

2002-403

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ

На правах рукописи
УДК 618.3+616.155.194+616-08.616-084

ИСАКОВА ЖЫЛДЫЗ КАЗЫБАЕВНА

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИАНЕМИЧЕСКОЙ
БИОДОБАВКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ
У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

(14.00.01 – Акушерство и гинекология)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2001

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии

Научный руководитель: Доктор медицинских наук,
профессор
М.С. Мусуралиев

Научный консультант: Кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник
К.С. Саржанова

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук,
профессор **А.М. Доцанова**
Доктор медицинских наук,
профессор **С.М. Лехтман**

Ведущая организация: Республиканский научно-
исследовательский центр охраны
здоровья матери и ребенка
(Республика Казахстан)



Защита диссертации состоится «*27*» *декабря* 2001 года, на заседании диссертационного совета Д 14.01.154. при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан «*24*» *ноября* 2001 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета**
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник

А.Б. Фуртикова

Актуальность проблемы. В настоящее время проблема анемии приобрела мировое значение, так как данная патология затрагивает преимущественно наиболее уязвимую часть населения – женщин репродуктивного возраста, младенцев и детей. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2000) в мире дефицит железа имеется почти у 2 млрд. человек; при этом ЖДА – примерно у 500 млн.

Железодефицитная анемия широко распространена среди беременных во всем мире, в развитых и развивающихся странах частота ее колеблется от 21% до 80% (Шехтман М.М., 2000).

Проблема анемии является одной из актуальных для нашей республики. Железодефицитной анемией страдает более 60% женщин детородного, 50% девушек юного возраста и почти 90-95% беременных женщин. Из 2,2 млн. женщин, почти у 1,5 млн. выявлен дефицит железа (Раимжанов А.Р., 1999; Касиев Н.К., Мейманалиев Т.С. и др., 1999; Кучербаев А.А. и соавт., 2000). По мнению многочисленных исследователей, низкий экономический уровень, национальные традиции, частые беременности и роды, недостаточное поступление железа с пищей, длительный период лактации, особенно у многорожавших женщин, широкое распространение инфекционных, желудочно-кишечных заболеваний являются факторами, способствующими развитию анемии, и они характерны для всего центрально-азиатского региона (Укыбасова Т.М., 1989; Джаббарова Ю.К., 1990; Измухамбетов Т.А., 1990; Шарманов Т.И., 1990; Рустамова М.С., 1991; Шайхова Г.И., 1993; Давлатова Т.Н., 1999; Каюпова Н.А. и соавт., 1999).

Актуальность данной проблемы определяется неблагоприятным влиянием железодефицитной анемии на течении гестационного процесса, развитием осложнений плода и новорожденного, ростом материнской и перинатальной смертности (Мордухович А.С. и соавт., 1991; Казакова Л.М., 1993; Каюпова Н.А., 1996; Омаров С.М. и соавт., 2000; Шарифканова М.Н. и соавт., 2000).

Железодефицитная анемия вызывает задержку роста детей и нарушение психомоторного развития. Возмещение запасов железа в организме не приводит к полному восстановлению нарушений умственной способности (Миррахимов М.М., Раимжанов А.Р., 1999; Кучербаев А.А. и соавт., 2000; Lozooff B., Jiminez E., Abraham W.W., 1991; Pollit E., 1997).

Ухудшение социально-экономического положения в Кыргызстане ведет к росту данной патологии и отрицательно влияет на генофонд нации. Поэтому борьба с анемией в нашем регионе имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение (Касиев Н.К., Мейманалиев Т.С. и др., 1999).

В этих условиях особое значение имеет поиск новых эффективных методов лечения ЖДА. Традиционная медикаментозная терапия, применяемая в клинической практике, направлена на восполнение дефицита железа в организме беременной и назначается длительно, без учета усвояемости, переносимости и побочных эффектов.

Исходя из вышеуказанного, ясно, что необходим новый эффективный и доступный метод лечения железодефицитной анемии беременных.

Целью настоящего исследования является:

Совершенствование методов лечения и профилактики железодефицитной анемии у беременных путем использования антианемической пищевой добавки (ААД) с обоснованием ее терапевтической и профилактической эффективности.

