

УДК 618.3-06:616-08:606-084

© Коллектив авторов, 2012.

## ЗАМЕРШАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НА ФОНЕ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ, ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Н. С. Золотухин, М. А. Резник, Н. А. Догадайло, Е. С. Гомон

*Клиническая Рудничная больница, г. Макеевка.*

### THE STOOD PREGNANCY AMONG WOMEN WITH THE IRON-DEFICIENT STATES WITH THE THREAD OF ABORTION, QUESTIONS OF THE PREVENTIVE MEASURES AND THE WAYS OF TREATMENT

N. S. Zolotuchin, M. A. Reznik, N. A. Dogadaylo, E. S. Gomon

#### SUMMARY

The work contains the results of the research of the hematological indices of the peripheral blood and of the immune status of women with the stooed pregnancy. According to the received results, the suggestions concerning the preventive measures and the ways of treatment of the iron-deficient states among women of the mentioned category are made.

### ВАГІТНІСТЬ ЗАГИБЛИМ ПЛІДНИМ ЯЙЦЕМ У ЖІНОК З ЗАЛІЗОДЕФИЦИТНИМИ СТАНАМИ НА ТЛІ ЗАГРОЗИ ВИКИДНЯ, ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

М. С. Золотухін, М. О. Резник, Н. А. Догадайло, О. С. Гомон

#### РЕЗЮМЕ

У роботі наведено дані дослідження гематологічних показників периферичної крові та імунного статусу жінок з загиблим плідним яйцем. Згідно набутих результатам, запропоновано розглянути питання профілактики та лікування залізодефіцитних станів у даної категорії хворих.

**Ключевые слова:** замершая беременность, железодефицитные состояния, угроза прерывания беременности, профилактика, лечение.

По данным ВОЗ, железодефицитные состояния являются одним из самых распространённых заболеваний. Частота железодефицитных анемий беременных колеблется от 14,0% до 40,0%, а в странах юго-восточной Азии – до 70,0%. Более чем у 50,0% женщин фертильного возраста обнаруживаются недостаточные запасы железа в организме. Практически у всех беременных к концу гестации отмечается открытый дефицит железа, а у трети из них развивается железодефицитная анемия (ЖДА) [5].

Железо, помимо участия в переносе кислорода в составе гемоглобина, играет важную роль во многих биохимических процессах: синтеза коллагена, роста тел и нервных волокон, деятельности иммунной системы, метаболизма порфирина, транспорта электронов и др. [4].

ЖДА осложняет течение беременности, родов и послеродового периода. Так, невынашивание беременности встречается у 15,0-42,0% беременных. Нарушение беременности, как правило, обусловлено сочетанием ряда причин, которые могут действовать либо одновременно, либо присоединяться по мере прогрессирования беременности [3].

Многие исследователи считают, что стрессовые ситуации, иммунные факторы, инфекционные за-

болевания, структурные и функциональные нарушения в эндокринной системе приводят к дисбалансу биосинтеза гормонов, прерыванию беременности, расстройствам нормального процесса созревания плода, развитию гестозов и железодефицитной анемии [1].

Выше изложенное даёт основание патогенезу железодефицитных состояний, анемий и замершую беременность рассматривать с иммунологической точки зрения, как аутоиммунное заболевание.

В результате проводимых исследований по определению роли иммунных факторов в патогенезе анемии беременных было выявлено достоверное изменение в белковом обмене, а именно: появление целого комплекса аутоантител, снижение комплементарной активности, увеличение уровня С-реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов, что свидетельствует об участии аутоиммунных компонентов в патогенезе железодефицитных анемий [2].

Целью нашего исследования явилось изучение гематологических показателей крови и иммунологического статуса у женщин с замершей беременностью.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 217 историй болезни женщин, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении «Клинической Рудничной больницы» г. Макеевки по поводу замершей беременности в сроке 5-20 недель. Из них поступили в отделение уже с установленным диагнозом неразвивающейся беременности 157 женщин, и 60 женщин поступили с диагнозом угрозы прерывания беременности и получали лечение. Беременность замерла через различные промежутки времени у 20.

Комплексное обследование включало общеклинические методы исследования: ультразвуковое сканирование, иммунологическое и биохимическое изучение состава периферической крови. Проводилось подробное изучение содержания гемоглобина, количества эритроцитов, цветного показателя, гематокрита и содержание сывороточного железа.

При исследовании иммунной системы определяли количество лимфоцитов в периферической крови, исследовали содержание Т и В лимфоцитов, субпопуляции Т-хелперов и Т-супрессоров в иммунофлюоресцентном тесте при помощи моноклональных антител. Для оценки функционального состояния В-лимфоцитов и состояния системного гуморального иммунитета определяли содержание иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G. Статистическую обработку полученных результатов проводили по критерию Стьюдента-Фишера, результаты считали достоверными при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинических данных показал, что большинство женщин были в возрасте от 20 до 30 лет (64,4%), однако достаточно высоким был процент женщин от 31 до 40 лет (22,0%), свыше 40 лет (7,5%) и до 20 лет (8,0%). Среди обследованных основу составляли жители районов города, где расположены коксохимическая и металлургическая промышленность. По социальному статусу 57,7% женщин – служащие, 17,5% – рабочие, 22,5% – неработающие, 2,5% – студенты.

