

ЧАСТОТА ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИСХОД РОДОВ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Джаббарова Ю.К., Исмоилова Ш.Т.

ТЕМИР ТАНҚИС КАМҚОНЛИКЛИГИ МАВЖУД ҚИШЛОҚДА ЯШОВЧИ АЁЛЛАРДА, ПРЕЭКЛАМПСИЯНИ УЧРАШ САЛМОҒИ ВА ТУҒРУҚ НАТИЖАЛАРИ

Джаббарова Ю.К., Исмоилова Ш.Т.

THE FREQUENCY OF PREECLAMPSIA AND CHILDBIRTH IN RURAL WOMEN SUFFERING FROM IRON DEFICIENCY ANEMIA

Djabbarova Yu.K., Ismoilova Sh.T.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ферганское городское медицинское объединение

Мақсад: амбулатор маълумотларига асосланиб қишлоқ шароитида яшаётган темир танқисли камқонлик мавжуд аёлларда, преэклампсияни учраш салмоғи ва туғруқ натижаларини ўрганишдан иборат. **Материал ва усуллар:** поликлиника шароитида, умумий амалиёт шифокори томонидан Фарғона тумани қишлоқларида яшовчи, 94 нафар темир танқисли камқонликлиги мавжуд аёлларда, ҳомиладорликни кечиси ва туғруқ якуни клиник-статистик таҳлил қилинди. Рақамли материал вариацион статистика усулида қайта ишланди. **Натижа:** ЖССТ (2011) таснифи бўйича, сурункали камқонлик енгил даражаси (68,0%) ва ўртача оғирликда (32,0%) да учраши аниқланди. Кўпинча эндемик буқоқ (85,1%) ўткир ва сурункали инфекциялар (85,1%) учраши аниқланиб ушбу касалликлар камқонлик ривожланишида сабабчи бўлиши мумкинлигини такидлаб ўтиш мумкин. **Хулоса:** темир танқислиги анемияси ҳомиладорлик муддатига етмаслиги (48,9%) ва преэклампсия ривожланишида (17%) да юқори хавф омилли бўлиб ҳисобланади. Кесарча кесишни салмоғи 19,1% ташкил этди. Темир препаратларини олган ёки олмаган барча ҳомиладорларда туғруқ пайтида, камқонлик бартараф этилмаганлигини гувоҳи бўлди, бу ўз навбатида прекоцепцион даврда соғломлаштириш ва антенатал парвариш сифатини ошириш лозимлигидан далолат.

Калит сўзлар: сурункали темир моддаси етишмаслиги анемияси, қишлоқда яшовчи аёллар, ҳомиладорлик, туғруқ.

Purpose: To study the frequency of preeclampsia and outcomes in rural women suffering from iron deficiency anemia, according to an outpatient unit. **Material and methods:** A clinical and statistical analysis of the course of pregnancy and childbirth carried out in 94 women - rural residents of the Fergana region, who registered with a general practitioner in a polyclinic unit. Digital material processed by the method of variation statistics. **Results:** Chronic anemia according to the WHO (2011) classification of mild (68.0%) and moderate severity (32.0%) detected. The most frequently diagnosed endemic goiter (85.1%), acute and chronic infections (85.1%), which could be the cause of anemia. **Conclusions:** Iron deficiency anemia occurs in a high risk of miscarriage (48.9%) and the development of pre-eclampsia (17%). The caesarean section rate was 19.1%. In all pregnant women who received and did not receive iron supplements, by the time of delivery, anemia was not stopped, which indicates the need for recovery in the preconceptional period and improving the quality of antenatal care.

Key words: Chronic iron deficiency anemia, rural women, pregnancy, childbirth.

В практическом акушерстве железодефицитные анемии (ЖДА) у беременных и родильниц остаются весьма актуальной проблемой. Во всем мире частота анемии колеблется от 25 до 50%, в развивающихся странах – от 35 до 75%, в развитых странах составляет 18-20% [5]. Средний показатель частоты развития анемии в Российской Федерации достигает 32% [1]. У жительниц Центрально-Азиатских республик беременность в большинстве случаев протекает на фоне ЖДА. Так, распространенность ЖДА в Узбекистане среди беременных и женщин репродуктивного возраста достигает 60-90%, а среди умерших матерей – 97-98% [6].

Известно, что анемия отягощает течение беременности и родов, что обусловлено дефицитом железа и хронической гипоксией, отрицательно влияющих на организм матери, способствует развитию преэклампсии, невынашиванию, слабости родовой деятельности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП), кровотечений

в послеродовом периоде, послеродовых септических заболеваний, перинатальных осложнений [4,7,9,13]. Центр контроля заболеваний США рекомендует считать нижней границей нормы уровень гемоглобина в I и II триместрах 110 г/л, а во II – 105 г/л, принимая во внимание физиологическую гемодилюцию [10].

