

groin section are modified by us. At the differentiated approach it is possible to lower

risk of development of complications and percent of relapse of disease to 1,3 %.

Пулатова А.П., Рустамова М.С., Чалова О.Д.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИЦИАЛЬНОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЖДА БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Кафедра акушерства и гинекологии ТИППМК

Ключевые слова: анемия, дефицит железа, беременные и роженицы, медикаментозная и нутрициальная коррекция.

Актуальность

По данным экспертов ВОЗ [1], в развитых и развивающихся странах анемия и, особенно, ее железодефицитная гипохромная форма распространены у 21-80% женщин репродуктивного возраста и у 49-99% беременных.

Как установлено, дисбаланс микроэлементов и витаминов, наблюдаемый в период гестации, восстанавливается в течение 4-5 лет [2, 3].

При этом риск развития анемизации женщин возрастает в послеродовом периоде в связи с особенностями гемопоэза, который характеризуется интенсификацией суточного эритропоэза и ускоренным гемолизом молодых эритроцитов, выпущенных в русло в ответ на кровопотерю в родах [5]. Кроме того, лактация сопровождается потерей микроэлемента железа с молоком у матерей, а восстановление менструального цикла с ежемесячной потерей железа усугубляет железодефицитные состояния [6, 8, 10].

В странах Центральной Азии и Казахстана, в частности и в Таджикистане, частые беременности и роды с короткими интервалами, длительные периоды лактации наряду с нерациональным питанием с низким содержанием железа, способы и традиции питания, паразитарные инвазии и высокая частота желудочно-кишечных заболеваний являются основными факторами и ведущими причинами, способствующими снижению всасывания и запасов железа с развитием железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста [2, 3, 4, 7].

Следовательно, нутрициальная диетическая и медикаментозная коррекция железом беременных и родильниц является патогенетически обоснованным лечением ЖДА и профилактикой акушерских и перинатальных осложнений у женщин репродуктивного возраста [8, 9, 11].

Цель исследования

Изучение эффективности отдельно нутрициальной диетической, медикаментозной и сочетанной комплексной коррекции ЖДА у беременных и родильниц.

Материал и методы исследования

Согласно поставленной цели, в отделении совместного пребывания матери и ребенка клиники ТНИИ АГиП в течение 2010-2011 г.г. проводилось ретроспективное исследование и проспективное наблюдение 163 женщин различных районов Республики Таджикистан.

Возраст женщин колебался от 16 до 45 и в среднем составил $31,5 \pm 1,2$ лет. Степень тяжести анемии оценивали по критериям ВОЗ: легкая анемия установлена при уровне Hb - 109-90 г/л, средняя - 89-70 г/л, тяжелая при Hb - 69 г/л и ниже.

Для оценки статуса железа в организме проводили определение транспортного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) микрометодом по Ненгу и соавт. (1976) с помощью стандартных наборов фирмы "Лохема" (Чехия) с подсчетом коэффициента насыщения трансферрина. Дефицит железа устанавливался при снижении транспортного железа (в норме: 12,5-25,5 мкмоль/л), повышении ОЖСС (нор-

ма: 33,7-66,0 мкмоль/л) и снижении коэффициента насыщения трансферрина (КНТ норма: 18-30%). Запасы железа определялись по уровню сывороточного ферритина иммуноферментным методом с использованием анализатора "Униплан" (Россия-Япония) и диагностических КИТ-наборов фирмы "Orgentec" (Германия).

По результатам обследования и динамического наблюдения все родильницы были распределены на 3 группы: 1 группу составили 45 родильниц с наличием ЖДА легкой степени с назначением только диетической коррекции; 2 группа - 60 родильниц с ЖДА средней и тяжелой степеней с назначением медикаментозной коррекции; 3 группа - 58 родильниц с ЖДА средней и тяжелой степеней с назначением сочетанной нутрициальной диетической и медикаментозной коррекции. Нутрициальная диетическая коррекция включала питание с преобладанием мясных, белковых, бобовых и фруктовых продуктов, комплексное сочетание железосодержащих препаратов "Ферсинол" в дозах, соответствующих тяжести ЖДА, - от 1 до 4 капсул в сутки сроком от 1 до 3 месяцев в зависимости от степени тяжести анемии.

ЖДА оценивали по статусу железа и уровню гемоглобина, при этом оценивали продолжительность и количество приема железосодержащих препаратов, количество кровопотери в родах, уровень железа и гемоглобина до и после родов.

Кроме того, оценивали акушерские и перинатальные осложнения, исходы родов и послеродовые осложнения у исследуемых женщин с различной степенью ЖДА в зависимости от способа коррекции.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 163 обследованных женщин преобладали повторнородящие с паритетом II-III родов - 105 (64,4%), первородящие составили 32 (19,6%) и многорожавшие с паритетом 5 и более родов - 29 (17,7%).

Легкая анемия суммарно в трех группах установлена у 108 (66,2%), средней тяжести у 36 (22,1%), тяжелая у 11 (6,4%) женщин.

Осложнения беременности и родов во всех трех группах в зависимости от комплексного лечения и без него, представленные в таблице, свидетельствуют, что наиболее часто осложнения беременности наблюдались в 1 группе без медикаментозного лечения - от 24,9% до 53,4% и без осложнения протекали лишь в 27,1% случаев. Во 2 группе с медикаментозной коррекцией аналогичные осложнения отмечены от 13,4% до 31,6% и без осложнений - в 41,6% случаев; в 3 группе - с комплексной нутрициальной диетической и медикаментозной коррекцией осложнения гестации и родов были отмечены от 6,6% до 18,9% и без осложнений - в 75,8% случаев.

