

УДК 618

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

© О.П. Ветрова, О.Е. Булгакова, Э.М. Османов, А.С. Пышкина

Ключевые слова: беременность; лабораторная диагностика; железодефицитная анемия; репродуктивный возраст; токсикоз.

Ухудшение показателей воспроизводства населения России происходит на фоне понижения качества здоровья беременных женщин: последние 10 лет более чем в 6 раз выросла анемия беременных, почти в 4 раза – заболевания мочеполовой системы, в 2 раза – болезни системы кровообращения, гестозы – в 1,8 раза. Современная демографическая ситуация характеризуется низким уровнем рождаемости, высоким показателем общей смертности и сокращением средней продолжительности жизни трудоспособного населения. В этих условиях состояние репродуктивного здоровья населения продолжает оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем в нашей стране.

Среди заболеваний, осложняющих течение беременности, железодефицитная анемия (ЖДА) занимает лидирующее место. Согласно данным ВОЗ, частота ЖДА беременных составляет 80 % (если за критерий ЖДА принимать уровень гемоглобина в крови) или 90 % (если судить по уровню железа в сыворотке крови). Данная патология составляет от 20 % в Москве до 80 % в регионах с низким уровнем жизни. В Российской Федерации ЖДА беременных диагностируется в среднем у 42 % беременных. В развивающихся странах ЖДА встречается от 35 до 75 % случаев, а в развитых составляет 18–20 %. Она сопровождается многочисленными осложнениями течения беременности, родов и послеродового периода, а также неблагоприятно отражается на состоянии здоровья новорожденного [1–4].

При ЖДА чаще развиваются осложнения беременности, родов и послеродового периода: токсикоз первой половины (44–48 %), угроза прерывания беременности (15–42 %), гестоз второй половины беременности (40 %); частота фетоплацентарной недостаточности достигает 40 % и более, внутриутробной гипоксии – 35 %; задержка внутриутробного развития плода диагностируется у 30 % беременных; аномалии родовой деятельности отмечаются у 10–15 % рожениц с ЖДА, до 29 % новорожденных рождаются в состоянии асфиксии, гнойно-септические заболевания регистрируются у 12 % родильниц и у 37 % новорожденных.

Основными медико-биологическими факторами, приводящими к развитию железодефицитной анемии (ЖДА), являются кровопотери, неполноценное питание, нарушение процессов пищеварения и всасывания железа, заболевания печени, нарушение реутилизации железа при кровотечении в замкнутые полости. Критериями железодефицитной анемии являются: содержание гемоглобина менее 110 г/л при количестве эритроцитов – менее $3,5 \cdot 10^{12}/л$, цветном показателе ниже 0,85 и величине гематокрита ниже 0,33. Анемия осложняет течение беременности и родов и влияет на развитие плода.

Имеются данные, свидетельствующие о том, что нарушения в обмене железа сказываются на метаболизме других металлов и важных медиаторов клеточной функции. Особое значение это имеет при беременности, когда развивающийся плод уязвим в отношении недостаточности микроэлементов [5–8].

Анемия, изменяя гомеостаз материнского организма вследствие обменных, волевических, гормональных, иммунологических и других нарушений, способствует развитию акушерских. Частота их находится в прямой зависимости от степени тяжести анемии. Ранний токсикоз у пациенток с ЖДА развивается в 23–28 % случаев; угроза прерывания беременности встречается в 12–15 % случаев, а преждевременные роды в 11–42 %. С ЖДА связывают возрастающую частоту преждевременных родов и недоношенных детей. У беременных с дефицитом железа в 2–3 раза чаще, чем у женщин с нормальным уровнем гемоглобина, развивается гестоз. Сочетание ЖДА и гестоза наблюдается у 14,5–50 % женщин [1, 4, 6–9].

