

2. Репродуктивные представления студенческой молодежи медицинского ВУЗа содержат в себе такие аспекты, как положительное или нейтральное отношение к искусственному прерыванию беременности без наличия медицинских и социальных показаний, гражданскому браку.

3. Степень осведомленности об использовании методов предотвращения нежелательной беременности студентов возрастает по мере обучения в ВУЗе, однако современные высокоэффективные методы контрацепции, такие как комбинированные оральные контрацептивы, использует лишь каждый четвертый опрошенный.

4. Существует необходимость проведения дальнейших мероприятий по повышению репродуктивной грамотности студентов-медиков с привлечением современных достоверных данных об искусственном прерывании беременности, применении оральных контрацептивов и их роли в системе планирования семьи.

Список литературы:

1. Олина А.А. Курение как фактор риска неразвивающейся беременности/Олина А.А., Метелева Т.А., Садыкова Г.К., Шевлюкова Т.П.//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2018. - № 5. – С. 35.39.

2. Петрова Л.В. Половое воспитание старших школьников в контексте системы образования //Педагогическое образование в России. – 2014. - № 3. – С. 124-127.

3. Adjiwanou V, Bougma M, LeGrand T. The effect of partners' education on women's reproductive and maternal health in developing countries//SocSci Med. 2018 Jan;197:104-115.

4. Danis P., Kurz S., Covert L. Medical Students' Knowledge of Fertility Awareness-Based Methods of Family Planning//Front Med (Lausanne). 2017; 4: 65.

5. Benyamini Y., Todorova I. Women's Reproductive Health in Sociocultural Context//Int J Behav Med. 2017 Dec;24(6):799-802.

6. Stumbar S.E., Garba N.A., Holder C. Let's Talk About Sex: The Social Determinants of Sexual and Reproductive Health for Second-Year Medical Students//MedEdPORTAL. 2018 Nov 9;14:10772.

7. Tumwine JK. Progress in infections, reproductive health and non-communicable diseases//Afr Health Sci. 2018 Sep;18(3):i-iv.

УДК:618-019

Кононыхин А.А., Коленчик Г.В. ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства и гинекологии
Тюменский государственный медицинский университет
Тюмень, Российская Федерация

Kononykhin A.A., Kolenchik G.V.

PREVENTION OF IRON DEFICIENCY CONDITIONS IN PREGNANT WOMEN

Department of obstetrics and gynecology
Tyumen state medical university
Tyumen, Russian Federation

Email: kononykhinaleksey1998@mail.ru

Аннотация. С целью разработки методов профилактики акушерских патологий, связанных с дефицитом железа, было выполнено исследование показателей эритропоэза, состояния эритронов и метаболизма железа, а также проспективный анализ течения гестационного периода у 79 беременных в возрасте от 16 до 35 лет. Клинико-лабораторные данные оценивались по триместрам. В группу контроля вошли 30 женщин с нормальным течением беременности, в сравнительную группу — 25 беременных с железодефицитной анемией, в основную группу — 23 беременных, получавших селективные ферро-содержащие препараты с первого триместра беременности. Были разработаны методы профилактики железодефицитных состояний. Установлено, что ранее прогнозирование железодефицитных состояний позволяет выделить группы риска по некоторым акушерским осложнениям среди беременных в первом триместре и проводить профилактическое лечение.

Annotation. In order to develop methods for the prevention of obstetric pathologies associated with iron deficiency, a study of erythropoiesis, erythron status, and iron metabolism was performed, as well as a prospective analysis of the gestational period in 79 pregnant women aged 16 to 35 years. Clinical and laboratory data were evaluated by trimester. The control group included 30 women with normal pregnancy, the comparative group included 25 pregnant women with iron deficiency anemia, and the main group included 23 pregnant women who received selective ferro-containing drugs from the first trimester of pregnancy. Methods for the prevention of iron deficiency conditions were developed. It was found that earlier prediction of iron deficiency conditions allows identifying risk groups for some obstetric complications among pregnant women in the first trimester and conducting preventive treatment.

Ключевые слова: беременность, анемия, профилактика, железо, патология.

Key words: pregnancy, anemia, prevention, iron, pathology.

Введение

Беременность — это состояние, при котором интенсивность биоэнергетических процессов, направленных на изменения в структуре и функции систем органов матери, выходит на новый уровень [1]. Анемия, на фоне активации ассимиляционных процессов при беременности, обуславливает

прогрессирование гистотоксической гипоксии и развитие вторичных метаболических патологий в плаценте [2]. Железодефицитная анемия (ЖДА) у беременных способствует увеличению частоты преждевременных родов, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода и инфекционных осложнений у родильниц [1, 5]. Тканевая гипоксия вызывает патологии гистогенеза плода с преимущественным поражением нервной системы, что в дальнейшем может привести к развитию гипоксической энцефалопатии и других соматических заболеваний [3]. Таким образом, проблема ранней диагностики и прогнозирования железодефицитной анемии у беременных с целью снижения частоты гестационных осложнений и перинатальной заболеваемости является актуальной [4].