Задачи:

1. Провести сравнительную оценку лечебной эффективности антианемической биодобавки и традиционно применяемых препаратов железа для обоснования необходимости применения антианемической биодобавки в лечении железодефицитной анемии у беременных женщин.
2. Изучить клинико-гематологические показатели беременных в зависимости от социально-экономического статуса и паритета родов.
3. Обосновать профилактическую эффективность антианемической биодобавки у беременных женщин.
4. Проанализировать акушерские и перинатальные аспекты исхода беременности и родов у женщин при использовании антианемической биодобавки.

Научная новизна:

- Впервые в Кыргызстане разработан способ лечения и профилактики железодефицитной анемии у беременных, приоритетность которого подтверждена патентом Государственного агентства интеллектуальной собственности при Правительстве Кыргызской Республики №334 (960428.1) от 29.06.01.
- Доказано что лечение и профилактика железодефицитной анемии с помощью антианемической биодобавки позволяет сократить сроки лечения анемии в 2,5-3 раза, снизить частоту осложнений беременности и родов в 1,5-2 раза.
- Установлено, что применение антианемической биодобавки с профилактической целью способствует поддержанию нормальных уровней гематологических показателей у беременных до родов.

Практическая значимость работы:

- Использование антианемической биодобавки для лечения и профилактики ЖДА у беременных будет способствовать снижению заболеваемости анемией беременных и их новорожденных в республике, позво-

лит минимизировать материальные затраты за счет сокращения сроков и стоимости лечения.

- Антианемическую биодобавку следует использовать в лечебно-профилактических учреждениях республики в комплексной терапии железодефицитных состояний у беременных женщин.

Внедрение в практику:

Новый способ лечения железодефицитной анемии у беременных внедрен в поликлиниках и родильных домах г.Бишкек, в городском перинатальном центре, родильном доме КНИИАиП, что подтверждено актами о внедрении.

Эффективность внедрения:

- Медицинская эффективность разработанного способа лечения и профилактики ЖДА подтверждается снижением числа осложнений беременности и родов в 2 раза.
- Экономическая эффективность в расчете на курс лечения при применении антианемической биодобавки для терапии железодефицитной анемии у беременных женщин в 10 раз превышает традиционно используемые в клинической практике препараты железа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Лечение и профилактика железодефицитной анемии у беременных при использовании антианемической биодобавки эффективны, что подтверждается положительной динамикой клинической картины, отсутствием побочных эффектов, сокращением сроков лечения.
2. В сравнении с традиционно применяемыми препаратами железа, использование ААД для лечения ЖДА в 10 и более раз дешевле, что особенно важно в условиях экономического кризиса и низкого социального статуса населения.
3. Применение антианемической биодобавки способствует снижению частоты и тяжести осложнений беременности и родов, ведет к снижению заболеваемости анемией в республике.

Апробация результатов исследования:

Материалы диссертации доложены на международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию профессора М.М. Мамытова "Роль науки в высшем образовании и актуальные проблемы практической медицины" (Бишкек, 1999), Республиканской научно-практической конференции "Медицина на стыке тысячелетий" (Бишкек, 2000), международной научно-практической конференции "Современная медицина на рубеже XX-XXI веков" (Бишкек, 2000), совместном заседании Ученого Совета Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии и межкафедрального Ученого Совета КГМА (Бишкек, 2001).

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 9 статей и запатентовано одно изобретение.

Структура диссертации:

Работа изложена на 159 страницах. Состоит из введения и обзора литературы, глав, характеризующих материалы и методы исследования, результаты собственных исследований, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 164 отечественные публикации и 72 зарубежных работы. Диссертация иллюстрирована 4 рисунками и 3 графиками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленной целью и задачами клинические наблюдения и исследования проведены у 209 беременных женщин с железодефицитной анемией в возрасте от 18 до 40 лет (табл. 1).

База исследования – Городской перинатальный центр, родильные дома № 1, 2, поликлиники № 7, 10, 16 г. Бишкек. Метод сбора материала – серийно-гнездовой, в гнездах – сплошной.

