

# ДИНАМИКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ФЕРРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ГЕСТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Э.Р. Агишева, А.Ш. Баймашев, А.Г. Янгурчина, 4 курс

Научные руководители — асс. Кузьмина Ю.С.<sup>1</sup>, асс. Джуламанова А.Б.<sup>2</sup>

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарева», кафедра акушерства и гинекологии<sup>1</sup>

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», кафедра акушерства и гинекологии<sup>2</sup>

## ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА АКУШЕРСТВА

На сегодняшний день железодефицитная анемия является одной из важных проблем здравоохранения во всем мире. Особенно актуальна данная патология у женщин в период беременности ввиду высокой распространённости. Согласно данным многочисленных исследований, частота анемий у беременных колеблется от 15% до 30%, среди которых около 90% приходится на долю железодефицита.

Железодефицитная анемия — это тотальная органная патология, приводящая к функционально-морфологическим изменениям всех органов и тканей как матери, так и плода.

Железо представляет собой незаменимый микроэлемент, обеспечивающий системный и клеточный аэробный метаболизм и окислительно-восстановительный гомеостаз. Так же оно поддерживает иммунную резистентность, способствующую нормальному функционированию клеточного и местного иммунитета, полноценному фагоцитозу, продукции интерлейкинов, а также синтезу интерферона и лизоцима.

Железодефицитная анемия значительно ухудшает течение беременности и родов: у 45-48% беременных развивается гестоз, у 12-40% наступают преждевременные роды, гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 11-16% женщин, а у 91-93% наблюдается токсикоз в первой половине беременности. Недостаток железа в период беременности может привести к различным патологиям плода: недоношенность, нарушение иммунитета, задержка умственного и физического развития, повышение риска неонатальных инфекций.

## ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Целью работы является анализ динамики клинических показателей у беременных в первом, втором и третьем триместрах, а также оценка результатов лечения железосодержащими препаратами.

Задачи.

1. Изучить гематологические и феррокинетиические показатели периферической крови у беременных в первом, втором и третьем триместрах.
2. Сравнить динамику показателей периферической крови у беременных первой и второй групп.
3. Оценить динамику терапии при лечении железосодержащими препаратами, а также провести анализ их переносимости и побочных явлений.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основывается на клинико-лабораторных исследованиях 87 беременных, состоявших на учете в ГБУЗ РМ «Родильный дом №1» с 2018 по 2020 гг.

Беременные были разделены на две группы: первая группа: 49 беременных без анемии; вторая группа: 38 беременных с анемией легкой степени тяжести. Всем беременным в первом, втором и третьем триместрах после получения их информированного согласия был проведен анализ гематологических и феррокинетиических показатели периферической крови.

Все беременные, включенные в исследование, соответствовали следующим критериям: женщины в возрасте от 18 до 30 лет без каких-либо сопутствующих патологий и/или хронических заболеваний; отсутствие анемии или наличие железодефицитной анемии легкой степени тяжести; без признаков осложнений беременности и патологий плода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе беременных без анемии гематологические и феррокинетиические показатели распределились следующим образом (таблица 1).

В ходе исследования было установлено, что у всех беременных формируются признаки железодефицита, наиболее выраженные во втором триместре и прогрессирующие к концу беременности.