Важно различать анемии, которые развиваются у женщин вне беременности от тех, причиной которых является беременность. Анемия как нозология, проявляющаяся вне беременности, может быть самостоятельным заболеванием или проявлением иного заболевания, это могут быть хроническая болезнь почек, хроническая инфекция и проявляющаяся на ее фоне интоксикация, гемобластоз или иные опухоли. Информированность о истинной причине анемии может помочь предотвратить осложнения беременности, связанные с основной нозологией [6].

К концу второго триместра расход железа в организме матери увеличивается с 0.5-0,8мг/сут до 9-11 мг/сут, что связано с возрастающей интенсивностью гистогенеза плода. Поэтому развивающаяся в третьем триместре железодефицитная анемия имеет особое место среди всех экстрагенитальных патологий.

Железодефицитные состояния характеризуются нарушением обмена железа на фоне его недостатка в организме. Поэтому диагностика основывается на клинических и лабораторных показателях, которые в зависимости от степени дефицита железа, делят ЖДА на стадии. Прелатентная и латентная стадии характеризуются уменьшением депонированных и транспортных форм железа, при сохранении его эритроцитного пула. Манифестный дефицит железа — гематологический синдром, сопровождающийся снижением наполнения гемоглобина железом и уменьшением уровня гемоглобина в периферической крови. При манифестном дефиците железа происходят нарушения во всех фондах обмена железа, что в сочетании с клиническими признаками приводит к увеличению частоты акушерских осложнений. Установлено, что 97,8 % беременных имеют прелатентный дефицит железа к концу гестации [2]. Поэтому ранняя диагностика анемии направлена на исследование дефицита сывороточного ферритина.

Цель исследования - определить влияние железодефицитной анемии на течение гестационных осложнений для разработки методики ранней диагностики, прогнозирования и профилактики перинатальной патологии.

Материалы и методы исследования

У 79 беременных в возрасте от 16 до 35 лет исследовали показатели эритропоэза, состояния эритронов, и метаболизма железа, а также проспективный анализ течения гестационного периода. Клинико-лабораторные данные оценивались по триместрам. В группу контроля вошли 30 женщин с нормальным течением беременности, в сравнительную группу — 25 беременных с железодефицитной анемией, в основную группу — 23 беременных, получавших селективные ферро-содержащие препараты с первого триместра беременности. Большинство беременных с ЖДА предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость, психоэмоциональную нестабильность. Клинику общеанемического и сидеропенического синдрома имели 28 % беременных, у остальных диагноз был поставлен по лабораторным показателям, которые включали: снижение общего гемоглобина до $92 \pm 12,1$ г/л, цветового показателя — $0,82 \pm 0,08$ без категоричных изменений количества эритроцитов.

Результаты исследования и их обсуждение

В первом триместре у пациенток с железодефицитной анемией на фоне прогрессирующей гистотоксической гипоксии компенсаторно увеличился процент суточного эритропоэза. При этом увеличение концентрации периферических эритроцитов сопряжено со значительным снижением времени их метаболизма, что в последующих триместрах приводило к манифестации железодефицитных состояний.

Дефицит железа, приводящий к сокращению времени метаболизма эритроцитов, активировал деятельность эритроидного ростка и появлению в периферической крови популяции эритроцитов с меньшим диаметром микросфероцитов. Используя этот показатель как прогностический маркер анемии, мы выделили группу беременных, у которых рост микросфероцитов составлял 32 % в первом триместре.

Ферротерапия, направленная на восстановление нормальной деятельности эритроцитарного ростка, включала железопротеиновый комплекс сукцинилата, обогащенный фолиновой кислотой. Применение железосодержащих препаратов у данной группы беременных уже в первом триместре оказывало благоприятное воздействие на общую гематологическую картину. Наблюдался рост концентрации общего гемоглобина, его кислородсвязывающей активности, транспортных и запасных форм железа, также обнаруживалось увеличение содержания нормосфероцитов в периферической крови при значительном увеличении продолжительности жизни образующихся популяций.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что у беременных из группы риска манифестации железодефицита на 5 % чаще встречаются патологии плаценты, чем у беременных с нормальным течением гестации. В то время как у пациенток с уже развившейся железодефицитной анемией данная патология имела место быть в 38 % случаев. В 9 % случаев дисфункция плаценты в группе сравнения сопровождалась развитием гистотоксической гипоксии плода. В 18 % случаев острое кислородное голодание плода преждевременными

родами. Достоверно чаще в группе сравнения диагностированы гестоз, аномалии родовой деятельности и частота оперативного родоразрешения.