При диагностике анемии у беременных руководствовались классификацией ВОЗ, согласно которой степень ЖДА устанавливается в зависимости от уровня гемоглобина: I степень – 110 – 90 г/л, II степень – 89 – 70 г/л, III степень – ниже 70 г/л.

Лечебная группа состояла из 155 беременных женщин с различной степенью железодефицитной анемии после 20 недель гестации.

В профилактическую группу вошли 54 беременные с нормальными показателями периферической крови, начиная с 12 недель гестации.

Количество обследованных беременных женщин

Таблица 1

Цель назначения ААД	Группы	Здоровые беремен-ые	ЖДА I ст.	ЖДА II-III ст.	Метод терапии
Профилактика	Контрольная	21	-	-	-
	Профил-кая	33	-	-	ААД
Лечение ААД	Группа сравнения	-	37	28	Преп-ты железа
	Основная	-	59	31	ААД
Всего		54	96	59	209

Среди обследованных женщин преобладали беременные с легкой степенью анемии, составившие 61,9%. Так как тяжелая степень анемии встречалась реже, беременные со II и III степенью ЖДА были объединены в одну группу, которая составила 38%.

Характеристика лечебной группы: В зависимости от метода терапии 155 беременных с ЖДА были разделены на основную группу и группу сравнения. В основной группе было 90 беременных, они получали лечение антианемической биодобавкой, в группе сравнения 65 беременных получали препараты железа.

Способ лечения: Антианемическая биодобавка назначалась по 1 чайной ложке (5,0 мл) один раз в день при легкой степени анемии, два раза в день (утром и в обед) при среднетяжелой, за 30-40 мин. до еды, вместе с овощным соком (томатным, морковным или капустным). Рекомендовалось одну чайную ложку (5,0 мл) антианемической биодобавки растворить в 50,0 – 100,0 мл сока, в течение 1 часа после приема биодобавки не употреблять в пищу молоко и молочные продукты, чай. При легкой степени анемии доза железа составляет 280 мг на курс, при среднетяжелой – 420 мг на курс лечения. При легкой степени анемии было проведено 2 курса лечения по 14 дней, с перерывом 14-18 дней, независимо от срока нормализации показателей периферической крови. При среднетяжелой степени анемии – 2-3 курса лечения по 21 дню, с перерывом 14-18 дней, до родов.

Традиционное лечение препаратами железа включало сульфат железа по 1 таблетке (0,3-0,5 г) 3 раза в день, после еды или ферроплекс – по 1-2 драже 3 раза в день после еды (железа (II) сульфат – 0,05г, кислота аскорбиновая – 0,03 г.)

В случаях присоединения другой акушерской патологии, наряду с антианемической терапией, проводилось лечение этих осложнений.

В обследуемых группах в основном были представительницы коренной национальности – 72,8%. Группы были идентичны по возрасту и паритету беременности и родов, преобладали повторнородящие женщины.

По фоновым заболеваниям группы были однородными. Самый высокий процент составляли заболевания почек и желудочно-кишечного тракта, хронический тонзилит.

Анализ перенесенных гинекологических заболеваний показал, что наиболее частыми были патология шейки матки, воспалительные заболевания придатков.

В числе предыдущих беременностей отмечался высокий процент искусственного прерывания беременности во всех исследуемых группах.

При сборе анамнеза и клиническом осмотре у всех обследованных беременных были констатированы характерные для ЖДА жалобы и симптомы.

Методом анкетного опроса были выяснены социальные условия, материальная обеспеченность семьи беременной, средний уровень дохода на одного члена семьи в месяц. Исходя из уровня средней заработной платы в нашей республике (1997г.), как основная, так и сравниваемая группы были подразделены на 2 подгруппы: малообеспеченные и материально-обеспеченные.

Изучение фактического питания беременных проводилось путем ведения однодневного пищевого дневника по методике Скурихина И.М., Волгарева М.М. (1987). Расчет фактического питания проводился в соответствии с нормами физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии, утвержденных в 1991 году с учетом региональных особенностей Кыргызской Республики (Эсенаманова М.К. и соавт., 2000).

Характеристика профилактической группы: 33 беременные получали антианемическую биодобавку и составили основную группу. 21 беременные, практически здоровые женщины, не получавшие никаких препаратов железа в течении всей беременности, составили контрольную группу. При взятии на учет у всех обследованных беременных были нормальные показатели периферической крови.