Важным в лечении анемии и профилактике осложнений беременности является ранняя диагностика заболевания и лечение легких форм в антенатальном периоде в амбулаторных условиях. Однако данных о дородовой подготовке беременных, страдающих анемией, в амбулаторных условиях недостаточно.

Цель исследования

Изучение частоты преэклампсии и исходов родов у сельских жительниц, страдающих ЖДА, по данным амбулаторного звена.

Материал и методы

Нами проведен клинико-статистический анализ течения беременности и родов у 94 женщин, житель-

ниц села Ферганского района, состоявших на учете у врача общей практики в поликлиническом звене. В I триместре беременности на учет встали 84 женщины, во II триместре – 10. У всех беременных клинически и по лабораторным данным диагностирована ЖДА. В соответствии с рекомендациями ВОЗ анемия легкой степени диагностировалась при содержании гемоглобина от 110 до 90 г/л, анемия средней степени тяжести – при уровне гемоглобина от 90 до 70 г/л, тяжелой степени анемия – при уровне гемоглобина менее 70 г/л [15]. У 57 беременных, вставших на учет в I триместре беременности, диагностирована хроническая анемия легкой (67,9%), у 27 – средней тяжести (32,1%). Из 10 женщин, вставших на учет во II триместре беременности, анемия легкой степени отмечалась у 8 (80%), средней степени тяжести – у 2 (20%).

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Среди сельских жительниц анемия легкой степени выявлена у 64 (68,0±4,7%), средней степени – у 29 (32±4,7%). Беременные были преимущественно в возрасте от 20 лет до 30 лет – 82,0±3,9%, старше 30 лет – 18,0±3,9%. Первородящих и повторнородящих было одинаковое число: соответственно 46 (48,9±5,1%) и 48 (51,1±5,1%). Однако, следует отметить, что среди первородящих ЖДА легкой степени отмечалась достоверно в 1,9 раза чаще (у 30/65,2±7,0%) чем ЖДА средней степени тяжести (у 16/34,8±7,0%) ($p<0,01$). У повторнородящих анемия легкой степени выявлялась в 2,4 раза достоверно чаще ($p<0,001$), чем ЖДА средней степени тяжести – соответственно у 34 (70,8±6,5%) и 14 (29,2±6,5%).

У 80 (85,1±3,7%) жительниц села встречался эндемический зоб, у 31 (33%) – острые и хронические инфекции, в том числе ОРИ, трахеобронхит, у 24 (25,5%) – хронический пиелонефрит, у 22 (23,4%) – синуситы, у 3 (3,2%) – хронический гепатит, которые могли быть причиной хронической анемии. Другие экстрагенитальные заболевания (варикозная болезнь, миопия, ожирение, паховая грыжа, пролапс митрального клапана) встречались редко и имели место у 10 (10,6%) беременных (табл. 1).

Таблица 1
Частота экстрагенитальной патологии у сельских жительниц, страдающих ЖДА, $n=94$

Заболевание	Число больных, абс. (%)
Эндемический зоб	80 (85,1±3,7)
ОРИ, трахеобронхит	31 (33,0±4,8)
Синуситы	22 (23,4±4,3)
Хронический гепатит	3 (3,2±1,8)
Миопия	3 (3,2±1,8)
Пролапс митрального клапана	1 (1,1±1,0)
Ожирение	1 (1,1±1,0)
Варикозная болезнь	4 (4,2±2,0)
Паховая грыжа	1 (1,1±1,0)

Всем беременным рекомендовали принимать пищу, обогащенную белком, железом и витаминами, а также с ранних сроков беременности их обеспечивали бесплатно витаминно-минеральным комплексом Витрум Пренатал. Железосодержащие препараты (ферромас, сорбифер, феррофер, гемо-

фер, гинотардиферон) принимали 37 беременных, остальные 57 женщин не получали медикаментозную терапию по разным причинам. К концу III триместра среди леченых уровень гемоглобина повысился у 7 (18,9%), практически не изменился у 19 (51,4%), снизился у 11 (29,7%). Анемия легкой степени была у 19 (51,4%), средней степени тяжести – у 18 (48,6%). Полученные данные свидетельствуют о низкой эффективности проведенной терапии. По данным литературы, эффективность лечения рекомендуется контролировать через 2 недели и оценивать позитивно, если регистрируется подъем уровня гемоглобина на 10 г/л, что позволяет продолжать терапию [8,12]. При отсутствии эффекта необходимо проводить дополнительные исследования или оценить комплаентность приема препарата пациенткой. Ни одной нашей пациентке не было назначено парентеральное введение препаратов железа, хотя внутривенные препараты железа рекомендуют назначать, если уровень гемоглобина не поднимается на 10 г/л за 2 недели (метод второго выбора); уровень гемоглобина исходно менее 90 г/л в сроке более 14 недель беременности (метод первого выбора) и если уровень гемоглобина ниже 90 г/л в III триместре [3].

