

УДК 618.2

ФЕРРОСТАТАТУС У БЕРЕМЕННЫХ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Екатерина Андреевна Карташова, Юрий Сергеевич Ремезов, Нагима Ергалеевна Шукенова, Анна Валерьевна Воронцова

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Анемии у беременных являются глобальной проблемой современного акушерства, которая требует решения в самые короткие сроки. Не только железодефицитная анемия (ЖДА), но латентный дефицит железа (ЛДЖ) может приводить к развитию серьезных гестационных и перинатальных осложнений. **Цель исследования** – выяснить ферростатус женщин на протяжении беременности и поступающих на родоразрешение в поздние сроки беременности. **Материал и методы.** Исследование проводилось на базе родильного дома Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница №40». Группу обследования составили 100 женщин, находящихся в послеродовом отделении и поступивших в родильный дом на родоразрешение на протяжении периода: декабрь 2022 г. – февраль 2023 г. Набор в группу проводился методом сплошной выборки до достижения необходимого количества родильниц. **Результаты.** Изменения в общем анализе крови, характерные для железодефицита, в том числе и эритроцитарных индексов, были выявлены у 73% женщин, при этом 6,9% женщин от этого числа, имеют диагноз ЛДЖ, а 93,1% женщин имеют диагноз ЖДА. **Выводы.** По результатам анализа обменно-уведомительных карт и опроса женщин было установлена высокая частота выявления ЖДА (у 56%), неэффективная коррекция железодефицита в связи с низким комплаенсом терапии и не принятие во внимание наличия и необходимости коррекции ЛДЖ.

Ключевые слова: беременность, анемия, железодефицит.

FERROSTATUS IN PREGNANT WOMEN IN YEKATERINBURG

Ekaterina A. Kartashova, Yuri S. Remezov, Nagima E. Shukenova, Anna V. Vorontsova

Department of Obstetrics and Gynecology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Anemia in pregnant women is a global problem of modern obstetrics, which needs to be addressed as soon as possible. Not only iron deficiency anemia (IDA), but latent iron deficiency (LD) can lead to the development of serious

gestational and perinatal complications. **The purpose of the study** is to find out the ferrostatus of women during pregnancy and those entering for delivery in late pregnancy. **Material and methods.** The study was conducted on the basis of the maternity hospital of the State Autonomous Healthcare Institution of the Sverdlovsk Region «City Clinical Hospital № 40». The survey group consisted of 100 women in the postpartum department and admitted to the maternity hospital for delivery during the period: December 2022 - February 2023. Recruitment to the group was carried out by continuous sampling until the required number of puerperas was reached. **Results.** Changes in the general blood test, characteristic of iron deficiency, including erythrocyte indices, were detected in 73% of women, while 6.9% of women from this number are diagnosed with LVAD, and 93.1% of women are diagnosed with IDA. **Conclusions.** Based on the results of the analysis of exchange-notification cards and a survey of women, a high incidence of IDA was found (in 56%), ineffective correction of iron deficiency due to low compliance with therapy and not taking into account the presence and need for correction of LV. **Keywords:** pregnancy, anemia, iron deficiency.

ВВЕДЕНИЕ

Анемии у беременных являются глобальной проблемой современного акушерства, которая требует решения в самые короткие сроки [1]. Регистрируется высокая заболеваемость беременных женщин анемией, как в г. Екатеринбурге, Свердловской области, так и РФ – в 2020 г. 35,5% беременных из числа закончивших беременность имели анемию [2]. Известно, что за время беременности потребность в железе неуклонно возрастает до 3-5 мг в сутки и материнское депо за беременность, послеродовой период расходует около 800 - 950 мг железа. После такой потери железа организм сможет восстановить эти запасы, до исходного уровня, только через 4 -5 лет [3]. Не только железодефицитная анемия (ЖДА), но латентный дефицит железа (ЛДЖ) может приводить к развитию серьезных гестационных и перинатальных осложнений [3].

