

- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни с учетом физиологических, возрастных особенностей и т.д.

**Выводы:** для успешной работы центра здоровья необходима высокая медицинская активность населения, а врачам и медицинским сестрам необходимо по результатам дополнительной диспансеризации сформировать группы практически здоровых пациентов и имеющих отдельные факторы риска для занятий в обучающих школах здорового образа жизни.

### 197. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Никитин Е.Н., Дудкина Т.А., Манаков В.А., Шишкина А. А.

Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск  
 ГУЗ «Первая Республиканская клиническая больница» МЗ УР, г. Ижевск

**Актуальность.** По данным ВОЗ, железодефицитная анемия (ЖДА) у беременных встречается от 21 до 80% и не имеет тенденции к снижению. Это заболевание представляет серьезную проблему экстрагенитальной патологии в акушерстве, поскольку осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, состояние плода и новорожденного.

**Цель работы:** оценка распространенности анемий в разные периоды беременности.

**Материалы и методы.** В условиях одной из женских консультаций г. Ижевска Удмуртской Республики обследованы 294 беременные женщины в возрасте от 16 до 42 (в среднем  $24,86 \pm 0,41$ ) лет. У всех беременных женщин определяли показатели периферической крови и обмена железа. Параметры гемограммы исследовали с помощью гематологического анализатора (Sysmex-1000, Япония). Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС) с вычислением латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ЛЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами реактивов IRON liquidolor, TIBC (Human, Germany) с использованием фотометрической цветной (хромазуроловой) методики. Все изученные показатели исследовались в I триместре беременности (средний срок гестации  $7,7 \pm 0,7$  недель), во II триместре беременности (средний срок гестации  $15,5 \pm 0,5$  недель), в III триместре беременности (средний срок гестации  $29,7 \pm 0,7$  недель). Критериями диагностики ЖДА у беременных явились: снижение концентрации СЖ  $< 12,5$  мкмоль/л, КНТ  $< 16\%$ , повышение ОЖСС  $> 67$  мкмоль/л и ЛЖСС  $> 50$  мкмоль/л при уровне гемоглобина  $< 110$  г/л.

Статистическая обработка проводилась средствами Microsoft Excel.

**Результаты.** В I триместре у 46 (18,78%) из 245 обследованных беременных женщин анемия была обнаружена впервые, из них у 9 (19,57%) женщин заболевание связано с дефицитом железа. Во II триместре 116 (40,14%) из 289 беременных женщин страдали анемией, причем у 91 (31,49 %) из них она

верифицирована впервые, из которых 32 (35,16%) случая – анемии железодефицитного генеза. В III триместре наблюдалась 291 женщина, у 126 (43,29%) из них установлена анемия, из которых у 63 (21,65%) заболевание было выявлено впервые. Следует отметить, что в III триместре у 39 (61,9%) беременных анемия носила железодефицитный характер. Выявление ЖДА в I триместре беременности, возможно, во многом связано с наличием у женщин до наступления беременности латентного дефицита железа. Частота ЖДА во II и III триместрах беременности (соответственно 35,16% и 61,9%) достоверно отличалась от таковой в I триместре беременности (19,57%,  $p < 0,001$ ). ЖДА легкой степени (гемоглобин в среднем  $103,1 \pm 0,6$  г/л) выявлена у 87,5% женщин, средней тяжести (гемоглобин –  $85,12 \pm 1,4$  г/л) – у 10,0% и тяжелой степени (гемоглобин –  $63,5 \pm 4,94$  г/л) – у 2,5%. Беременные женщины, страдающие ЖДА, получали препараты железа (ферро-фольгамма по 1 капсуле 1-2 раза в сутки натощак за 30 минут до еды) до восстановления показателей крови и обмена железа. При этом отмечался значительный клинический эффект препарата.

#### **Выводы:**

1. У 68,03% беременных женщин наблюдается анемия, причем у 40,0% из них заболевание связано с дефицитом железа.

2. Достоверное увеличение частоты ЖДА во II и III триместрах беременности по сравнению с I триместром свидетельствует о влиянии беременности на возникновение дефицита железа вследствие повышенной его потребности в гестационном периоде.

### 198. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ФЕРРО-ФОЛЬГАММА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ

Никитин Е.Н., Красноперова Л. Н., Никитин Ю. Е.  
 Кафедра факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии, ИГМА, г. Ижевск

**Актуальность.** Основным патогенетическим методом лечения железодефицитных анемий (ЖДА) является назначение препаратов железа внутрь. Арсенал железосодержащих препаратов очень велик, в связи с этим важнейшей задачей становится выбор препаратов с оптимальным терапевтическим эффектом.

**Целью исследования** явилась оценка терапевтической эффективности препарата ферро-фольгамма (Вёрваг-Фарма, Германия) при ЖДА.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 62 больных ЖДА постгеморрагического генеза в возрасте от 18 до 82 (в среднем  $45,82 \pm 1,78$ ) лет. Женщин было 52 человека, мужчин – 10 с длительностью заболевания («анемического» стажа)  $8,3 \pm 0,97$  лет. Диагноз ЖДА устанавливался на основании характерных общеклинических и лабораторных признаков заболевания. Показатели периферической крови исследовались с помощью гематологического анализатора. Определение концентрации сывороточного железа (СЖ), общей и ненасыщенной железосвязывающей способности сыворотки крови (соответственно ОЖСС и НЖСС) и коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ) проводилось наборами реактивов IRON liquidolor, TIBC (Human, Germany). Концентрации ферритина (СФ) и