

Problematika intolerancie antianemickej liečby v gravidite

D. Lacková-Krivosúvová

Súhrn

Sideropénia sa podieľa na výskyte anémií približne polovicou, patrí medzi jeden z najčastejších nálezov v klinickej praxi. Postihuje populáciu rozvinutých aj rozvojových krajín a jej prevalencia varíruje v závislosti od socioekonomického statusu a stravovacích návykov jednotlivých etník a sociálnych skupín. Zvláštnu starostlivosť vyžaduje sledovanie sideropénie u tehotných.

Kľúčové slová

sideropénia – gravidita – intolerancia – intrauterinná retardácia rastu

Summary

Intolerance of antiemetic treatment in pregnancy. Sideropenic anaemias account for about half of all anaemia cases and are among the most frequent findings in clinical practice. They affects the populations of developed as well as developing countries and their prevalence varies according to socio-economic status and dietary habits of various ethnicities and social groups. Sideropenic anaemia in pregnancy requires special attention.

Keywords

sideropenic anaemia – pregnancy – intolerance – intrauterine growth retardation

ÚVOD

V našich podmienkach patria k najčastejším príčinám sideropénie straty železa menštruáciou, zvýšená spotreba v tehotnosti a v čase laktácie, nutričný deficit u dojčiat a malígne i nezhubné afekcie GIT-u.

K rizikovým skupinám patria predovšetkým osoby s nízkym sociálnym, ekonomickým a vzdelanostným statusom, viacrodičky, tehotné s viacpočetnou tehotnosťou, ženy s anamnézou nepravideľného a nadmerného menštruačného krvácania, dospievajúce dievčatá a ženy držiace dlhodobu diétu s nedostatkom mäsa a kyseliny askorbovej a darcovia krvi, pri prekročení limitu viac ako tri odbery ročne.

V tehotnosti Svetová zdravotnícka organizácia WHO označuje za anémiu stav, keď hodnoty hemoglobínu poklesnú v 1. a 2. trimestri pod 110 g/l, v 3. trimestri pod hodnoty 105 g/l alebo hematokrit pod 32 %.

Dôležitými faktormi, ktoré zabraňujú negatívnej bilancii metabolizmu železa tehotných, sú predovšetkým absencia strát

menštruačným krvácaním a súčasne zvýšenie indexu absorpcie Fe z potravy. Resorpcia z hodnoty 1 % v úvode tehotnosti vzrastá na 4,5 % v druhom trimestri až po 13,5 % v trimestri treťom.

Straty železa u tehotných môžu byť zapríčinené krvácaním a infekciami.

Tehotné sú pri nedostatku železa, a teda rozvoji sideropenickej anémie, ohrozené zvýšenou kardiovaskulárnou záťažou (dušnosť pri námahe, palpitácie, anemické šelesty), trpia zvýšenou únavnosťou, slabosťou, majú zníženú odolnosť voči infekciám. Chronickou hypoxiou je ohrozená aj fetoplacentárna jednotka, spojená s intrauterinnou retardáciou rastu. Významným spôsobom vzrastá riziko predčasného pôrodu.

Liečba sideropénie u tehotných, po predchádzajúcej dôslednej diferenciálnej diagnostike, spočíva v suplementácii železa. Perorálne preparáty železa predstavujú najbezpečnejší spôsob substitúcie. Dávka Fe⁺⁺ sa pohybuje od 100 do 200 mg za deň, vyššia dávka síce rýchlejšie koriguje sideropéniu, je

však spojená s vyšším výskytom nežiaducich gastrointestinálnych účinkov.

Vzhľadom k pomerne vysokému výskytu sideropenickej anémie u tehotných, možným následkom na tehotnosť a vývoj plodu a minimálnym nežiaducim účinkom je optimálne odporučiť užívanie železa v preventívnej dávke tehotným od 2. trimestra.

