

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Статистика современных методов контрацепции в федеральных округах России / Токова З.З., Прилепская В.Н., Гата А.С., Куземин А.А. // Гинекология. – 2016. – Т.18, №4. – С. 68-71.
2. Данные Росстат. (Электронный ресурс) - Электронные данные - Режим доступа: <https://rosstat.gouru/folder/13721>
3. Репродуктивное поведение студенческой молодежи: мифы и реальность / Прохорова О. В., Лаврентьева И. В., Обоскалова Т.А. // Вестник уральского государственного медицинского университета. Екатеринбург: УГМУ. - 2015. №2– 3(29-30) – С. 253-255.

Сведения об авторах

М.Н. Демакова – студент

Д.В. Останин – студент

А.А. Шубина – студент

Е.Э. Лайковская – кандидат медицинских наук, доцент

Е.А. Росюк – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

M.N. Demakova – student

D.V. Ostanin – student

A.A. Shubina – student

E.A. Laykovskaya - Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

E.A. Rosyuk - Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

УДК: 618.3–06

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НА ЭТАПЕ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ - ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Наталья Ростиславовна Демина¹, Марина Геннадьевна Аскерова²

^{1,2}ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия

²Областной перинатальный центр ГБУЗ СО ОДКБ №1 г. Екатеринбурга, Россия

¹natacha-de@mail.ru

Аннотация

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) относится к числу глобальных проблем современного здравоохранения, в частности акушерства, поскольку занимает одно из лидирующих мест по влиянию на материнскую и перинатальную смертность и других неблагоприятных исходов беременности. ЖДА является одним из наиболее частых осложнений гестационного периода и развивается у 15–80% беременных. **Цель исследования** - уточнить частоту осложнений течения беременности и родов у женщин с железодефицитной анемией. **Материалы и методы.** Объектом исследования выбраны 129 женщины послеродового отделения ОПЦ ОДКБ №1 г. Екатеринбурга. Проводилась работа с медицинскими картами и опрос, на основании которых

выделены две исследуемые группы: 1 группа – 68 женщин, поступившие на роды с ЖДА тяжелой, средней и легкой степени, 2 группа – 61 женщина, которые поступили без анемии, но им было проведено лечение на этапе прегравидарной подготовки. **Результаты.** Среди пациенток 1 группы значимо чаще встречались: многоводие (8,8%), ХФПН (11,5%), гипоксия плода (13,2%), крупный плод (8,8%), СЗРП 1 степени (10,3%), угроза невынашивания беременности (5,8%). Преждевременные роды, первичная и вторичная слабость родовой деятельности, разрывы промежности 1–2 ст., лохиометра - наблюдались значимо реже среди женщин группы 2. Некоторые показатели анамнеза (недостаточное белковое питание, хронические заболевания ЖКТ, нарушение менструального цикла, обильные менструации) значимо чаще встречались среди женщин с ЖДА. **Обсуждение.** У женщин без лечения ЖДА до наступления беременности, значительно чаще развивается патологии плаценты, нарушение развития плода, угроза прерывания беременности и нарушение адаптационно-компенсаторных механизмов у новорожденных. Правильное питание, лечение хронической патологии и гинекологических нарушений будут являться необходимым компонентом профилактики осложнений беременности. **Выводы.** Своевременная диагностика и лечение ЖДА способствуют благоприятному течению и исходу последующей беременности.

Ключевые слова: железодефицитная анемия (ЖДА), беременность, прегравидарная подготовка.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AT THE STAGE OF PRE-PREGNANCY PREPARATION - PREVENTION OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH COMPLICATIONS

Natalia R. Demina¹, Marina G. Askerova²

^{1,2}Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

²Regional perinatal center GBUZ SO Regional Children's Clinical Hospital №1, Yekaterinburg, Russia

¹natacha-de@mail.ru

Abstract

Introduction. Anemia is one of the global problems of modern health care, in particular obstetrics, as it occupies one of the leading places in terms of its impact on maternal and perinatal mortality and other adverse pregnancy outcomes. Anemia is one of the most common complications of the gestational period and develops in 15–80% of pregnant women. **The aim of the study** - to clarify the frequency of complications during pregnancy and childbirth in women with iron deficiency anemia. **Materials and methods.** The object of the study was 129 women of the postpartum department of the Regional perinatal center GBUZ SO Regional Children's Clinical Hospital №1 in Yekaterinburg. Work was carried out with medical records and a survey, on the basis of which two study groups were identified: group 1 - 68 women admitted for childbirth with severe, moderate and mild IDA, group 2 - 61 women who were admitted without anemia, but had a history of IDA.