Цель исследования – выяснить ферростатус женщин на протяжении беременности и поступающих на родоразрешение в поздние сроки беременности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе родильного дома Государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Городская клиническая больница №40». Группу обследования составили 100 женщин, находящихся в послеродовом отделении и поступивших в родильный дом на родоразрешение на протяжении периода: декабрь 2022 г. – февраль 2023 г. Набор в группу проводился методом сплошной выборки до достижения необходимого количества родильниц.

Были проанализированы: обменные карты в том числе наличие диагноза «ЖДА» или «ЛДЖ» и срок его постановки, данные лабораторных показателей (гемоглобин, уровень эритроцитов, гематокрит, а также эритроцитарные индексы), истории родов, операционные журналы, данные анамнеза (привычки

и образ жизни, как проводилось планирование беременности и использовались ли витаминно-минеральные комплексы), коррекция ферростатуса – какие препараты железа и как долго пациентка их принимала, переносимость и эффективность восстановления лабораторных показателей); течение беременности, родов и послеродового периода, наличие осложнений в состоянии плода и беременной, становление и характер лактации когда появилось молозиво и молоко, его объём. Для систематизации получения данных при работе с медицинской документацией и родильницами был составлен чек-лист на основании литературных данных об анемии [3].

Постановка диагноза ЖДА или ЛДЖ у беременных на момент анализа обменных карт проводилась в соответствии с критериями ВОЗ и с критериями в клинических рекомендациях МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021 г.) [4].

На первом этапе исследования мы проанализировали результаты оценки и коррекции ферростатуса на протяжении беременности.

Подбор критериев статистического анализа полученных данных для выявления различий между группами был проведен в зависимости от варианта распределения данных и количества человек в группах. Статистический анализ проводился в программах MS Excel и Gretl (2023a). На данном этапе работы использовался расчет относительных показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании выставленных на протяжении беременности диагнозов из обменной карты состояние ферростатуса было следующим: 56 женщин (56%) имели диагноз ЖДА, поставленный на протяжении беременности и 5 пациенток (5%) – диагноз ЛДЖ, поставленный во время гестации; у 49 женщин (49%) в обменной карте не было упоминаний о ЖДА или ЛДЖ на протяжении беременности. Однако, у одной женщины, не имевшей на протяжении беременности диагноза ЖДА или ЛДЖ, в последнем анализе, сданном при сроке 32-33 недели было зафиксировано снижение гемоглобина менее 110 г/л, но упоминания об этом в диагнозе на последнем перед госпитализацией приеме не было. Все женщины, имевшие диагноз ЛДЖ, наблюдались во время беременности только в частных медицинских центрах г.Екатеринбурга, тогда как диагноз ЖДА был выставлен преимущественно в женских консультациях г. Екатеринбург.

На момент поступления в соответствии с имеющимися результатами последнего сданного в III триместре общего анализа крови уровень гемоглобина ниже 110 г/л (постановка диагноза ЖДА в соответствии рекомендациями ВОЗ) был обнаружен у 43 пациенток (43%), из них уровень гемоглобина менее 105 г/л (постановка диагноза ЖДА в соответствии с Клиническими рекомендациями МЗ РФ «Железодефицитная анемия» (2021 г.)) – у 18 пациенток, а равный 105 г/л – у 4 обследованных. В обменных картах всех этих женщин стоял диагноз ЖДА.

Женщинам с установленным диагнозом ЖДА или ЛДЖ были назначены препараты железа.

При наличии ЖДА всем беременным были назначены препараты, содержащие: сульфат железа эквивалентный 100 мг Fe 2+ с 60 мг аскорбиновой

кислоты, или 100 мг железа в виде суспензии/жевательных таблеток, содержащих пальматозный комплекса гидроксида железа. Прием сульфата железа сочетался с побочными эффектами, преимущественно в виде обстипации, что привело к отказу от приема препарата и, как к следствию, отсутствию эффективности коррекции ферростатуса. Применение пальматозный комплекса гидроксида железа во всех случаях привело к восстановлению уровня гемоглобина и нормальным эритроцитарным индексам. Средний срок начала приема препаратов железа при ЖДА составил 14,5 недель. В итоге, из пациенток, имевших диагноз ЖДА к моменту госпитализации имели уровни гемоглобина и эритроцитарных индексов в пределах референсных значений только у 13 женщин, а 8 беременных хотя и имели уровень гемоглобина более 110 г/л, значения среднего объема эритроцитов и коэффициент вариации распределения эритроцитов по объему у них отличались от нормы – менее 81 фл и более 11,6% соответственно.

