

УДК 616.155.194-085:618.2

ПОШИРЕНІСТЬ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ ТА СТУПІНЬ ЇЇ ВАЖКОСТІ У ВАГІТНИХ РІЗНОГО ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ

*І.В. Пилипець**, канд. мед. наук, доц.; *В.В. Маркевич***; *Т.В.Бабарь***

* Сумський державний університет

** Сумський міський пологовий будинок*

ВСТУП

Анемічний синдром - актуальна проблема сучасної клінічної медицини. До розвитку дефіциту заліза [ДЗ] особливо схильні вагітні та діти раннього віку, що пов'язано з високою потребою та зниженням його депонування [1, 2].

В Україні частота залізодефіцитної анемії [ЗДА] серед дівчаток-підлітків катастрофічно збільшується. Так, тільки за період з 1993 по 1998 роки її поширеність зросла в 5 разів [3].

Анемії вагітних (АВ) – одна з найбільш поширених акушерських патологій.

Вона буває у 21-80% вагітних незалежно від їх соціального та матеріального стану [4, 5].

Проблема ЗДА у вагітних набуває усе більшої актуальності у зв'язку з різким зростанням частоти цієї патології [6].

В Україні ЗДА посідає провідне місце серед ускладнень гестаційного періоду [7]. Так, лише за період з 1990 по 1996 роки частота ЗДА у вагітних зросла з 8,7% до 48,6%, і ця патологія посіла провідне місце серед екстрагенітальних захворювань [8]. У цілому частота цієї патології за останні роки зросла більше ніж у 10 разів і досягла 76,4% [9], а за іншими даними -87% [10].

ДЗ в кістковому мозку може виникати вже в ранні строки вагітності. Так, за даними [11], при терміні вагітності 16 тижнів у 19% жінок резервне залізо відсутнє, а у 41% - його вміст знижений.

Наприкінці гестаційного процесу ДЗ в прихованій чи маніфестній формі розвивається навіть у тих жінок, показники забезпечення залізом організму яких були нормальними [12].

Слід зауважити, що ЗДА серед різних видів патології вагітності є найбільш несприятливою з огляду різноманітних ускладнень в перинатальному періоді [13]. Актуальність цієї патології зумовлена її вагомих внеском в структуру перинатальної захворюваності та смертності [14].

ЗДА сприяє численним ускладненням вагітності та пологів. У вагітних з анемією спостерігається достовірне збільшення частоти гестозів, загрози переривання вагітності, спонтанних абортів, невиношування, викиднів, внутрішньочеревної загибелі плода, хронічної фетоплацентарної недостатності, несвоєчасного відходження вод, аномалій пологової діяльності, атонії матки, передчасного відшарування нормально розміщеного посліду, патологічної крововтрати, кесаревих розтинів [15, 7,16, 17, 18, 19, 20].

Таким чином, АВ є актуальною проблемою сучасної перинатології. Вона значно погіршує перебіг вагітності та пологів, сприяє підвищенню захворюваності вагітних жінок, порушує розвиток плода, істотно підвищує частоту патологічних станів та захворюваність новонароджених дітей і малюків. Однак, на жаль, проблема ЗДА у вагітних ще далека від свого вирішення. Зокрема потребують подальшого вивчення питання особливостей регуляції еритропоезу при фізіологічному перебігу вагітності та при АВ, поширеність та ступінь її важкості у вагітних різного терміну гестації.