В структуре соматических заболеваний преобладала патология желудочно-кишечного тракта: хронические гастриты, дисбактериоз кишечника, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, энтероколиты, холециститы имелись у 74,4% женщин. У 25,6% женщин в прошлом были отмечены носовые кровотечения и кровоточивость десён, хронические заболевания почек – у 28,5%.

Неразвивающаяся беременность была первой у 26,6% женщин, повторной – у 48,8%.

Раннее начало половой жизни отмечалось у 20,0% женщин (14-15 лет). В 17 лет начали половую жизнь 37,7%. Роды в анамнезе были у 31,4% женщин; искусственные аборт – у 44,4% женщин.

Хронические воспалительные заболевания гениталий – у 15,7%.

Беременность замерла до 5 недель у 42,2%, в 7-8 недель – у 44,4%, в 9-12 недель – у 15,1% женщин. В отделение поступило в плановом порядке (по направлению врачей женской консультации) 54,4% женщин, в ургентном порядке – 45,6%. Получали лечение по поводу угрозы прерывания беременности и находились в стационаре до момента установления факта замершей беременности 22,2% женщин.

Результаты гематологического обследования женщин с замершей беременностью показали, что у 76,7% выявлен латентный дефицит железа, а у 23,3% – железодефицитная анемия. Значение уровня железа в сыворотке крови колебалось от 5,0 до 13,6 мкмоль/л ( $9,78 \pm 2,50$  мкмоль/л). Уровень гемоглобина колебался в пределах от 99 до 130 ( $114,79 \pm 7,90$  г/л). Количество эритроцитов в среднем составило  $3,64 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель –  $0,67 \pm 0,08$ .

Иммунологические показатели у женщин с замершей беременностью статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отмечались снижением относительного количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов в сравнении с контрольной группой, что может указывать на угнетение Т-клеточного звена иммунитета. Обращало на себя внимание повышение числа В-лимфоцитов, иммуноглобулинов классов G и A, снижение IgM ( $p < 0,05$ ).

В результате проведенного анализа полученных данных гематологического исследования установлено, что снижение содержания железа в сыворотке наблюдается и у женщин с уровнем гемоглобина свыше 110 г/л при замершей беременности малого срока, а ухудшение показателя происходит с увеличением срока замершей беременности. К сожалению, в существующих протоколах по тактике ведения беременных с анемией включают только такую нозологию как железодефицитная анемия, а железодефицитные состояния не выделяются. А железо, помимо участия в переносе кислорода в составе гемоглобина, играет важную роль во многих биохимических процессах. Поэтому выявление на ранних стадиях беременности дефицита железа и проведение корригирующей терапии у данной группы пациентов может явиться шагом к снижению числа замерших беременностей.

Изменения иммунологических показателей наиболее выражены у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе (повторяющейся 2-3 и более раз) и при железодефицитной анемии.

## ВЫВОДЫ

1. Проведенное нами исследование показало имеющийся дефицит железа в сыворотке крови у женщин с замершей беременностью ещё при показателях гемоглобина выше 110 г/л.

2. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости раннего (4-6 недель) скрининга уровня

сывороточного железа, гемоглобина и цветного показателя в процессе беременности и особенно при угрозе её прерывания 1 раз в 2 недели для своевременного выявления железодефицитных состояний и его коррекции железосодержащими препаратами.

3. Изменения в иммунологическом статусе у женщин с замершей беременностью и железодефицитной анемией дают основания для проведения иммунокорректирующей терапии у данной группы пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеенко И. Ф. Железодефицитные состояния / И. Ф. Алексеенко. – М., 1996. – 189 с.

2. Дворецкий В. Я. Железодефицитная анемия / В. Я. Дворецкий. – М. : Ньюдиамед, 1998. – 370 с.

3. Замершая беременность у женщин крупного промышленного города / Н. С. Золотухин, О. Г. Курито, И. А. Рогов [и др.] // Збірн. наук. праць Асоціації акушерів гінекологів України. – Київ : Інтермед, 2009. – С. 274–276.

4. Миляев Н. Лечение железодефицитной анемии у беременных / Н. Миляев, А. Александрова // Акушерство и гинекология – 1999. – № 3. – С 41–44.

5. Шехтман М. Н. Руководство по экстрагениальной патологии у беременных / М. Н. Шехтман. – Изд. 3-е. – М. : «Триада», 2005. – 816 с.