

**А. С. Ремова, Д. В. Мироненко**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

### ***Введение***

Железодефицитная анемия (ЖДА) при беременности является серьезной и актуальной акушерской проблемой, так как ЖДА занимает 90–95 % от общего количества анемий, в Беларуси ей подвержены более 30% беременных, что обуславливает актуальность данной проблемы [1].

Нижняя граница нормальной концентрации гемоглобина у женщин во 2 триместре (с 13-й по 28-ю неделю) 105 г/л. По степени тяжести во втором триместре беременности анемия делится на: легкую 105–90 г/л., среднюю – 89–70 г/л. и тяжелую – менее 70 г/л [2].

ЖДА при несвоевременном лечении может приводить к неблагоприятным последствиям, она может осложнять течение беременности и родов: у 40–50 % беременных присоединяется гестоз, преждевременные роды наступают у 11–42 % рожениц, гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10–15 % родильниц, у 92 % женщин развивается токсикоз первой половины беременности, у 38 % гипогалактия. У детей, рожденных от матерей, страдавших ЖДА, отмечается гипотрофия, нарушение иммунитета, задержка умственного и физического развития [3].

### ***Цель***

Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности применения лекарственных средств, содержащих железа III полимальтозного комплекса и железа II сульфат/аскорбиновая кислота у беременных во втором триместре с железодефицитной анемией.

### ***Материал и методы исследования***

Базой для проведения исследования явилась женская консультация ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника, филиал № 8». Материалом для исследования стали 100 индивидуальных карт беременной и родильницы.

Для анализа использовались следующие данные: показатели эритроцитов (далее – Er), гемоглобина (далее – Hb), сывороточного ферритина (далее – СФ), частота побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета программы MedCalc 20.218. Сравнение групп по количественным признакам осуществляли с помощью U-критерия Манна – Уитни, парного критерия Вилкоксона, критерия Краскела – Уоллиса.

Для всех использованных статистических методов, уровень значимости принимали равным 5 % ( $p < 0,05$ ).

В результате исследования пациентки были поделены на 3 группы. Основную группу составили, беременные с легкой степенью ЖДА, получавшие в качестве терапии, лекарственные средства, содержащие железа III полимальтозного комплекса – 34 женщины. Группу сравнения, беременные с легкой степенью ЖДА, получавшие в качестве терапии препараты железа II сульфат/аскорбиновая кислота, – 34 женщины. В контрольную груп-

пу вошли беременные с нормальными гематологическими показателями, не принимавшие препараты железа, – 32 женщины.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациенток в основной группе – 27 (24; 29)\* лет, в группы сравнения – 28 (25; 32)\* лет и в группе контроля – 27 (24; 29,5)\* лет.  $P = 0,766$ , что свидетельствует о том, что показатели статистически не различаются, т. е. не значимы.

В результате исследования были сравнены показатели гемоглобина, сывороточного ферритина и количество эритроцитов у пациенток до приема препаратов железа, через 3 недели и 7 недель после приема препарата. Сравнительные данные, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика гематологических показателей у обследованных беременных

	До приема			Через 3 недели			Через 7 недель		
	Er×10 <sup>12</sup> /л	Hb, г/л	Ф, мкг/л	Er×10 <sup>12</sup> /л	Hb, г/л	СФ, мкг/л	Er×10 <sup>12</sup> /л	Hb, г/л	СФ, мкг/л
Контрольная группа n = 32	3,7 (3,6; 3,8)	117,8 (116,5; 119)	6 (45; 47)	3,85 (3,8; 3,9)	118,0 (117; 119)	47,0 (46; 48)	3,96 (3,9; 4,0)	119,1 (118; 120)	48,0 (47; 49)
Основная группа n = 34	3,4 (3,3; 3,5)	101,5 (100; 102)	2,0 (11; 12)	3,5 (3,5; 3,6)* (p < 0,01)	104,5 (104; 106)* (p < 0,01)	13,5 (13; 14) *(p < 0,01)	3,7 (3,6; 3)* (p < 0,01)	111,0 (110; 113)* (p < 0,01)	22,0 (21; 23)* (p < 0,01)
Группа сравнения n = 34	3,5 (3,4; 3,6)	102,5 (102; 103)	1,0 (10; 12)	3,6 (3,5; 3,7) *(p < 0,01)#	108,0 (107; 109) *(p < 0,01)#	15,0 (15; 16) *(p < 0,01)#	3,9 (3,8; 4,0)* (p < 0,01)#	118,0 (117; 119)* (p < 0,01)#	24,3 (23; 25,25)* (p < 0,01)#

\*статистически значимое различие соответствующих показателей с периодом до лечения (p < 0,05);

#статистически значимое различие соответствующих показателей по сравнению с основной группой (p < 0,05).