МЕТА РОБОТИ

Дослідити частоту розвитку, ступінь важкості та особливості перебігу залізодефіцитної анемії в ході гестаційного процесу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Методом сліпого скринінгу досліджені показники червоної крові у 51 жінки на 12-15, 16-22, 31-35 та 36-40 тижнях гестації. Матеріалом для дослідження була капілярна кров вагітних жінок з фізіологічним перебігом гестаційного процесу без клінічних та лабораторних проявів анемії, а також кров жінок з анемією вагітних I-III ступенів важкості. Кров у вагітних жінок забирали на 12-15-му, 16-22-му, 31-35-му та 36-40-му тижні вагітності або в день пологів. Кількісні та якісні параметри червоної крові досліджували на автоматичному аналізаторі «Minos\stex» при цьому користувалися реактивами фірми «Roche» (Франція). Для оцінки даних використовували нормативні показники, отримані іншими дослідниками [21, 22]). Для аналізів набирали 0,3-0,5 мл капілярної крові в спеціальні пробірки з антикоагулянтном. Статистична обробка отриманих результатів досліджень здійснювалася на персональних комп'ютерах IBM PC \AT - 486 та Celeron - 366. Використовувалися запропоновані для медико-біологічних досліджень методи варіаційної статистики [23].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Показники червоної крові протягом гестаційного процесу досліджені у 51 жінки. На 12-15-му тижні гестації середня кількість еритроцитів у них складала $3,307 \pm 0,056$ т/л, а середня кількість гемоглобіну – $109,098 \pm 1,81$ г/л. Серед них тільки у 12 вагітних (23,53%) (рис.1) не було клініко-лабораторних проявів анемії (RBC – $3,78 \pm 0,042$ т/л, HGB – $126,25 \pm 1,49$ г/л). Вагітних з переданемічним станом було 11 (21,57%) – середній рівень гемоглобіну у них складав $113,91 \pm 0,89$ г/л, а кількість еритроцитів – $3,39 \pm 0,063$ т/л. У цьому терміні гестації анемію I ступеня діагностовано у 49,02% вагітних (25 жінок) (рис.2). Про це свідчили показники червоної крові -RBC - $3,2 \pm 0,034$ т/л, а HGB – $102,16 \pm 0,79$ г/л. Вагітних жінок з анемією II-III ступенів було 3 (5,88%) (рис.3). Показники RBC та HGB у них становили відповідно $2,47 \pm 0,157$ т/л та $80,67 \pm 5,33$ г/л. Таким чином, анемію I-III ступенів важкості на 12-15-му тижні гестаційного процесу мали 54,90% жінок та ще у 21,57% вагітних діагностований переданемічний стан. Оскільки ці обидва стани характеризуються виснаженням тканинного депо заліза, то слід прийти до висновку, що в цілому вже в ранньому терміні гестації у 76,47% вагітних жінок мав місце явний дефіцит заліза.

Зважаючи на те, що в цей термін гестації потреба плода в залізі мінімальна або практично відсутня слід прийти до висновку, що дефіцит заліза та анемія у цих жінок виникли ще до настання вагітності.

У терміні гестації 16-22 тижні обстежено 33 жінки. Середня кількість еритроцитів ($3,088 \pm 0,05$ т/л) та гемоглобіну ($105,3 \pm 1,83$ г/л) у них була достовірно меншою ($p < 0,05$), ніж у жінок в терміні гестації 12-15 тижнів. Майже в 2 рази знизився відсоток жінок (12,12%) (рис.1) з нормальними показниками вмісту еритроцитів ($3,70 \pm 0,07$ т/л) та гемоглобіну ($123,5 \pm 1,85$ г/л). Дещо збільшився відсоток жінок з переданемічним станом (27,27%). Кількість вагітних з анемією складала 60,60% (20 жінок). Серед них з анемією I ступеня було 57,57% (19 жінок) (рис.2), з анемією II ступеня - 3,03% (1 жінка) (рис.3). Загальна кількість вагітних з виснаженим депо заліза становила

87,87% (29 жінок). Показники червоної крові в подальшому перебігу гестаційного процесу (31-35 тижнів) характеризувалися збільшенням кількості вагітних з анемією I-III ступенів (64,28%).

На 36-40-му тижні гестації обстежено 54 жінки. Середній вміст гемоглобіну в цій когорті жінок складав $102,22 \pm 1,83$ г/л, а еритроцитів- $3,24 \pm 0,13$ т/л. З них з нормальними показниками кількості еритроцитів ($3,89 \pm 0,31$ т/л) та вмісту гемоглобіну ($129,0 \pm 1,83$ г/л) було лише 6 (11,11%) жінок (рис.1). Вагітних з переданемічним станом (RBC- $3,27 \pm 0,065$ т/л, HGB - $112,75 \pm 0,73$ г/л) було 8 (14,82%), з анемією I ступеня – 34 (62,96%) жінки (рис.2) (RBC - $2,78 \pm 0,036$ т/л, HGB - $98,59 \pm 1,06$ г/л), з анемією II ступеня було 6 жінок (11,11%) (рис.3), середній рівень гемоглобіну у яких становив $82,0 \pm 1,61$ г/л.