Течение родов у каждой второй женщины с анемией осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод. Нарушение тканевого метаболизма ведет к понижению сократительной функции миометрия, развитию слабости родовой деятельности, в пределах 10–15 %, и, как следствие, к увеличению объема патологической кровопотери в родах и в послеродовом периоде, диагностируемой у 7,8–23,6 % родильниц. При этом объем кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде пропорционален тяжести анемии [3, 5, 7, 9].

У 12–19 % пациенток с ЖДА течение послеродового периода осложняется гнойно-септическими заболеваниями, у 38–61,2 % развивается синдром гипогалактии. При сочетании гестоза и ЖДА различные формы дефицита молока наблюдаются у 91,4 % родильниц [2, 6–8, 10].

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о наличии серьезных проблем, касающихся

здоровья матери, плода и новорожденного ребенка, при наличии такой экстрагенитальной патологии, как железодефицитная анемия. Состояние здоровья матери и ее ребенка как в неонатальном периоде, так и в последующие годы жизни во многом зависит от того, насколько своевременно и правильно ей была оказана необходимая помощь в коррекции железодефицитного состояния на этапах планирования беременности, что диктует необходимость более углубленного изучения данной проблемы.

Цель исследования – изучить медико-социальную характеристику беременных железодефицитной анемией.

Для анализа медико-социальных характеристик беременных женщин с железодефицитной анемией были взяты 113 беременных от 18 до 39 лет, проживающих в г. Тамбове и районах Тамбовской области, в МЛПУ «Городская больница № 3» г. Тамбова в период с 2007 по 2009 гг.

Выявлены основные медико-биологические и социально-гигиенические особенности данного контингента, в частности, преобладание лиц в возрасте от 21 до 29 лет, рабочих и служащих (64,5 %), проживающих в городской местности (62,3 %), оценивающих свое материальное обеспечение как «среднее» (55,4 %), а жилищно-бытовые условия как «хорошие» (47,4 % лиц), имеющих среднее и средне-специальное образование (64,2 %), состоящих в браке (88,7 %). 22,5 % беременных проживают вблизи вредных производств; у 44,3 % имеются вредные для здоровья условия труда, при этом 29,4 % лиц испытывают их воздействие постоянно. 55,7 % лиц до беременности курили; 18,8 % сохранили вредные привычки во время беременности. Большинство беременных (84,3 % лиц) оценивают свое питание как «полноценное».

Для анализа значимости факторов риска развития железодефицитной анемии использовались результаты сравнения основной и контрольной группы по *t*-критерию Стьюдента. Так как *t*-статистика пропорциональна значимости различия показателей в сравниваемых группах, данная величина была принята в качестве оценки значимости соответствующих факторов риска. Наиболее значимые факторы риска были учтены при прогнозировании анемии и при выборе соответствующих превентивных лечебно-профилактических мероприятий при обращении беременной в женскую консультацию.

Нами проведено проспективное исследование 113 беременных. Из них 82 беременные, у которых ЖДА была выявлена в сроке 18–20 недель, составили основную группу. У всех беременных с ЖДА основной группы уровень СФ в крови составил менее 12 нг/мл. Уровень СФ менее 12 нг/мл, по данным ВОЗ, является критерием истощения/дефицита депо железа в организме беременной женщины. При анализе клинических и лабораторно-инструментальных данных основной группы нами было выявлено, что течение беременности, родов и послеродового периода у женщин с исходным уровнем СФ менее 8 нг/мл характеризовались более тяжелым течением. Контрольную группу составили 31 беременная с ЖДА с гемоглобином ниже 110 г/л и с СА менее 8 нг/мл, которые по различным причинам не получали лечения препаратами железа и находились под нашим наблюдением в сроке 36–37 недель беременности.