KAZUISTIKA

Tridsaťročná pacientka, secundigravida, predchádzajúca tehotnosť v roku 2006 podľa údajov v dokumentácii fyziologická, bez posunu hodnôt v krvnom obraze, pôrod v termíne, v šestonedelí ľahká anémia. Predchádzajúcim gynekológom doporučená sanácia antianemicami, vzhľadom na výrazné gastrointestinálne ťažkosti ich pacientka neužíva, pri kontrole po troch mesiacoch dochádza k spontánnej úprave, KO – normogram.

V terajšej tehotnosti bola prvýkrát vyšetrená v 6. týždni tehotenstva, hodnoty vstupných skríningových vyšetrení, vrátane krvného obrazu, boli fyziologické. Tehotnosť prebieha bez kom-

pplikácií. V 23. tehotenskom týždni evidujeme pokles hodnoty hemoglobínu na 87 g/l a hematokritu 0,2497. Pred písanú antianemickú liečbu, aj po zmene prípravkov, pacientka netoleruje, udáva pocit ťažoby na žalúdku, zvracia, odmieta ďalšie užívanie.

Po poučení pacientky meníme anti-anemiká na prípravok Ferro-Folgamma tbl. v úvodnej dávke 1 tableta denne, ktorú pacientka v priebehu týždňa toleruje dobre, dávkovanie zvyšujeme postupne na 2krát a 3krát denne 1 tableta. Kontrolný krvný obraz po 14-dňovej liečbe vykazuje hodnoty hemoglobínu 100 g/l a hematokritu 0,318.

V 32. týždni tehotenstva sme zistili tieto hodnoty krvného obrazu: hemoglobín 112 g/l, hematokrit 0,334. Pacientka na liečbe bez ťažkostí, pokračujeme v suplementácii v dávke 2 × 1 tableta denne.

V 38. týždni pri kontrole zisťujeme nasledovné hodnoty krvného obrazu: hemoglobín 131 g/l, hematokrit 0,389.

Spontánny pôrod v 39. týždni, porodený zrelý chlapec 3 340 g/51 cm,

krvné straty počas pôrodu primerané, pri prepustení hemoglobín 119 g/l a hematokrit 0,31 Ht.

Odporúčame pokračovať v liečbe antianemikami v profylaktickej dávke 1 tableta Ferro-Folgamma do ukončenia šestonedelia, eventuálne do ukončenia laktácie.

ZÁVER

Kauzálny postup pri liečbe sideropénie je zvýšený prívod železa. Pri intolerancii liečby v podobe perorálnych tabliet sme nútení siahnuť po parenterálnej aplikácii železa v presne vypočítanej celkovej dávke z dôvodu eliminácie nežiaducich vedľajších účinkov.

U pacientky s problematickým perorálnym príjmom antianemík, napriek viacnásobnej zmene preparátov s obsahom Fe⁺⁺, sme úspešne použili prípravok Ferro-Folgamma v dávkovaní 1 – 3krát denne 1 tableta s promptnou úpravou hodnôt krvného obrazu a v dobrej tolerancii zo strany pacientky. V súčasnosti liečbu anémie Ferro-Folgamma u tehotných sledujeme na širšom súbore.

Literatúra

1. Kalaivani K. Prevalence & consequence of anaemia in pregnancy. *Indian J Med Res* 2009; 130(5): 627–633.
2. Sharma A, Patnaik R, Garg S. Detection & management of anaemia in pregnancy in an Urban primary health care institution. *Indian J Med Res* 2008; 128(1): 45–51.
3. Lone FW, Qureshi RN, Emanuel F. Maternal anaemia and its impact on perinatal outcome. *Trop Med Int. Health* 2004; 9(4): 486–490.
4. Zhang Q, Anath CV, Li Z et al. Maternal anaemia and preterm birth: a prospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2009; 38(5): 1380–1389.
5. Koura GK, Ouedraogo S, Le Port A et al. Anaemia during pregnancy: impact on birth outcome and infant haemoglobin level during the first 18 months of life. *Trop Med Int Health* 2011. In press 2011.
6. Novotný J. Sideropenická anemie, *Med pro Praxi* 2007; 4(11): 390–394.

MUDr. Denisa Lacková-Krivišová

Gynekologicko-pôrodnické
centrum, s.r.o., Martin
Daisy1@stonline.sk