Среди беременных, не получавших ферротерапию, снижение содержания гемоглобина отмечалось у 34 (59,7%), без изменения – у 20 (35,1%), незначительное повышение зарегистрировано у 3 (5,3%). К моменту родов анемия легкой степени сохранялась у 33 (57,9%), средней степени тяжести – у 24 (42,1%). Результаты наших наблюдений подтверждают данные литературы о том, что одной диетотерапией ЖДА вылечить невозможно [14].

Данные о характере осложнений беременности и исход у сельских жительниц, страдающих ЖДА, представлены в таблице 2.

Таблица 2
Осложнения беременности и исход у сельских жительниц, страдающих ЖДА, $n=94$

Характер осложнения	Число больных, абс. (%)
Угроза прерывания	46 (48,9±5,1)
ОРИ	4 (4,2±2,0)
Рубец на матке после кесарева сечения	6 (6,4±2,5)
Преэклампсия	16 (17,0±3,9)
Многоводие	4 (4,2±2,0)
Маловодие	2 (2,1±1,4)
Двойня	3 (3,2±1,7)
Низкая плацентация	3 (3,2±1,7)
Преждевременная отслойка низко расположенной плаценты	1 (1,1±1,0)
Исход родов	
Срочные	89 (94,7±2,3)
Преждевременные	5 (5,3±2,3)
Кесарево сечение	18 (19,1±4,0)
Антенатальная гибель плода	2 (2,1±1,4)

Как видно из таблицы, течение беременности осложнилось угрозой прерывания у 46 (48,9±5,1%) женщин, патологией амниона – у 6 (6,4±2,0%), низкой плацентацией – у 3 (3,2±1,7%), двойней – у 3 (3,2±1,7%). ЖДА у матери увеличивает риск преждевременных родов [2]. Преэклампсия, развившаяся у 16 (17,0±3,9%), не зависела от степени тяжести анемии. Преэклампсия легкой степени была у 12 (12,8%), тяжелой – у 4 (4,2%), что намного боль-

ше, чем приводится в литературе. По данным Ю.Э. Доброхотовой, И.В. Бахаревой [5], при анемии легкой степени (Hb 90-110 г/л) преэклампсия отмечалась у 7,2% беременных, тогда как среди здоровых – у 4%. Преждевременная отслойка низко расположенной плаценты произошла у 1 беременной, антенатальная гибель плода – у 2 (2,1%) женщин.

Срочные роды имели место у 89 (94,7±2,3%) женщин, преждевременные роды – у 5 (5,3±2,3%). Риск преждевременных родов у беременных с анемией возрастает в 2 раза, а риск рождения ребенка с низкой массой тела – в 3 раза [11]. Индукция родов при длительном безводном периоде проведена у 1 женщины, роды через естественные родовые пути произошли у 76 (80,9%). Родоразрешены путем кесарева сечения 18 (19,1±4,0%) беременных, из них в плановом порядке – 11, в экстренном – 7. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были рубец на матке после кесарева сечения у 6, тазово-головная диспропорция – у 3, тяжелая преэклампсия – у 2, неудовлетворительное состояние плода – у 2, преждевременная отслойка низко расположенной плаценты – у 1, ягодичное предлежание – у 1, миопия высокой степени – у 1, двойня – у 1, длительное бесплодие – у 1.

Родилось 97 новорожденных, из них 53 (54,6±5,0%) мальчика и 44 (45,4±5,0%) девочки. С массой тела до 1500 г 1 (антенатально погиб), от 1500 до 2499 г – 4, от 2500 до 3999 г – 88, более 4000 г – 4. В удовлетворительном состоянии выписаны домой на 3-5-е сутки 70 матерей, на 6-7-е сутки – 14, на 10-15-е сутки – 10.

Выводы

1. У большинства сельских жительниц, вставших на учет в I триместре беременности, диагностирована хроническая анемия легкой (67,9%) и средней тяжести (32,1%). Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто выявлялись эндемический зоб (85,1%), острые и хронические инфекции (85,1%), которые могли быть причиной анемии. На фоне ЖДА наиболее частым осложнением беременности были угроза прерывания (48,9%) и преэклампсия (17%).

