

Различия феррокинетических показателей между группами: СЖ – $14,4 \pm 6,7$ и $11,1 \pm 4,3$ мкмоль/л ($p < 0,001$); ОЖСС – $74,9 \pm 13,8$ и $81,8 \pm 13,2$ мкмоль/л ($p < 0,05$); КНТ – $20,1 \pm 11,5$ и $13,9 \pm 6,4\%$ ($p < 0,001$).

Таким образом, у всех женщин к концу беременности формируются признаки железодефицитного состояния, требующие проведе-

ния профилактических мероприятий с начала беременности.

При лечении ЖДА у беременных компенсация наступает к концу третьего триместра при отсутствии формирования тканевых запасов железа, что требует продолжения терапии препаратами железа после завершения лактационного периода.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЖДА У БЕРЕМЕННЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА)

**Крючкова А. В.,
Пятницина С. И.,
Кондусова Ю. В.**

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»
Минздравсоцразвития России

Железодефицитная анемия (ЖДА) остается серьезной проблемой экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку частота заболевания не снижается. Распространенность анемии беременных составляет 15–80 и 20–40% родильниц. При длительном течении анемии нарушается функция плаценты, развивается плацентарная недостаточность. Часто присоединяется гестоз у 40–50%; преждевременные роды наступают у 11–42%; гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10–15%; гипотонические кровотечения в родах возникают у 10% рожениц; послеродовый период осложняется гипогалактией у 38% родильниц. Кроме того, недостаточное депонирование железа в антенатальном периоде является одной из причин развития дефицита железа и анемии у грудных детей.

Цель – провести сравнительную оценку эффективности лечения беременных с ЖДА легкой степени тяжести препаратом двухвалентного железа «Ферро-Фольгаммой» и препаратом полимальтозного комплекса гидроокиси трехвалентного железа «Мальтофером».

Под наблюдением находилось 45 беременных с ЖДА. В 1-ю группу включено 25 женщин с ЖДА легкой степени тяжести, которые получали препарат «Ферро-Фольгамма» по 1 капсуле 2 раза в сутки, что соответствует 75 мг элементарного железа в сутки. Средняя продолжительность лечения составила $53,3 \pm 2,7$ дня. Во 2-ю группу включено 20 беременных с ЖДА легкой степени, которые получали препарат «Мальтофер» по 1 таблетке 2 раза в сутки (200 мг элементарного железа в сутки).

У каждой беременной до начала приема препарата железа и через 1,5–2 месяца после начала приема проводилось определение гематологических параметров: уровня гемоглобина (Hb), гематокрита (Ht), эритроцитов (RBC); феррокинетических параметров: уровень сывороточного железа (СЖ), ферритина (СФ), трансферрина (ТФ), а также высчитывался коэффициент насыщения трансферрина железом (КНТ).

Определение концентрации сывороточного железа и трансферрина осуществлялось на биохимическом анализаторе с использованием стандартных реактивов. Концентрацию ферритина в сыворотке больных определяли методом иммуноферментного анализа.

Статистическая обработка полученных результатов выполнялась с использованием компьютера.

Средний возраст беременных в 1-й и 2-й группах составил $29,7 \pm 1,4$ и $26,5 \pm 2,1$ года соответственно ($p > 0,05$). Срок начала лечения – от 16 до 30 недель беременности.

Анализ особенностей менструальной функции, частоты перенесенных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также частоты осложнений настоящей беременности не выявил достоверных различий у пациенток обеих групп.

При взятии под наблюдение пациентки с ЖДА предъявляли жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, одышку при легкой физической нагрузке, головокружение. В результате лечения препаратами железа частота указанных жалоб уменьшилась во всех группах независимо от вида препарата. Ни у кого из беременных не

было отмечено побочных эффектов на фоне приема препаратов «Ферро-Фольгамма» или «Мальтофера».