Results. Among patients of group 1, the following were significantly more common: polyhydramnios (8.8%), HFPN (11.5%), fetal hypoxia (13.2%), large fetus (8.8%), IUGR 1 degree (10.3%), the threat of miscarriage (5.8%). Premature birth, primary and secondary weakness of labor activity, ruptures of the perineum 1–2 degrees, lochiometer - were observed significantly less often among women in group 2. **Discussion.** In women without IDA treatment before pregnancy, placental pathologies develop much more often, which lead to impaired fetal development, up to the threat of abortion and impaired adaptive-compensatory mechanisms in newborns. Proper nutrition, treatment of chronic pathology and gynecological disorders will be a necessary component in the prevention of pregnancy complications. **Conclusions.** Timely prevention of IDA in the form of its diagnosis and treatment contributes to a favorable course and outcome of subsequent pregnancy.

Keywords: iron deficiency anemia (IDA), pregnancy, pre-gravidar preparation.

ВВЕДЕНИЕ

Железодефицитная анемия (ЖДА) представляет собой одну из серьезных медицинских проблем в силу своей частоты и распространенности. Около 20% населения планеты страдают железодефицитным состоянием [1]. По частоте, прямому и косвенному влиянию на материнскую и перинатальную смертность анемия сохраняет свое значение для общественного здравоохранения в мире. Отмечается неблагоприятное влияние ЖДА на течение и исход гестационного процесса [4]. В конце беременности практически у всех женщин имеется скрытый дефицит железа, в то же время у одной трети из них развивается ЖДА [1]. Около 30% женщин репродуктивного возраста имеют латентный дефицит железа до наступления беременности по причине нерационального питания и регулярных менструаций [3]. Поэтому, для профилактики развития анемии во время беременности, необходима ее своевременная диагностика и лечение до наступления беременности.

Цель исследования – уточнить частоту осложнений течения беременности и родов у женщин с железодефицитной анемией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Областного перинатального центра ОДКБ№1 г. Екатеринбурга. В качестве объекта исследования выбраны 129 женщины послеродового отделения ОПЦ. Проводилась работа с медицинскими картами и опрос, на основании которых были выделены две исследуемые группы: 1 группа – 68 женщин, поступившие на роды с ЖДА тяжелой, средней и легкой степени, 2 группа – 61 женщина, которые поступили без анемии, им было проведено лечение на этапе прегравидарной подготовки. Возраст всех исследуемых пациенток – от 18 до 43 лет. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Excel. Для анализа данных использовался t-критерий Стьюдента, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе исследования был выявлен ряд особенностей течения беременности у исследуемых групп женщин (табл.1). Среди пациенток группы 1, по сравнению с группой 2, значимо чаще встречались: многоводие (8,8%), ХФПН (11,5%), гипоксия плода (13,2%), крупный плод (8,8%) - при отсутствии в анамнезе СД, СЗРП 1 степени (10,3%), угроза невынашивания беременности (5,8%).

Таблица 1

Особенности течения беременности в исследуемых группах

Показатель	Группа 1 n=68		Группа 2 n=61		t-критерий Стьюдента	p
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%		
Многоводие	6	8,8	1	1,6	5,31	p<0,05
Маловодие	7	10,3	5	8,2	2,22	p>0,05
Низкое предлежание плаценты	8	11,7	6	9,8	2,27	p>0,05
Интимное прикрепление плаценты	2	2,9	1	1,6	1,04	p>0,05
ХФПН	8	11,7	5	8,1	3,41	p<0,05
Угроза невынашивания	4	5,8	0	0,0	4,16	p<0,05
Гипоксия плода	9	13,2	6	9,8	3,44	p<0,05
Крупный плод	6	8,8	0	0,0	6,38	p<0,05
Синдром задержки развития плода (СЗРП) 1 степени	7	10,3	1	1,6	6,45	p<0,05

Также выявлены некоторые статистически значимые различия в родах и послеродовом периоде (табл.2). Преждевременные роды, первичная и вторичная слабость родовой деятельности, разрывы промежности 1–2 ст., лохиометра - наблюдались значимо реже среди женщин группы 2, чем в 1 группе.