Таким чином, слід прийти до висновку, що ЗДА та особливо дефіцит заліза виявляються у значній кількості жінок ще до настання вагітності чи на початку гестаційного процесу. Протягом перебігу вагітності спостерігається подальше збільшення кількості жінок із залізодефіцитом та прогресивно зростає частота анемії середнього та важкого ступенів. Наприкінці гестаційного процесу лише 11,11% вагітних жінок мали нормальні показники червоної крові, у 74,07% - діагностована анемія різного ступеня важкості та ще 14,82% вагітних перебували у переданемічному стані, тобто депо заліза у них було спустошеним. В цілому в цей термін гестації депо заліза було відсутнім у 88,89% вагітних. Отже, зважаючи на вищезазначене, слід прийти до висновку про доцільність ретельного обстеження стану депо заліза та показників червоної крові у жінок з самого початку взяття їх на облік з приводу вагітності та корекції дефіциту заліза чи лікування вже наявної ЗДА.

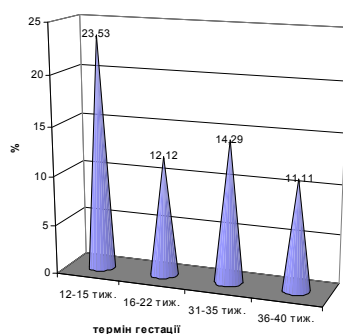


Рисунок 1 - КІЛЬКІСТЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК З НОРМАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ЧЕРВОНОЇ КРОВІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ

Рисунок 1 - Кількість вагітних жінок з нормальними показниками червоної крові залежно від терміну гестації

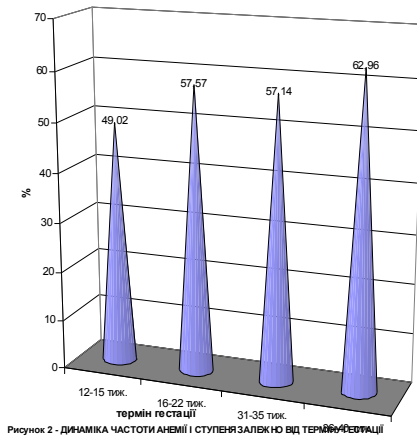


Рисунок 2 – Динаміка частоти анемії I ступеня залежно від терміну гестації

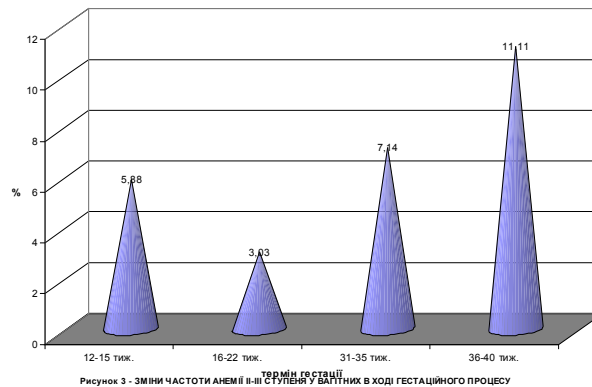


Рисунок 3 – Зміни частоти анемії II-III ступенів у вагітних в ході гестаційного процесу

ВИСНОВКИ

- 1 ЗДА та особливо дефіцит заліза виявляються у значній кількості жінок ще до настання вагітності чи на початку гестаційного процесу.
- 2 Перебіг вагітності супроводжується подальшим збільшенням кількості жінок із залізодефіцитом та прогресивним зростанням частоти анемії середнього та важкого ступенів.
- 3 Наприкінці гестаційного процесу лише 11,11% вагітних жінок мали нормальні показники червоної крові, у 74,07% - діагностована анемія різного ступеня важкості та ще 14,82% вагітних перебували у переданемічному стані, тобто депо заліза у них було спустошеним.
- 4 Доцільним є ретельне обстеження стану депо заліза та показників червоної крові у жінок з початку взяття їх на облік з приводу вагітності та корекція дефіциту заліза чи лікування вже наявної ЗДА.

SUMMARY

The frequency of development, gravity and features of current of the iron deficiency anemia at the pregnant women is investigated. Iron deficiency anemia and especially iron deficiency is meets at significant