2. У всех беременных, получавших и не получавших препараты железа, к моменту родов анемия не была купирована, что свидетельствует о необходимости повышения качества антенатального ухода. В связи с тем, что у всех беременных имела место хроническая анемия, первоочередное значение имеют диагностика и лечение сопутствующих заболеваний и железодефицитной анемии в прекоцепционный период и в ранние сроки беременности.

Литература

- Бахарева И.В. Профилактика и лечение анемии беременных: результаты использования витаминно-минеральных комплексов (по данным Российской многоцентровой неинтервенционной программы «Прогностик») // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2017. – Т. 17, №3. – С. 66-73.
- Виноградова М.А. Железодефицитная анемия во время беременности: особенности терапии // Мед. совет. – 2017. – №20. – С. 194-197.
- Давыдова Ю.В. Огородник А.А. Современные подходы к профилактике и лечению железодефицитных анемий при беременности в XXI веке // Репрод. эндокринолог. – 2013. – №2 (10). – С. 46-50.

4. Джаббарова Ю.К., Джуманиязов К.А. Борьба с железодефицитной анемией как профилактика акушерских кровотечений // Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья. – 2009. – №2. – С. 15-16.

5. Доброхотова Ю.Э., Бахарева И.В. Железодефицитная анемия: профилактика и лечение при беременности // Леч. дело. – 2016. – №3. – С. 20-23.

6. Курбанов Д.Д., Рахманова Д.Р., Алиева Т.М. Ретроспективный анализ уровня здоровья и исхода беременности у женщин с хроническим пиелонефритом и железодефицитной анемией // Новости дерматовенерол. и репрод. здоровья. – 2004. – №4. – С. 43-45.

7. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., Побединская О.С. Железодефицитная анемия как фактор риска плацентарной недостаточности и перинатальных осложнений // Акуш. и гин. – 2016. – №12. – С. 125-130.

8. Bader D., Kugelman A., MaorRogin N. et al. The role of high-dose oral iron supplementation during erythropoietin therapy for anemia of prematurity // J. Perinatol. – 2001. – Vol. 21, №4. – P. 215-220.

9. Calderón Guillén J., Vega Malagón G., Velásquez Tlapanco J. et al. Maternal risks factors associated with pre-term childbirth // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. – 2005. – Vol. 43, №4. – P. 339-342.

10. Centers for Disease Control and Prevention: Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States // MMWR. – 1998. – Vol. 47, №1. – 10 p.

11. Cogswell M.E., Looker A.C., Pfeiffer C. et al. Assessment of iron deficiency in US preschool children and nonpregnant females of childbearing age: National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2006 // Amer. J. Clin. Nutr. – 2009. – Vol. 89, №6. – P. 1334-1342.

12. Isler M., Delibas N., Guclu M. et al. Superoxide dismutase and glutathione peroxidase in erythrocytes of patient with iron deficiency anemia: effects of different treatment modalities // Croatian Med. J. – 2002. – Vol. 43, №1. – P. 16-19.

13. Khan M.M. Effect of maternal anaemia on fetal parameters // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. – 2001. – Vol. 13, №2. – P. 38-41.

14. PenaRosas J.P., Viteri F. Effects and safety of preventive oral iron or iron+folic acid supplementation for women during pregnancy // Cochrane Database Syst. Rev. – 2009. №4. – P. 5.

15. World Health Organization et al. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity. – 2011. – 6 p.

ЧАСТОТА ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИСХОД РОДОВ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЬНИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Джаббарова Ю.К., Исмоилова Ш.Т.

Цель: изучение частоты преэклампсии и исхода родов у сельских жительниц, страдающих железодефицитной анемией, по данным амбулаторного звена. **Материал и методы:** проведен клиничко-статистический анализ течения беременности и родов у 94 женщин – сельских жительниц Ферганского района, состоящих на учете у врача общей практики в поликлиническом звене. **Цифровой материал** обработан методом вариационной статистики. **Результаты:** выявлена хроническая анемия по классификации ВОЗ (2011) легкой (68,0%) и средней степени тяжести (32,0%). Наиболее часто диагностировались эндемический зоб (85,1%), острые и хронические инфекции (85,1%), которые могли быть причиной анемии. **Выводы:** железодефицитная анемия члается является фактором высокого

риска невынашивания беременности (48,9%) и развития преэклампсии (17%). Частота кесарева сечения составила 19,1%. У всех беременных, получавших и не получавших препараты железа, к моменту родов анемия не была купирована, что свидетельствует о необходимости оздо-

вления в прекоцепционный период и повышения качества антенатального ухода.

Ключевые слова: хроническая железодефицитная анемия, сельские жительницы, беременность, роды.