При оценке влияния ЖДА на акушерские кровотечения установлено, если гипотоническое кровотечение в объеме 500-900 мл отмечалось в 1 группе у 8,3% женщин, от 1000 мл до 1500,0 мл у 2,4% и у 1 женщины - свыше 1500,0 мл, что составляет 2,0%, а во 2 группе - 63,2% и 1,5% случаев соответственно, то в 3 группе с комплексной нутрициальной диетической и медикаментозной коррекцией кровопотеря в объеме более 500 мл вовсе не наблюдалась.

Заключение

Таким образом, установлено, что сочетанная нутрициальная диетическая и медикамен-

Особенности и осложнения течения беременности в исследуемых группах

Течение Беременности	Диетическая коррекция (n=45)		Медикаментозная коррекция (n=60)		Сочетанная медикаментозная и диетическая коррекция (n=58)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Невынашивание беременности	18	40,0	8	13,4	2	3,3
Угрожающий ранний выкидыш	24	53,4	19	31,6	5	8,6
Угрожающий поздний выкидыш	17	37,7	13	21,6	10	17,2
Угрожающие преждевременные роды	19	42,3	12	20,0		19,7
Рвота беременных	11	24,6	8	15,4	6	10,3
Гипертензионный синдром	15	33,4	16	26,7	5	8,6
Преэклампсия	19	42,3	17	28,6	4	6,6
Эклампсия	2	4,4	-	-	-	-
СЗРП	16	35,6	12	20,0	4	6,6
Без осложнений	12	27,1	25	41,6	44	75,8

тозная коррекция ЖДА беременных и родильниц является наиболее эффективным методом лечения ЖДА и профилактикой ее осложнений во время беременности, родов и послеродовом лактационном периоде.

В целом, лечение ЖДА и ЖКЗ, коррекция питания и неправильных привычек в питании, удлинение интергенетического интервала будут способствовать оздоровлению женщин и улучшению показателей беременности, родов и перинатальных исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ, ЮНИСЕФ. Университет ООН (1998). Железодефицитная анемия. Оценка и профилактика, контроль. ВОЗ, Женева, 1998
2. Подзолкова Н.М., Нестерова Н.Л. и др. Железодефицитная анемия беременных. М.: Росмединформ, 2004. С. 14-17.
3. Рустамова М.С. Скрытый дефицит железа и профилактика железодефицитной анемии у беременных женщин: Автореф. Дисс.-канд.мед.наук. Душанбе, 1985. 25 с.
4. Серов В.Н. Актуальные проблемы железодефицитных состояний // Материалы IV Российского форма "Мать и дитя". М., 2002. №1. С. 531-532.
5. Серематова И.Т., Орджоникидзе Н.В., Соколова М.Ю. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с железодефицитной анемией в сочетании с бактериально-вирусной инфекцией // Гинекология. 2005. Т. 11, №5. С. 20-25.
6. Сумарокова Н.Н. Профилактика железодефицитных состояний у беременных // Материалы IV Российского форма "Мать и дитя". М., 2002. №1. С. 585-587.
7. Хакимова С.Х., Рустамова М.С. Скрытый дефицит железа и профилактика ЖДА у беременных женщин. Методические рекомендации. Душанбе, 1984. 16 с.
8. Шехтман М.М., Никонов А.П. Железодефицитная анемия беременных и ее лечение // Гинекология. 2000. Т.12, №5. С. 156-158.
9. Шехтман М.М. ЖДА и беременность // Гинекология. М. 2005. Т.6, №4. С. 204-210.
10. Шимица Е.А., Бресеев Л.Е., Шалина Р.И., Казакова Т.В. Сравнение эффективности применения препаратов железа у беременных с ЖДА в третьем триместре // Проблемы беременности. 2003. №7. С. 68-71.
11. Хотимченко С.А., Спиричев В.Б. Микроэлементы - важнейший фактор сбалансированного питания // Гинекология. 2002. Т.14. №13. С. 13-26.

Пулатова А.П., Рустамова М.С., Чалова О.Д.

Оценка эффективности нутрициальной и комплексной корригирующей терапии ЖДА беременных и рожениц

Сочетанная нутрициальная диетическая и медикаментозная коррекция ЖДА беременных и родильниц является наиболее эффективным методом лечения ЖДА и профилактикой ее осложнений во время беременности, родов и послеродовом лактационном периоде. В целом, лечение ЖДА и ЖКЗ, коррекция питания и неправильных привычек в питании, удлинение интергенетического интервала будут способствовать оздоровлению женщин и улучшению показателей беременности, родов и перинатальных исходов.

Пулатова А.П., Рустамова М.С., Чалова О.Д.

Баходихии самараноки муоличаи нутриолӣ ва комплексии барқарорсозии камхунии норасогии охан, дар занҳои ҳомиладор ва таваллудкунанда.

Дар ин тадқиқоти илмӣ самараноки табобати камхунии норасогии охан дар занҳои ҳомиладор ва давраи лактасиони, бо намуҳои нутриционали, медикаментози ва комплексонаи он баҳогири шуд.

Исбот шудааст, ки табобати ҳамҷояи комплексона самаранок буда, дар натиҷаи он аворизҳои давраи ҳомиладорӣ ва лактасионӣ хеле кам дида шуд.

Pulotova A. P., Rustamova M. S., Jalova O. D.

Evaluation of the nutritsialy and complex corrective therapy awaiting pregnant women and mothers

In this article effectiveness of using drugs, nutritional and complex treatment of the iron defesition anemia was evaluated. It was establised, that the complex treatment was more effec-tiveness.