Таким образом, можно утверждать, что средние гематологические показатели увеличились у всех групп обследуемых беременных с ЖДА (основная группа и группы сравнения) и без нее (контрольная группа).

Побочный эффект со стороны желудочно-кишечного тракта (запор, диарея, тошнота) в основной группе отмечался у 6 беременных (14 %), в контрольной группе – 7 (17,6 %), что статистически не значимо (p = 0,86).

### **Выводы**

1. Лекарственные средства, содержащие железа III полимальтозного комплекса и препараты железа II сульфат/аскорбиновая кислота повышают гематологические показатели у беременных с ЖДА.

2. Данные исследования свидетельствуют от том, что препарат железа II сульфат/аскорбиновая кислота по сравнению с препаратом, содержащим железа III полимальтозного комплекса, имеет большую эффективность по восстановлению показателей гемоглобина, эритроцитов и сывороточного железа, что может быть связано с тем, что биодоступность трехвалентного железа хуже, чем двухвалентного [4].

3. Переносимость препаратов достаточно удовлетворительная и частота побочных эффектов не выходит за рамки, указываемые в литературе.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Атаджанян, А. С. Сравнительная эффективность внутривенных и таблетированных препаратов железа у беременных с анемией / А. С. Атаджанян, М. С. Зайнулина, Е. А. Малаховская // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68, № 2. – С. 23–32.

2. Дикке, Г. Б. Латентный дефицит железа и железодефицитная анемия у беременных. Алгоритмы диагностики и лечения / Г. Б. Дикке, Н. И. Стулков // Фарматека. – 2021. – Т. 28, № 6. – С. 19–24.

3. Профилактика железодефицитной анемии при беременности и лактации / А. Ю. Романов [и др.] // Медицинский совет. – 2020. – № 3. – С. 79–83.

4. Кененбаева, Б. Е. Лечение анемии у беременных женщин препаратами железа Тардиферон и тотема / Б. Е. Кененбаева, Ж. А. Жагипарова, Н. А. Асқарова // Journal of science. Lyon. – 2021. – № 20v1. – С. 25–33.

**УДК 618.3:616.6-022**

**К. В. Сергеенко, А. Н. Приходько**

*Научный руководитель: к.м.н, доцент Т. Н. Захаренкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **АНТЕНАТАЛЬНЫЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

### ***Введение***

Вопросы инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у беременных являются актуальными в акушерстве и гинекологии и сегодня. Это связано с ограниченным использованием антимикробных препаратов, так как возможен трансплацентарный переход, что приведет к неблагоприятным последствиям не только относительно матери, но и плода. С этим может быть связано и развитие резистентности возбудителей к применяемым препаратам [1].

Согласно статистическим данным у 50 % женщин в мире раз в жизни отмечают эпизод ИМП, из них у 25–40 % в течение 6–12 месяцев возникает рецидив заболевания. Каждый год около 10 % женщин заболевают острым циститом, а основной причиной госпитализации в период беременности по экстрагенитальным показаниям является пиелонефрит [2, 3].

### ***Цель***

Определить факторы и риски, осложняющие течение и исходы у беременных с инфекцией мочевыводящих путей.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ выборки историй родов 101 беременной, поступивших для родоподготовки и родоразрешения в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2».

Основная группа включила в себя 69 беременных, у которых в период беременности была выявлена ИМП.

Группа сравнения включила в себя 58 беременных, у которых не было ИМП во время беременности.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программного обеспечения MedCalc Software и Microsoft Excel 2013. Сравнение между группами качественных показателей проводилось с помощью критерия  $\chi^2$ . Статистически значимым считался результат при  $p < 0,05$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

К ИМП во время беременности относятся бессимптомная бактериурия (ББ), острый цистит, гестационный пиелонефрит. В основной группе структура ИМП имела следующий вид: 27 беременных (39,0 %) имели в течение беременности гестационный пиелонефрит, 36 исследуемых (52,0 %) столкнулись с бессимптомной бактериурией. Диагноз