

МІКРОЕЛЕМЕНТНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Маркевич В.В., лікар

Науковий керівник – проф. Вдовиченко Ю.П.

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
кафедра акушерства, гінекології і перинатології*

Сумський міський клінічний пологовий будинок

Для визначення ролі у розвитку анемії у вагітних дефіциту та дисбалансу мікроелементів (залізо, мідь, цинк, кобальт, нікель) досліджували їх вміст у сироватці крові та еритроцитах.

У I триместрі вагітності при анемії у сироватці крові має місце значне зниження вмісту заліза та цинку, а також тенденція до зниження міді, кобальту і нікелю. В еритроцитах зменшується вміст заліза, кобальту та нікелю, а міді - підвищується. Вивчення співвідношення сироватково-еритроцитарного вмісту мікроелементів вказує на дисбаланс міді, цинку, кобальту. Для міді і цинку воно зменшується майже удвічі, а для кобальту і нікелю - навпаки підвищується. Це свідчить про наявність мікроелементозу при анемії уже у I триместрі.

У II триместрі сироватковий вміст міді підвищується. Вміст цинку у три рази, а кобальту у два рази нижчий ніж у здорових вагітних жінок. В еритроцитах спостерігається подальше зменшення заліза, нікелю та кобальту. Вміст останнього був майже у 6-7 разів меншим ніж у здорових вагітних у I та II триместрах. Виявляються порушення сироватково-еритроцитарного вмісту заліза, нікелю та особливо цинку і кобальту.

У III триместрі сироватковий та еритроцитарний вміст заліза та міді не змінюється. Зменшується вмісту цинку, кобальту та нікелю у сироватці і в еритроцитах, а еритроцитарний вміст кобальту підвищується. Зберігається сироватково-еритроцитарний дисбаланс заліза, цинку, кобальту та нікелю.

Отже для вагітних з анемією властивий значний дисбаланс мікроелементів (мікроелементоз). Тому при ЗДА у вагітних важливим є відновлення вмісту і балансу заліза та інших мікроелементів.