При наличии ЛДЖ коррекция железодефицита проводилась только у 3 пациенток из 5, преимущественно самостоятельно без назначения лечащего врача (2 человека из 3). Препараты, принимаемые пациентками, содержали: сульфат железа эквивалентный 100 мг Fe 2+ с 60 мг аскорбиновой кислоты, или 100 мг железа в виде суспензии/жевательных таблеток, содержащих пальматозный комплекса гидроксида железа. Все пациентки переносили препараты хорошо, без побочных эффектов, которые могли бы привести к отмене препарата. Средний срок начала приема препаратов железа в данной группе – 31,7 недель.

Среди женщин, не имевших на протяжении беременности диагноза ЖДА или ЛДЖ (49 беременных), в последнем общем анализе крови несмотря на уровень гемоглобина более 110 г/л уменьшение значения среднего объема эритроцитов менее 81 фл и одновременное увеличение коэффициента вариации распределения эритроцитов по объему более 11,6% было обнаружено у 11 пациенток.

В итоге изменения в последнем общем анализе крови (32-34 неделя беременности), характерные для железодефицита, в том числе и эритроцитарных индексов, были выявлены у 73% женщин, при этом 6,9% женщин от этого числа, имели диагноз ЛДЖ, а 93,1% женщин имели диагноз ЖДА. Однако, на момент госпитализации изменение эритроцитарных индексов, характерное для латентного дефицита железа было зафиксировано у 19 беременных, то есть у 19% из включенных в обследование. Все женщины с данными изменениями лабораторных показателей имели клинические проявления сидеропенического синдрома, такие как выпадение и ломкость волос, мышечную слабость и повышенную утомляемость.

ВЫВОДЫ

По результатам анализа обменно-уведомительных карт и опроса женщин было установлена высокая частота выявления ЖДА (у 56%), неэффективная коррекция железодефицита в связи с низким комплаенсом терапии и не принятие во внимание наличия и необходимости коррекции ЛДЖ.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. World Health Organization et al. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. – World Health Organization, 2014. – №. WHO/NMH/NHD/14.1.
2. Здоровоохранение в России. 2021: Стат.сб./Росстат. - М., 2021. – с.57
3. Гинекология. Национальное руководство / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. – 2-е издание. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 988 с.
4. Клинические рекомендации МЗ РФ «Железодефицитная анемия», 2021 https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/669_1 (дата обращения: 17.03.2023)

Сведения об авторах

Е.А. Карташова* – студент

Ю.С. Ремезов – студент

Н.Е. Шукенова – аспирант

А.В. Воронцова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E.A. Kartashova* – student

Yu.S. Remezov – student

N.E. Shukenova – Postgraduate student

A.V. Vorontsova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

ekaterina.carta@yandex.ru

УДК 618.2-089.163

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВУЗОВ О ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКЕ

Арина Петровна Кирякова, Анастасия Алексеевна Росламбекова, Мария

Александровна Третьякова, Ольга Валентиновна Прохорова

Кафедра акушерства, гинекологии и трансфузиологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Прегравидарная подготовка – комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка, на оценку имеющихся факторов риска и устранение и (или) уменьшение их влияния. **Цель исследования** – выяснить уровень осведомленности студентов различных вузов по поводу важности прегравидарной подготовки, сроков ее проведения. **Материал и методы.** Одномоментное сравнительное исследование было проведено в январе 2023 года с использованием анонимного анкетирования. Были опрошены 212 студентов ВУЗов различных профилей. **Результаты.** Только 40% опрошенных знаком термин «прегравидарная подготовка»; среди них 74 человека – студенты медицинского ВУЗа. Лишь каждый пятый (20% студентов) знал, за какой срок до предполагаемого зачатия нужно начинать прегравидарную подготовку. 91%