Средний возраст женщин контрольной группы составил $27,49 \pm 1,3$ года с индивидуальными колебаниями от 20 до 36 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил $25,5 \pm 1,4$ года с индивидуальными колебаниями от 18 до 39 лет и достоверно не отличался от аналогичного показателя в контрольной группе ($p > 0,05$). При анализе общесоматического анамнеза в контрольной группе было выявлено у 11 женщин (35,4 %) – заболевания желудочно-кишечного тракта, экстрагенитальными заболеваниями страдали 7 женщин (22,5 %), в т. ч. заболеваниями почек и мочевыводящих путей – 6 (19,3 %), у 4 (12,9 %) женщин наблюдалась вегето-сосудистая дистония по гипо- или гипертоническому типу, заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдали 2 женщины (6,4 %), миопия различной степени выраженности имела место у 1 женщины (3,2 %).

При анализе общесоматического анамнеза в основной группе было выявлено, что у 16 (19,5 %) женщин в анамнезе были хронические заболевания почек, у 15 (18,2 %) пациенток хронические заболевания верхних дыхательных путей (острый или хронический бронхит, хронический тонзиллит, ангина, гайморит). Ожирение отмечалось в основной группе у 30 (36,5 %) обследованных женщин, у 2 (2,4 %) женщин в анамнезе была черепно-мозговая травма, у 14 (17,0 %) женщин наблюдалась вегето-сосудистая дистония по гипо- или гипертоническому типу, заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдали 5 женщин (6,1 %). У пациенток основной группы наследственность былаотягчена (ЖДА во время беременности у матери) у 58 (70,7 %) женщин.

Средний возраст менархе в контрольной группе составил $13,4 \pm 0,3$ года. Регулярный 25–31-дневный менструальный цикл, с продолжительностью менструации 3–7 дней, имели 25 (80,6 %) обследованных. Нарушения менструального цикла имело место у 6 (19,4 %) женщин, болезненные и обильные менструации отмечали 7 (22,5 %) беременных.

Средний возраст менархе в основной группе составил $13,4 \pm 1,7$ года и достоверно не отличался от этого показателя у женщин контрольной группы ($p > 0,05$). Регулярный менструальный цикл с продолжительностью менструаций 3–7 дней имели 66 (80,4 %) женщин основной группы. Болезненные и обильные менструации были отмечены у 17 (20,7 %) обследованных, а у 8 (9,7 %) женщин менструации носили нерегулярный характер.

При анализе акушерского анамнеза в контрольной группе количество перво- и повторнородящих среди обследованных женщин составило 11 (35,5 %) и 20 (64,5 %) соответственно; среди них было 10 (32,2 %) первобеременных и 21 (67,8 %) повторнобеременных пациенток. В контрольной группе у 2 (6,4 %) пациенток в анамнезе наблюдался гестоз средней и тяжелой степени тяжести, у 2 (6,4 %) женщин предыдущая беременность закончилась операцией кесарево сечение, и у 1 (3,2 %) пациентки в анамнезе была внематочная беременность. Преждевременные роды в контрольной группе наблюдались у 3 (9,6 %) женщин.

Проведенный анализ акушерского анамнеза в основной группе показал, что беременность была первой у 32 (39,0 %) женщин, повторной – у 50 (61,0 %). Повторнородящих было 34 (41,5 %) женщин, повторнородя-

щих – 48 (58,5 %). Из них у 2 (2,4 %) женщин в анамнезе был тяжелый гестоз, у 2 (2,4 %) обследованных пациенток предыдущие роды закончились операцией кесарево сечение.

Все беременные основной группы получали комплексное лечение железодефицитной анемии (диета, витаминотерапия) таблетированным препаратом двухвалентного железа, содержащим 325 мг сульфата железа (в т. ч. 100 мг двухвалентного железа) и 60 мг аскорбиновой кислоты.