Таблица 2

Особенности родов и послеродового периода в исследуемых группах

Показатель	Группа 1 n=68		Группа 2 n=61		t-критерий Стьюдента
	Абс.ч. n=18	%	Абс.ч. n=18	%	
Первородящие					
Естественные роды	8	44,0	7	38,9	1,75 (p>0,05)
Кесарево сечение	10	55,0	11	61,1	2,5(p>0,05)
Повторнородящие	Абс.ч. n=50	%	Абс.ч. n=43	%	
Естественные роды	23	46,0	8	18,6	2,23 (p>0,05)
Кесарево сечение	27	54,0	35	81,4	2,35 (p>0,05)
Преждевременные роды	20	29,4	15	24,5	6,94 (p<0,05)

Преждевременное излитие околоплодных вод	17	25,0	19	31,1	2,81 (p>0,05)
Преждевременная отслойка плаценты	4	5,8	4	6,5	0
Слабость родовой деятельности	Абс.ч. n=10	%	Абс.ч. n=7	%	
Первичная	6	60,0	7	100,0	3,84 (p<0,05)
Вторичная	4	40,0	0	0,0	4,93 (p<0,05)
Разрывы промежности 1–2 ст.	7	10,2	3	4,4	4,34 (p<0,05)
Лохиометра	5	7,3	1	1,6	4,42 (p<0,05)
Гипогалактия	4	5,8	2	3,2	2,12 (p>0,05)

Проведена оценка состояния новорожденных детей женщин исследуемых групп (табл.3), при которой выявлено, что среди детей, рожденных от матерей с ЖДА из группы 1, статистически значимо преобладают случаи транзиторного тахипноэ с ДН 1-2 степени, как самого частого осложнения преждевременных родов.

Таблица 3

Состояния новорожденных от исследуемых матерей

Показатель	Группа 1 n=70		Группа 2 n=63		t-критерий Стьюдента	p
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%		
Патологическая убыль в весе	6	8,5	5	7,9	1,09	p>0,05
Транзиторное тахипноэ ДН 1–2 ст.	13	18,5	10	15,8	3,65	p<0,05
Транзиторная гипогликемия	5	7,1	4	6,3	1,08	p>0,05

Также в процессе исследования были выявлены и изучены некоторые особенности анамнеза женщин 1 и 2 группы. В группе 1 значимо чаще, чем в группе 2, наблюдались: недостаточное белковое питание – 22% (t = 2.5, p<0,05), хронические заболевания ЖКТ – 11,7% (t=2.6, p<0,05), нарушение менструального цикла – 8,8% (t = 2.58, p<0,05), обильные менструации – 32,3% (t = 3.2, p<0,05).

ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование роли прегравидарной подготовки на течение беременности, родов и послеродового периода показало, что у женщин, которым не проводилось лечение ЖДА до наступления беременности, значительно чаще развивалась патология плаценты, нарушение развития плода, угроза прерывания беременности, а также повышение частоты преждевременных родов, что в свою очередь привело к нарушению адаптационно-компенсаторных механизмов у новорожденных детей.

Среди исследуемых женщин в группе 1 до наступления настоящей беременности значимо частые случаи недостаточного белкового питания в виде различных диет, постов, вегетарианства, частое потребление фастфуда, быстрых углеводов, могли также усугублять железодефицитное состояние организма женщин. Кроме того, в группе 1, где выявилось большее количество хронических заболеваний со стороны ЖКТ в форме гастрита, дуоденита, мальабсорбции – все это является местом хронического воспаления, которое снижает всасываемость и усвоение белковых компонентов пищи и железа, что также способствует развитию анемии. Поэтому правильное питание и лечение хронической патологии будет являться необходимым компонентом профилактики осложнений беременности. Нарушение менструального цикла, наличие обильных менструаций - преимущественно в группе 1 - которые на прямую влекут за собой дефицит железа, требует обращения к гинекологу для получения соответствующей терапии и устранения больших потерь железа.

ВЫВОДЫ

1.ЖДА тяжелой, средней и легкой степени влечет за собой нарушение течения и исхода гестационного процесса.

2.Наблюдение и эффективное лечение имеющейся ЖДА в качестве прегравидарной подготовки играют значимую роль для благоприятного течения последующей беременности, родов и послеродового периода.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- 1.Лукина Е. А., Ледина А. В., Роговская С. И. Железодефицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику // РМЖ. Мать и дитя. – 2020. – Т. 3., №. 4. – С. 248-252.
- 2.Сурина М. Н. Беременность и анемия тяжелой степени: проблемы диагностики и лечения // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2019. – Т. 4., №. 3. – С. 54–60.
- 3.Sun D, McLeod A, Gandhi S. Anemia in Pregnancy: A Pragmatic Approach. *ObstetGynecolSurv.* –2017; 72(12): 730–737.
- 4.Атаджанян А. С. Анемия у беременных: клиничко-патогенетические подходы к ведению беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66., №. 5. – С. 56–63.

Сведения об авторах

Н.Р.Демина – студент

М.Г.Аскерова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

N. R. Demina – student

M.G. Askerova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

УДК: 618.175

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