

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Коваленко В. М.,
Горбатовский Я. А.,
Мисюра Е. А.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»
Минздравсоцразвития России
МЛПУ «Городская клиническая больница № 1» г. Новокузнецка

Одной из нерешенных медико-социальных проблем остается высокая частота железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных. Ранняя диагностика и своевременная адекватная терапия ЖДА являются залогом неосложненного течения родов и послеродового периода.

Загрязнение природной среды Сибири обусловлено деятельностью предприятий металлургической, угольной, химической, горноперерабатывающей отраслей. Неблагоприятные факторы окружающей среды изменяют состояние здоровья женщины, вследствие чего возрастает распространенность экстрагенитальной патологии, в том числе ЖДА.

Цель исследования – изучить динамику клинических и феррокинетических показателей у беременных в первом, втором и третьем триместрах.

Обследовано 134 первобеременных в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст составил $23,1 \pm 3,3$ года), из них 78 – без анемии и 56 – с анемией легкой степени тяжести. В первом, втором, третьем триместрах определяли гематологические показатели периферической крови на гематологическом анализаторе DANAM HC-5710 с оценкой следующих параметров: содержания гемоглобина (HGB), числа эритроцитов (RBC), гематокрита (Ht), среднего объема эритроцитов (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), показателя анизоцитоза эритроцитов (RDW). Исследовали феррокинетические показатели: уровень сывороточного железа (СЖ), общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) с последующим определением латентной железосвязывающей способности сыворотки (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина (КНТ). Оценку запасов железа проводили по уровню сывороточного ферритина (СФ), который устанавливали иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы «Orgentec diagnostika» (Германия) на анализаторе «Multiskan Multisoft Labsystems». Результаты обработаны методами вариационной

статистики, для оценки достоверности использован t-критерий Стьюдента.

В группе беременных без анемии значения гематологических и феррокинетических показателей были следующими: RBC – $3,93 \pm 0,31$ и $3,83 \pm 0,27 \cdot 10^{12}/л$ в первом и втором триместрах соответственно ($p < 0,05$); HGB – $124,1 \pm 8,5$; $116,8 \pm 9,3$ и $118,6 \pm 8,7$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); Ht – $33,8 \pm 2,3$ и $32,0 \pm 2,7\%$ в первом и втором триместрах соответственно ($p < 0,001$), причем показатель оставался таким же в третьем триместре ($p < 0,001$); MCV – $87,3 \pm 4,9$, $83,2 \pm 4,8$ и $83,1 \pm 4,7$ фл в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCH – $32,2 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,1$ пг в первом и третьем триместрах ($p < 0,001$); достоверного различия MCHC и RDW не обнаружено; СФ – $17,6 \pm 9,1$, $11,9 \pm 4,4$ и $12,9 \pm 8,6$ нг/мл в первом, втором и третьем триместрах ($p_{I-II} < 0,001$, $p_{I-III} < 0,05$).

Анализ полученных результатов показал, что у всех беременных формируются признаки железодефицита, наиболее выраженные во втором триместре и сохраняющиеся к концу беременности.

У беременных с ЖДА динамика показателей клинического анализа крови и феррокинетических данных по сравнению со здоровыми носит противоположный характер на фоне лечения препаратами железа: RBC – $3,52 \pm 0,14$, $3,65 \pm 0,24$ и $3,76 \pm 0,17 \cdot 10^{12}/л$ в первом, втором и третьем триместрах соответственно ($p < 0,001$); HGB – $103,28 \pm 4,92$, $110,5 \pm 9,55$ и $116,16 \pm 7,41$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); Ht – $29,3 \pm 1,6$, $30,7 \pm 2,1$ и $31,7 \pm 1,9\%$ в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCV – $79,5 \pm 2,6$, $82,2 \pm 4,7$ и $83,1 \pm 4,3$ фл в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCH – $26,9 \pm 0,6$, $29,9 \pm 2,3$ и $30,6 \pm 2,2$ пг в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); MCHC – $351,6 \pm 8,87$, $368,0 \pm 14,76$ и $367,7 \pm 11,12$ г/л в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$); RDW – $16,1 \pm 1,3$, $14,6 \pm 1,6$ и $14,0 \pm 6,8\%$ в первом, втором и третьем триместрах ($p < 0,001$).

Различия феррокинетических показателей между группами: СЖ – $14,4 \pm 6,7$ и $11,1 \pm 4,3$ мкмоль/л ($p < 0,001$); ОЖСС – $74,9 \pm 13,8$ и $81,8 \pm 13,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$); КНТ – $20,1 \pm 11,5$ и $13,9 \pm 6,4\%$ ($p < 0,001$).

Таким образом, у всех женщин к концу беременности формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведе-

ния профилактических мероприятий с начала беременности.

При лечении ЖДА у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии препаратами железа после завершения лактационного периода.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА)

**Крючкова А. В.,
Пятницина С. И.,
Кондусова Ю. В.**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»
Минздравсоцразвития России

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается. Распространенность анемии беременных составляет 15–80 и 20–40% родильниц. При длительном течении анемии нарушается функция плаценты, развивается плацентарная недостаточность. Часто присоединяется гестоз у 40–50%; преждевременные роды наступают у 11–42%; гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10–15%; гипотонические кровотечения в родах возникают у 10% рожениц; послеродовый период осложняется гипогалактией у 38% родильниц. Кроме того, недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде является одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей.

Цель – провести сравнительную оценку эффективности лечения беременных с ЖДА легкой степени тяжести препаратом двухвалентного железа «Ферро-Фольгаммой» и препаратом полимальтозного комплекса гидроокиси трехвалентного железа «Мальтофером».

Под наблюдением находилось 45 беременных с ЖДА. В 1-ю группу включено 25 женщин с ЖДА легкой степени тяжести, которые получали препарат «Ферро-Фольгамма» по 1 капсуле 2 раза в сутки, что соответствует 75 мг элементарного железа в сутки. Средняя продолжительность лечения составила $53,3 \pm 2,7$ дня. Во 2-ю группу включено 20 беременных с ЖДА легкой степени, которые получали препарат «Мальтофер» по 1 таблетке 2 раза в сутки (200 мг элементарного железа в сутки).

У каждой беременной до начала приема препарата железа и через 1,5–2 месяца после начала приема проводилось определение гематологических параметров: уровня гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), эритроцитов (RBC); феррокинетических параметров: уровень сывороточного железа (СЖ), ферритина (СФ), трансферрина (ТФ), а также высчитывался коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ).

Определение концентрации сывороточного железа и трансферрина осуществлялось на биохимическом анализаторе с использованием стандартных реактивов. Концентрацию ферритина в сыворотке больных определяли методом иммуноферментного анализа.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием компьютера.

Средний возраст беременных в 1-й и 2-й группах составил $29,7 \pm 1,4$ и $26,5 \pm 2,1$ года соответственно ($p > 0,05$). Срок начала лечения – от 16 до 30 недель беременности.

Анализ особенностей менструальной функции, частоты перенесенных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также частоты осложнений настоящей беременности не выявил достоверных различий у пациенток обеих групп.

При взятии под наблюдение пациентки с ЖДА предъявляли жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при легкой физической нагрузке, головокружение. В результате лечения препаратами железа частота указанных жалоб уменьшилась во всех группах независимо от вида препарата. Ни у кого из беременных не