Уровень гемоглобина у беременных группы сравнения с ЖДА легкой степени тяжести составил в среднем $90,2 \pm 2,01$ г/л, а у беременных средней тяжести и тяжелой ЖДА составил $73,6 \pm 1,83$ г/л и $52,2 \pm 1,11$ г/л соответственно. Исходный уровень гемоглобина у беременных основной группы с ЖДА легкой степени тяжести составил в среднем $94,3 \pm 2,12$ г/л, а у беременных средней тяжести и тяжелой ЖДА составил $76,3 \pm 1,89$ г/л и $61,1 \pm 2,3$ г/л соответственно, что было достоверно ниже по сравнению с неосложненной беременностью ($p < 0,01$) и достоверно не отличалось от показателей гемоглобина у беременных контрольной группы. Уровень СФ в контрольной группе был достоверно ниже по сравнению с неосложненной беременностью и составил $7,21 \pm 0,50$ нг/мл у беременных с ЖДА легкой степени тяжести. Уровень СФ у беременных контрольной группы средней тяжести и тяжелой ЖДА составил в среднем $5,09 \pm 0,25$ нг/мл и $1,96 \pm 0,64$ нг/мл соответственно.

Всем беременным женщинам с уровнем СФ менее 8 нг/мл следует проводить лечение препаратами железа независимо от срока гестации и уровня гемоглобина. Беременные женщины с уровнем СФ менее 12 нг/мл нуждаются в профилактике препаратами железа, также независимо от уровня гемоглобина крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлев В.А., Коноводова Е.Н., Орджоникидзе Н.В., Серов В.Н., Елохина Т.Б., Ильясова Н.А. Лечение латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. № 1. С. 64-68.
2. Коноводова Е.Н. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц (патогенез, диагностика, профилактика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 46 с.
3. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Сравнительная эффективность лечения манифестного дефицита железа у беременных различными препаратами железа // РМЖ. 2009. Т. 17. С. 1028-1031.
4. Османов Э.М., Пышкина А.С. Влияние алкоголя на репродуктивное здоровье женщин // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2010. Т. 15. Вып. 1. С. 59-62.
5. Бурлев В.А., Мурашко Л.Е., Коноводова Е.Н. Антиоксидантные витамины у беременных с железодефицитной анемией и гестозом на фоне лечения // Акушерство и гинекология. 2002. № 6. С. 16-20.
6. Говоров С.В., Клименко Г.Я. Репродуктивное поведение женщин, состояние здоровья и заболеваемость беременных, родильниц и новорожденных по Воронежской области в 2006 году // Журнал теоретической и практической медицины. 2007. Т. 5. № 3. С. 199-201.
7. Клименко Г.Я., Пятаева С.А. Железодефицитная анемия: особенности течения беременности и родов // Прикладные информационные аспекты медицины: науч.-практ. журнал. Воронеж, 2008. Т. 11. № 2. С. 178-186.
8. Серов В.Н., Бурлев В.А., Коноводова Е.Н. и соавт. Железодефицитные состояния у беременных и родильниц: учеб. пособие / под ред. Г.Т. Сухих и Т.А. Протопоповой. М., 2009. 80 с.
9. Пятаева А.Д. Оценка факторов, способствующих развитию анемии у женщин репродуктивного возраста // Медицина. Наука и Практика. Махачкала, 2007. № 1. С. 52-55.
10. Стрижаков А.Н., Мусаев З.М., Муратов И.Р. Особенности течения беременности и родов при железодефицитной анемии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2005. Т. 4. № 3. С. 32-35.

Поступила в редакцию 25 ноября 2010 г.

Vetrova O.P., Bulgakova O.Ye., Osmanov E.M., Pyshkina A.S. Medical and social characteristics of pregnant of iron deficient anemia

The decline of rates of population reproduction of Russia is going at the decrease of health quality of pregnant women: for the last 10 years more than in 6 times the anemia of pregnant increased, almost in 4 times – diseases of urogenital system, in 2 times – diseases of blood-circulation system, in 1,8 times – hestosis. The modern demographical situation is characterized by low level of birth, high rate of death and decrease of life length of working population. In these conditions the condition of reproductive health of population remains one of the sharpest of medical and social problems in our country.

Key words: pregnancy; laboratory diagnostics; iron deficient anemia; reproductive age; toxicoses.