Наличие ЖДА у беременной женщины приводило к следующим акушерским осложнениям: риск невынашивания беременности возрос с 15 % до 42 %, артериальная гипотония в контрольной группе встречалась на 11 % меньше, чем в группе сравнения, риск развития преэклампсии у беременных с ЖДА увеличился до 29 %. Также у пациенток наблюдалось ухудшение моторной функции матки (слабость родовой деятельности) в 10 % случаев.

Оценка при рождении по шкале Апгар в конце 1-ой минуты у новорожденных от матерей, принимавших ферропрепараты, оказалась выше, чем в группе беременных с анемией ($7,8 \pm 0,5$ и $7,4 \pm 0,5$ балла соответственно).

В ходе исследования было выявлено, что у трети пациенток с железодефицитной анемией наблюдаются патологии плаценты. У каждой десятой беременной развивается гистотоксическая гипоксия плода, а у каждой пятой — преждевременные роды. Было установлено, что при раннем начале ферротерапии гематологическая картина крови значительно улучшается, что снижает риск акушерских осложнений.

Выводы:

1. Компенсаторное увеличение концентрации микросфероцитов в периферической крови до 26 % и более в первом триместре беременности может служить предиктором-маркером развития анемии у беременных;
2. Ранее прогнозирование железодефицитных состояний позволяет выделить группы риска по некоторым акушерским осложнениям среди беременных в первом триместре и проводить профилактическое лечение;
3. Комплексная терапия у беременных с дефицитом сывороточного и депонированного железа позволила предупредить манифестацию железодефицитной анемии, что позволило значительно улучшить течение гестационного периода и уменьшить риск перинатальных осложнений.

Список литературы:

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1088 с
2. Зейналова Д.Э. Анемия, ассоциированная с периодом гестации и родов/ Зейналова Д.Э., Субботин И.Н., Петров И.Н.// НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2019 с. 49-51.
3. Короткова Н.А. Анемия беременных. Принципы современной терапии / Н.А. Короткова, В.П. Прилепская // Медицинский совет. — 2015. — №20. — С. 58-62.
4. Петриченко Н.В. Патогенетические и клинические аспекты прогнозирования и профилактики дефицита железа у беременных / Н.В. Петриченко, Э.Н. Баркова, В.В. Хасанова// Университетская медицина Урала. — 2016. — Т.2, №1 (4). — С.16-18.

5. Шевлюкова Т.П. Особенности течения гестационного периода и родов в подростковом возрасте / Т.П. Шевлюкова, Н.Б. Чабанова, Г.Д. Галиева, Д.И. Боечко // Актуальные научные исследования в современном мире. — 2017. — № 6-2 (26). — С. 110-111

6. Шелягин И.С. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных / И.С. Шелягин, В.В. Сидоренко, Т.П. Шевлюкова, О.В. Братова // Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием «Молодежь, наука, медицина». — Тверь, 2017. — С. 611-614.

УДК 618.145

**Котлубева Э.Ю., Белашов Н.В., Кутлубаева Э.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭНДОМЕТРИОЗА**

Кафедра акушерства и гинекологии
Оренбургский государственный медицинский университет
Оренбург, Российская Федерация

**Kotlubeva E.Yu., Belashov N.V., Kutlubayeva E.R.
EFFECTIVENESS OF MEDICINAL TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS**

Department of obstetrics and gynecology
Orenburg state medical university
Orenburg, Russian Federation

E-mail: kotlubayeva@gmail.com

Аннотация. Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Вести больных эндометриозом сложно, так как они имеют переменную клиническую картину и тяжесть течения заболевания. Тактика ведения таких пациенток зависит от возраста пациенток, формы/стадии заболевания, характера симптомов, репродуктивных задач, а также от рисков, побочных эффектов и экономической рентабельности лечения. В ряде случаев эндометриоз рассматривают как хроническое рецидивирующее заболевание, требующее постоянного внимания и лечения. В данной работе рассмотрено консервативное лечение пациенток с эндометриозом и эффективность гормональной терапии.

Annotation. Endometriosis is a process in which benign tissue growth occurs outside the uterine cavity, according to the morphological and functional properties of a similar endometrium. It is difficult to manage patients with endometriosis, since they have a variable clinical picture and the severity of the course of the disease. The management tactics of such patients depend on the age of the patients, the form / stage