quantity of the women before pregnancy. During pregnancy the further increase of quantity of the women with deficiency of iron is observed and progressively frequency of the iron deficiency anemia of an average and heavy degree is increased. In the end of pregnancy only 11,11 % of the pregnant women had normal parameters of red blood, at 74,07 % of the pregnant women is diagnosed anemia of a different degrees of gravity.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Самсыгина Г.А. Железодефицитные анемии у детей // Лечащий врач. - 2001. - № 5-6. - С. 62-65.
2. Казак С.С. Фактори виникнення залізодефіциту та його корекція // Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. "Здорова дитина: ріст, розвиток та проблеми норми в сучасних умовах". - Чернівці, 2002. - С. 85-86.
3. Корнев Н.М., Левенец С.А. Роль биологических и социальных факторов в формировании здоровья девушек-подростков // Журнал практичного лікаря. - 1999. - № 5. - С. 2-3.
4. Uno H., Tsudo K. Iron deficiency anemia // Nippon-Rincho. - 1991.-Vol. 46.- № 3. - P. 621-626.
5. Wintrobe M.M., Lukens J.N., Lee G.R. The approach to the patient with anemia // Wintrobe's Clinical Hematology/ 9th Ed. /Ed by G.R.Lee, T.C.Bithell, J.Forster et al. - Philadelphia, London. - 1993. - V.1. - P. 715-744.
6. Чайка В.К., Могилевкіна І.О., Перетятко Г.А. Наш досвід застосування еритропоєтину в акушерстві // ПАГ. - 2001. - №5. - С.109-112.
7. Проценко О.О. Прогнозування та профілактика ЗДА у вагітних, що проживають в екологічно несприятливих умовах: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.01/Вінницький держ. мед. ун-т. - Вінниця, 1999. - 20 с.
8. Лукьянова Е.М. Современные возможности пренатальной диагностики врожденной патологии плода // Перинатология та педіатрія. - 1999. - № 1. - С. 5-7.
9. Громова А.Н., Добровольська Л.М. Стан системи мати-плацента-плід при гемогестозах // ПАГ. - 1994. - № 4. - С. 49-50.
10. Коломейчук В.М., Нізова Н.М. Комплексне з голкорексфлексотерапією лікування залізодефіцитних анемій у вагітних // ПАГ. - 1997. - №1. - С. 75-76.
11. Белоус А. М., Конник К. Т. Физиологическая роль железа. - К.: Наукова думка.-1991.-101 с.
12. Вахрамеева С.Н., Денисова С.Н., Хотимченко С.А., Алексеева И.А. Латентная форма ЖДА беременных женщин и состояние здоровья их детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - № 3. - С. 26-29.
13. Васюк Р.А. Профілактика гіпогалакції у жінок з анемією вагітних: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.01.01 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. - К., 1999. - 19 с.
14. Сенчук А.Я. Прогнозування, діагностика і лікування порушень у системі мати-плацента-плід при залізодефіцитній анемії вагітних: Автореф. дис...д-ра мед.наук. - К., 1996. - 41 с.
15. Проценко О.О., Мазорчук Б.Ф. Аліментарні та соціальні аспекти росту частоти залізодефіцитної анемії серед вагітних / 10-й з'їзд педіатрів України // ПАГ. - 1999. - № 4. - С. 199-201.
16. Alien L.H. Iron - deficiency anemia increasess risk of preterm delivery //Nutrition Rev. - 1993. - V.51. - № 2. - P. 49-52.
17. Васюк Р.А. Вплив анемії вагітних на стан лактації // Науковий вісник Ужгородського державного університету. - 1999. - № 8. - С. 172-173.
18. Пилипець І.В. Вплив анемії вагітних на еритропоез новонароджених дітей: Автореф. дис... канд. мед.наук. - Київ, 2001. - 20 с.
19. Абі Салех Салім Бріка, Ст. С. Леуш. Проблема залізодефіцитної анемії при вагітності на сучасному етапі // ПАГ. - 1997. - № 4. - С. 87-90.
20. Маркевич В.Е., Пилипець І.В. Вплив анемії вагітних на захворюваність та показники червоної крові у новонароджених дітей // Вісник Сумського державного університету. - 200. - № 18. - С. 96-101.
21. Кузнецов Д.В., Ковригина Е.С., Токарев Ю.Н. Оценка эритроцитарных параметров автоматического анализа крови и их применение для диагностики анемии // Гематология и трансфузия. - 1996. - № 5. - С. 44-47.
22. Диагностика железозедефицита с помощью современных гематологических анализаторов / С.А.Луговская, И.И.Миронова, М.Е.Почтарь и соавт. // Гематология и трансфузиология.-1996. - Т.41.- № 4. - С. 31-33.
23. Кобрицкий Б.А. Принципы математико-статистического анализа данных медико-биологических исследований // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1996. - Т.41. -№ 4.- С. 60-64.

Надійшла до редакції 25 лютого 2004 р.