

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Таупова И.М., Ревина Л.И.

Башкирский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии №1, г. Уфа, ФГУН Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека Роспотребнадзора

В настоящее время сложился определенный взгляд на вопросы метаболизма железа в организме и диагностики железодефицитных состояний вне беременности. Однако во время гестационного процесса происходят существенные изменения гематологических и феррокинетических показателей, что требует выработки иных оценочных подходов и стандартов для диагностики и терапии железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных женщин. Отсутствие должной профилактики и неадекватная оценка клинико-лабораторных показателей часто усугубляет уже имеющийся дефицит железа, что приводит в последствии к развитию дефицита железа различной степени тяжести.

Актуальность проблемы обусловлена также тем, что у некоторых беременных и родильниц снижение показателей гемоглобина и эритроцитов не является признаком анемии вследствие физиологической гемодилуции. В конце беременности и в раннем послеродовом периоде практически каждая женщина имеет скрытый дефицит железа, а у 30-40% из них развивается анемия. Поэтому для постановки диагноза ЖДА определение уровня гемоглобина (Hb) недостаточно, целесообразно применять и другие гематологические параметры.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей биохимических показателей крови у беременных с ЖДА. Всего было обследовано 36 женщин в сроках гестации от 25 до 41 недели, среди них первобеременных было 16 человек, повторнобеременных 9 пациенток, повторнородящих 11 женщин. Все обследованные являлись пациентками отделения патологии беременных Перинатального центра клинического родильного дома № 4 и клинического родильного дома №8 г. Уфы.

ЖДА I степени тяжести была диагностирована у 27 женщин (содержание Hb от 109 до 90 г/л), II степени у 6 обследованных (уровень Hb от 89 до 70 г/л), III степени у 3 беременных (содержание Hb менее 70 г/л). Возраст беременных составил от 16 до 38 лет (в среднем $25,3 \pm 1,4$ года).

Исследования содержания обмена железа проводились в биохимической лаборатории УфНИИ медицины труда и экологии человека. Диагностические параметры включали в себя определение содержания сывороточного железа у беременных, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), латентной или ненасыщенной железосвязывающей способности (НЖСС), коэффициента насыщения коэффициента насыщения трансферрина железом. Определение сывороточное железа и ОЖСС проводили при помощи коммерческих наборов "Lachema" (Чехия).

В диагностике анемии большое значение имеет определение сывороточного железа (при ЖДА оно менее 12,5 мкмоль/л). Для получения достоверных результатов пациентки не принимали препараты железа в течение 5-7 дней. В нашем случае колебания сывороточного железа находились в диапазоне от 2,2 до 15,9 мкмоль/л (в среднем $7,87 \pm 2,79$ мкмоль/л). Причем, чем сильнее была выражена анемия, тем меньше был показатель железа сыворотки крови. Между тем, следует заметить, что данный показатель является непатогномичным, низкочувствительным и неспецифичным признаком анемии. Необходимо заметить, что давать заключение о наличии гипосидероза только по уровню железа в сыворотке крови нельзя, поскольку при любом воспалительном процессе содержание сывороточного железа снижается за счет его перераспределения.

Для изучения запасов железа в организме беременной был определен показатель ОЖСС. В норме он составляет 30,6-84,6 мкмоль/л, при ЖДА его значение увеличивается. При исследовании крови беременных ОЖСС составила 45,6-99,2 мкмоль/л (в среднем – $73,5 \pm 3,6$ мкмоль/л). Следует иметь ввиду, что определение содержания сывороточного железа и ОЖСС не всегда точно отражают запасы железа в организме.

Ненасыщенная железосвязывающая способность сыворотки при ЖДА значительно увеличивается (в норме этот показатель находится в пределах $50,2 \pm 4$ мкмоль/л). НЖСС определяются путем вычитания из ОЖСС количества сывороточного железа. Таким образом, НЖСС беременных находилась в пределах 38,5-94,9 мкмоль/л, составляя в среднем $63,4 \pm 3,8$ мкмоль/л.

Большой информативностью обладают такие гематологические показатели, как концентрация сывороточного трансферрина и процент насыщения его железом. Коэффициент насыщения трансферрина железом (норма 16-54%) при анемии значительно уменьшается. В нашем случае колебания коэффициента насыщения трансферрина железом находились в пределах от 2,08% до 22,1% (в среднем $10,17 \pm 1,4\%$).

Таким образом, проведенные исследования обмена железа и трансферрина у беременных страдающих анемией, позволяют сделать вывод о том, что при ЖДА имеются серьезные нарушения биохимических параметров: уменьшение содержания железа сыворотки крови, возрастание общей и латентной железосвязывающей способности сыворотки крови, снижение процента насыщения трансферрина железом. Целесообразно заметить, что эти показатели находятся в прямой коррелятивной зависимости от степени тяжести анемии.