особенно, среди беременных женщин. По данным Минздрава России, в России, где отмечается падение уровня жизни населения, несмотря на низкую рождаемость, частота ЖДА за последнее десятилетие возросла в среднем в 6,3 раза.

Вопросы анемии беременных особенно актуальны потому, что глубокий ДЖ матери оказывает отрицательное влияние на состояние плода и новорожденного: у 15,5-22,0% беременных, болеющих анемией, появляется асфиксия плода или новорожденного, часто бывают расстройства центральной нервной системы, повышается детская смертность. Анемия отрицательно влияет на показатели красной крови новорожденного. К осложнениям беременности при ДЖ и ЖДА относятся такие, как хроническая плацентарная недостаточность, связанные с ней хроническая гипоксия и синдром задержки внутриутробного развития плода, угроза невынашивания и преждевременных родов, гестоз. В литературе имеются данные о том, что ДЖ приводит к долговременным неблагоприятным последствиям для развития рака, которые сохраняются и после ликвидации ДЖ и симптомов анемии.

Следует отметить, что тяжесть анемии у плода всегда менее выражена, чем у матери. Тем не менее, дети, рожденные анемизированными женщинами, имеют вдвое меньшие запасы железа по сравнению с детьми, рожденными здоровыми женщинами (WHO Report, Geneva, 1998).

Из всех заболеваний крови на долю анемий приходится 90%. Существует несколько классификаций анемий, основанных на этиологических, патологических и гематологических признаках. Анемия при беременности ни по своей этиологии и патогенезу, ни по клинико-гематологической характеристике не является единым заболеванием. Поскольку железо участвует в работе иммунной системы, у беременных с анемией чаще отмечаются инфекционные заболевания. И, наоборот, у беременных с бактериальной или вирусной инфекцией частота анемии является достаточно высокой (до 68-70%).

Исследования показали, что ДЖ в конце гестационного процесса имеет место у всех без исключения пациенток, только у многих он может проявляться в скрытой форме. Увеличение в период гестации потребления кислорода на 15-33% еще более усугубляет гипоксию, связанную с ДЖ и ЖДА.

В последние годы в среднем у 24% беременных Центрального региона России выявляется анемия в сочетании с дефицитом массы тела. Нарушения обмена железа связывают также с высоким уровнем эстрогенов при беременности, которые влияют на процессы утилизации железа (угнетают образование эритроцитов). Метаболизм железа является сложным процессом, который включает его хранение, использование, транспорт, разрушение и повторное использование.

Таким образом, раннее выявление ДЖ и ЖДА, своевременная профилактика и лечение данных патологий с использованием соответствующих диет и современных медикаментозных средств позволяют значительно снизить частоту акушерских и перинатальных осложнений. Ведущее место среди профилактических средств анемии отводится полноценному рациональному питанию женщины до зачатия с восполнением депо железа после предыдущих родов (интервал между родами не менее 3 лет) и в период беременности; индивидуальному подходу к назначению и использованию специальных диет. Лечебное и профилактическое питание является важным компонентом комплексной терапии осложнений беременности и сопутствующих заболеваний.