

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

3 октября 2008 г.

Регистрационный № 085-0908

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ
ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный
медицинский университет», ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. Л.А. Смирнова, д-р мед. наук, проф.
Ю.К. Малевич, канд. мед. наук доц. С.Д. Шилова, Н.Н. Лакотко

Минск 2008

В Республике Беларусь заболеваемость железодефицитной анемией (ЖДА) у беременных продолжает оставаться на высоком уровне до 24,8% в 2007 г. Известно, что возникновению ЖДА предшествует скрытый дефицит железа, определить который рутинными методами исследования невозможно. В связи с негативным влиянием железодефицитной анемии на мать, плод, новорожденного, лактацию, качество жизни предлагается эффективная схема обследования, профилактики и лечения дефицита железа у беременных и контроля эффективности проведенных мероприятий. Использование специальной схемы обследования и терапии позволяет предотвратить ЖДА, улучшить здоровье матери и ребенка, продлить лактацию и повысить качество жизни женщин.

Настоящая инструкция предназначена для оптимизации диагностики и профилактики дефицита железа у беременных. Рекомендуются для применения в акушерской практике и может использоваться терапевтами, акушерами-гинекологами амбулаторных и клинических учреждений.

Преимущества предлагаемого метода:

1. Доступность диагностики для любого амбулаторного и клинического учреждения.
2. Экономичность (не требует дорогостоящих реактивов, предложены минимальные эффективные профилактические дозы элементарного железа для приема беременными).

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для диагностики дефицита железа требуются:

1. Гематологический анализатор для исследования общеклинических показателей крови, в т. ч. уровня гемоглобина (Hb).
2. Иммуноферментный (ИФА) отечественный анализатор «Витязь» и отечественный диагностический набор «ИФА-Ферритин» ИБОХ НАН Беларуси для определения ферритина в сыворотке крови.

Для профилактики дефицита железа требуется:

1. Железосодержащие препараты (железа (II) сульфат, комплекс железа (III) гидроксида с полимальтозой).

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Алгоритм обследования и профилактики дефицита железа может применяться у всех беременных без выраженной экстрагенитальной патологии и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

I. Программа диагностики дефицита железа у беременных

Наименование мероприятий	Кратность выполнения		
	до 14 недель	26–28 недель	36–38 недель
Опрос по жалобам характерным для дефицита железа	1	1	1
Исследование уровня гемоглобина в крови	1	1	1
Исследование уровня сывороточного ферритина	1	1	1

1.1. Выявление жалоб, наиболее часто встречающихся у беременных при дефиците железа

При опросе выясняется наличие/отсутствие следующих жалоб и симптомов: мышечная слабость, головокружение, сонливость днем, нарушение сна ночью, ломкость и расслаивание ногтей, утомляемость, выпадение или изменение волос (секутся, ломаются), одышка при физической нагрузке, сухость кожи, слизистых оболочек, трещины губ, запоры, бледность кожных покровов, нарушение концентрации внимания, ослабление памяти, раздражительность, нервозность.

1.2. Исследование и интерпретация данных уровня гемоглобина у беременных

Забор капиллярной крови для выполнения оценки уровня Hb производится утром натощак.

$Hb \geq 110$ г/л — норма для беременных

$Hb < 110$ и ≥ 90 г/л — анемия беременных I степени

$Hb < 90$ и ≥ 70 г/л — анемия беременных II степени

$Hb < 70$ г/л — анемия беременных III степени

1.3. Исследование и интерпретация данных уровня сывороточного ферритина в оценке состояния обмена железа у беременных

Забор крови для определения уровня сывороточного ферритина (СФ) должен производиться не ранее чем через 3–4 дня после последнего приема препарата, содержащего железо.

Тест по определению уровня СФ является самым эффективным диагностическим критерием подтверждения дефицита железа на протяжении всей беременности, в т.ч. на ранних ее сроках, а также контроля эффективности приема препаратов железа. Интерпретация данных уровня СФ:

1. $СФ \geq 40$ мкг/л при $Hb \geq 110$ г/л — отсутствие дефицита железа в организме на момент исследования.

2. СФ $\geq 20 < 40$ мкг/л при Hb ≥ 110 г/л — запасы железа на момент исследования снижены.

3. СФ < 20 мкг/л при Hb ≥ 110 г/л — латентный дефицит железа.

4. СФ < 12 мкг/л при Hb < 110 г/л — железодефицитная анемия.

5. Профилактика и лечение препаратами железа у беременных считаются эффективными, если достигнут или сохранен уровень СФ ≥ 20 мкг/л при уровне Hb ≥ 110 г/л.

6. СФ > 200 мкг/л — прием препаратов железа прекратить (риск передозировки).

II. Метод профилактики дефицита железа у беременных

Применение эффективной минимальной профилактической дозы элементарного железа в объеме 3200 мг за беременность в составе препаратов железа позволяет предотвратить его дефицит к сроку родов. Для этого необходимо четкое соблюдение принципов дозирования препаратов железа и последовательности мероприятий.

Этапы:

1. Профилактическое назначение препаратов железа всем беременным (после выполнения исследований Hb, СФ, сбора жалоб) в виде 2-х курсов по 6–7 недель: 1-й курс — во II триместре (с 14–16 недели), 2-й курс — в III триместре беременности (с 28–30 недели).

2. Профилактическая доза в неделю составляет 200–240 мг элементарного железа (1 таблетка пролонгированного препарата железа 2–3 раза в неделю за 30 мин до завтрака). На 1 курс — 1600 мг, на 2 курса — 3200 мг элементарного железа.

3. При выявлении ЖДА назначаются лечебные дозы препаратов железа в объеме 80–100 мг элементарного железа в сутки (1 таблетка пролонгированного препарата железа 1 раз в день за 30 мин до завтрака) на 6 недель — этап лечения (эффективная минимальная лечебная доза по элементарному железу составляет 3900 мг). Затем продолжить прием препарата железа по 1 таблетке 2–3 раза в неделю (200–240 мг элементарного железа в неделю), длительностью 6–7 недель — этап насыщения (1600 мг элементарного железа на курс).

4. В случае лабораторно доказанной резистентности к лечению ЖДА через 5–6 недель от начала лечения необходимо выявить ее причину. Для этого потребуются:

а) проверить комплайнс препаратов,

б) увеличить лечебную дозу до 160–200 мг элементарного железа в сутки на 4 недели,

в) провести дифференциальную диагностику с другими видами анемий.

5. Препараты выбора для профилактики и лечения дефицита железа, железодефицитной анемии — пролонгированные препараты с замедленным высвобождением ионов железа.

6. Совместный прием витаминно-минеральных комплексов и препаратов железа не противопоказан.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Этап диагностики:

Не допускается исследование сыворотки крови со следами гемолиза.

2. Этап профилактики

При возникновении побочных эффектов от приема препаратов железа (тошнота, боли в эпигастрии, поносы, запоры) необходимо:

1. Изменить время приема препарата не за 30 мин до завтрака, а через 1–2 часа после завтрака или обеда.
2. Заменить препарат железа другим.
3. При необходимости перейти на парентеральное введение препаратов железа.

Считаем, что широкий охват беременных указанными исследованиями позволит своевременно провести рациональную ферротерапию дефицита железа и благодаря этому снизить количество железодефицитных анемий и связанных с ней осложнений беременности, родов, лактации, патологий у новорожденных и улучшить качество жизни женщин после родов. Ежегодный мониторинг результатов профилактических мероприятий позволит установить экономическую эффективность предложенной схемы диагностики и профилактики дефицита железа.