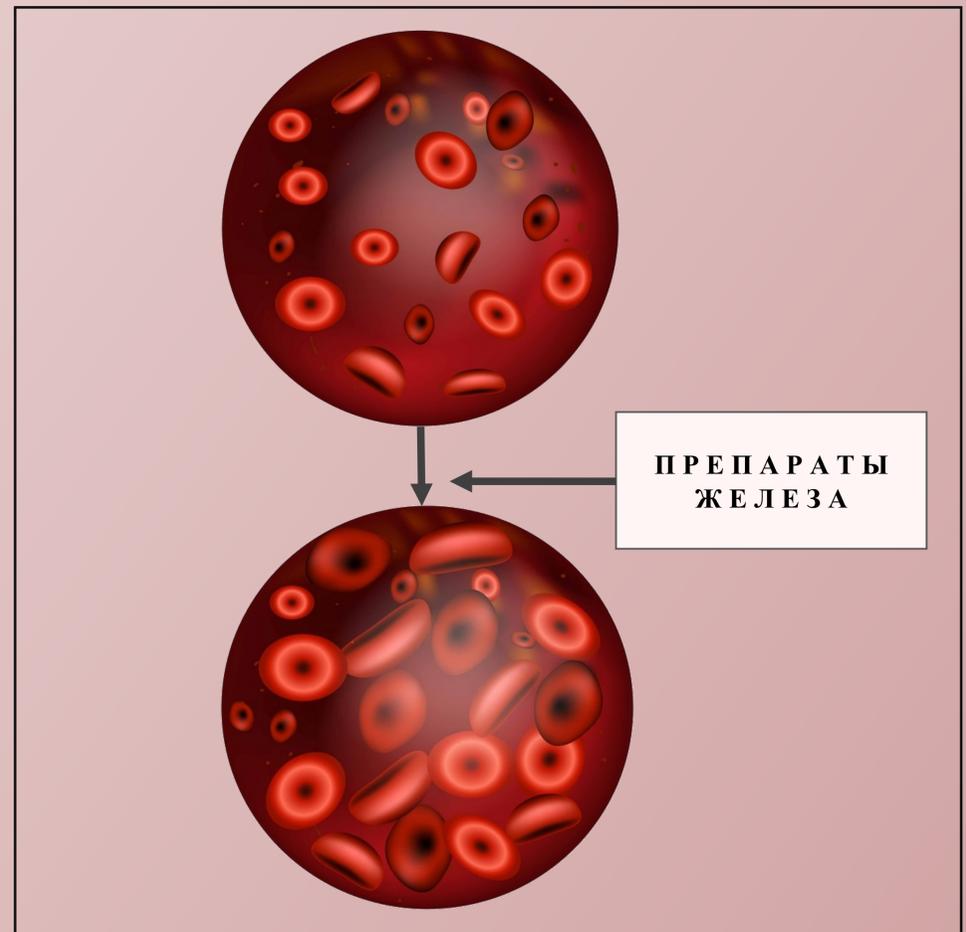
Показатель	Триместр		
	Первый	Второй	Третий
<i>Гематологические показатели</i>			
Эритроциты (x10 <sup>12</sup> /л)	3,9±0,2	3,8±0,3	3,7±0,2
Гемоглобин (г/л)	123,0 ± 7,4	115,7±8,2	117,5±7,6
Гематокрит (%)	32,7±1,2	31,9±1,6	30,9±1,6
Средний объем эритроцитов (фл)	86,2±3,8	82,1±3,7	82,0±3,6
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (пг)	31,1±1,2	30,7±1,1	29,5±1,0
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (г/дл)	31,7±1,5	32,1 ± 0,9	30,1±0,3
Показатель анизицитоза эритроцитов (%)	14,1±0,8	13,7± 1,1	13,0±1,5
<i>Феррокинетиические показатели</i>			
Сывороточный ферритин (нг/мл)	16,5±8,0	10,8±3,3	11,8±7,5

Таблица 1. Сравнительная характеристика гематологических и феррокинетиических показателей здоровых беременных в первом, втором и третьем триместре.

Показатель	Триместр		
	Первый	Второй	Третий
<i>Гематологические показатели</i>			
Эритроциты (x10 <sup>12</sup> /л)	3,5±0,1	3,6±0,2	3,8±0,2
Гемоглобин (г/л)	102,1±3,8	109,4±9,4	115,1±6,3
Гематокрит (%)	28,2±0,5	29,6±1,0	30,6±0,8
Средний объем эритроцитов (фл)	78,4±1,5	81,1±4,6	82,0±3,2
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (пг)	25,8±0,3	28,8±1,2	29,5±1,1
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (г/дл)	350,6±7,7	367,0±13,6	366,6±10,1
Показатель анизицитоза эритроцитов (%)	15,0±1,2	14,2±0,5	13,0±5,7

Таблица 2. Сравнительная характеристика гематологических показателей беременных с железодефицитной анемией в первом, втором и третьем триместре.

Также были получены данные в динамике феррокинетиических показателей между первой и второй группой. Показатель сывороточного железа у женщин в первой группе составил 13,7±5,6 мкмоль/л, во второй — 10,0±3,2 мкмоль/л. Общая железосвязывающая способность сыворотки и коэффициента насыщения трансферина беременных, входящих в первую группу составили 73,8±12,7 мкмоль/л и 19,0±10,4 мкмоль/л; во второй группе данные показатели составили 80,7±12,1 мкмоль/л и 12,8±5,3 мкмоль/л соответственно.



Лечение беременных женщин заключалось в приеме железосодержащего препарата в дозировке 200 мг в сутки на протяжении двух месяцев. У 57 % женщин субъективные, объективные и лабораторно-клинические признаки железодефицитной анемии купировались ко второму триместру беременности, у 79 % — к концу беременности.

В целом переносимость препарата была удовлетворительная, но при этом женщины жаловались на некоторые побочные эффекты: понос, тошнота, боли в верхней трети живота. В связи с побочными явлениями данный препарат был заменен на аналогичный по механизму действия.

## ВЫВОДЫ

1. У всех беременных к концу третьего триместра формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведения профилактических мероприятий с начала беременности.
2. В ходе лечения железодефицитной анемии у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии железосодержащими препаратами после завершения лактационного периода