Исходное значение гемоглобина в группе беременных колебалось от 95 до 110 г/л и в среднем составило $100,5 \pm 2,1$ г/л. Уровни гематологических показателей до и после лечения у беременных 1-й и 2-й группы достоверно не различались ($p > 0,05$): уровень гемоглобина после лечения составил в 1-й группе $116,3 \pm 1,5$ г/л; а во 2-й группе $117,6 \pm 1,6$; RBC – $10^{12}/л$ после лечения составил в 1-й группе $3,59 \pm 0,5$; а во 2-й группе $3,66 \pm 0,6$; уровень гематокрита после лечения составил в 1-й группе $32,9 \pm 0,5\%$; а во 2-й группе $33,7 \pm 0,46\%$. Достоверные различия между группами выявлены только по исходному уровню СФ, который составил $18,3 \pm 1,3$ мкг/л во 2-й группе, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в 1-й группе ($11,3 \pm 1,2$ мкг/л).

После лечения достоверно возросли уровни СЖ, КНТ и СФ в обеих группах, достигнув нормативных значений, существенно они не различались

($p > 0,05$). Достоверных различий между группами беременных с ЖДА легкой степени, пролеченных разными препаратами железа, при одинаковой продолжительности лечения не было.

Полученные результаты показывают, что соотношение между оптимальным содержанием двухвалентного железа, фолиевой кислоты и цианокобаламина в одной капсуле «Ферро-Фольгаммы» позволяет добиться отличных результатов в лечении ЖДА легкой степени у беременных при суточной дозе 75 мг элементарного железа, в то время как для достижения такого же эффекта при лечении препаратом полимальтозного комплекса гидроксили трихвалентного железа «Мальтофером» необходимо 200 мг элементарного железа в сутки. Наличие в препарате Ферро-Фольгамма» фолиевой кислоты и цианокобаламина является его дополнительным преимуществом, так как при ЖДА у беременных часто имеет место недостаток многих витаминов, и прежде всего участвующих в кроветворении. Мы убедились в целесообразности и высокой эффективности применения «Ферро-Фольгаммы®» для лечения ЖДА в акушерской практике.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ГЕНЕЗЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Кулавский Е. В.,
Кулавский В. А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрасоцразвития России

Среди важнейших проблем перинатального акушерства одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов, так как они определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости. Перинатальная смертность недоношенных новорожденных во много раз выше, чем доношенных.

Проблема преждевременных родов также имеет психосоциальный аспект, так как рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются тяжелой психической травмой для матери. Женщины, потерявшие ребенка, ощущают тревогу за исход последующей беременности, чувство собственной вины, что в конечном итоге приводит к заметному уменьшению их жизненной активности, конфликтам в семье, а часто и к отказу от последующей беременности. В этой связи проблема преждевременных родов рассматривается не только как медицинская, но и как социальная. Огромное социальное значение приобретает вопрос преждевременных родов в связи с высокой стоимостью выхаживания недоношенных детей.

Целью исследования явилось изучение причин преждевременных родов у 150 первобеременных без экстрагенитальной патологии и позднего гестоза. Большинство обследованных имели нормальный женский морфотип, правильное телосложение, и только 7 из них страдали ожирением. У 65 женщин прерывание беременности произошло на сроке 28–33 недели, у 85 – 34–37 недель. Из 150 женщин 18,3% были в возрасте 15–19 лет, 62,4% – 20–24 года, 12,1% – 25–29 лет и 7,2% – старше 30 лет.

По социальному положению большинство обследованных были служащими (44,5%), 37,5% – рабочими и 18% – учащимися. Анализ перенесенных заболеваний показал, что 12,6% женщин ничем не болели, 70% имели инфекционный индекс 1–2, 16,6% – 3–4. Обращает на себя внимание тот факт, что у 28% беременных выявлен хронический тонзиллит, а 72% женщин неоднократно болели гриппом и ОРЗ.

Возраст менархе колебался от 11 до 18 лет: у 32% он составил 11–12 лет, у 60,7% – 13–15 и у