Способ профилактики: Антианемическая биодобавка назначалась тремя курсами по 10-14 дней каждый, с перерывом 14-18 дней. Методика приема ААД соответствует таковой при лечении ЖДА. Доза железа на курс составляла 200-280 мг.

Возраст беременных колебался от 18 до 40 лет. Средний возраст в основной группе составил $-26,5 \pm 0,6$, а в контрольной $-28,1 \pm 1,4$ год. В профилактической группе также преобладали представительницы коренной национальности $-61,1\%$. В анамнезе беременные имели простудные заболевания (грипп, ОРВИ) сезонного характера, которые диагностированы у $81,8\%$ пациенток основной группы и у $85,7\%$ контрольной группы. В профилактической группе преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта и почек ($16,8\%$ и $17,2\%$, соответственно).

Обследуемые группы беременных были практически идентичны по всем параметрам, что позволило проводить сравнительный анализ полученных результатов.

Для подтверждения клинического диагноза анемии гематологическое обследование включало: исследование периферической крови, биохимическое исследование уровня железа сыворотки крови, определение содержания сывороточного ферритина. Показатели периферической крови определялись общепринятыми методами. Бетафенатролиновым методом определялось содержание сывороточного железа. Концентрацию сывороточного ферритина определяли флюороиммунометрическим анализом с использованием наборов DELFIA Ferritin kit AO69-101 (Wallac Oy, Finland). В норме у здоровой небеременной женщины она составляет $5,55-123$ ng/ml. Все показатели крови исследовались до начала лечения и после проведенного курса. Полученные данные при выполнении настоящей работы фиксировались в картах беременных. Оценка достоверности средних величин и разницы между ними производилась по критерию Стьюдента. В таблицах указано условное обозначение * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, по сравнению с исходным уровнем.

Для изучения состояния внутриутробного плода обследуемые беременные дважды проходили ультразвуковое сканирование. Ультразвуковая фетоплацентометрия осуществлялась при помощи аппарата, работающего в реальном масштабе времени с использованием датчика $3,5$ и 5 МГц. Определялось соответствие развития плода гестационному сроку. За стандарты были взяты данные Л.С. Персианинова. Ультразвуковая фетометрия проводилась во II-III триместрах беременности.

Антианемическая биодобавка разработана КНИИАиП и готовилась в научно-производственном отделе питания.

Компоненты антианемической биодобавки способствуют максимальной всасываемости и усвояемости железа, обеспечивают организм жизненно необходимыми витаминами и микроэлементами, что способствует повышению эффективности лечения в сравнении с существующими методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для обоснования эффективности применения антианемической биодобавки в профилактике и лечении железодефицитной анемии у беременных женщин была проведена сравнительная оценка эффективности антианемической биодобавки и традиционно применяемых ферропрепаратов. Показатели изучены и проанализированы в зависимости от исходной степени тяжести анемии, а также от социального статуса беременных и паритета родов. Прослежены акушерские и перинатальные аспекты течения беременности и исхода родов у женщин в зависимости от способа лечения.

Снижение показателей периферической крови ($p < 0,01$), клинические проявления (жалобы и симптомы), снижение уровня сывороточного железа ($p < 0,05$) и сывороточного ферритина ($p < 0,05$) подтвердили железодефицитный характер анемии.

При легкой степени железодефицитной анемии преобладали общие симптомы: слабость ($45,4\%$), утомляемость, сонливость ($21,5\%$), снижение аппетита ($28,4\%$). При нарастании тяжести анемии клинические проявления приобретали более выраженный характер, присоединялись эпителиальные сидеропенические симптомы, нарушение трофики тканей, изменение полости рта (афтозный стоматит), заеды ($35,5\%$), выпадение волос ($35,5\%$), ломкость и исчерченность ногтей ($42,3\%$), выраженная сухость кожи ($84,7\%$).

Исследования показали, в сравнении с традиционным лечением ферропрепаратами, прирост показателей периферической крови и биохимических показателей более выражен при лечении антианемической добавкой

Таблица 2

Динамика показателей периферической крови в группе сравнения

Показат.	Гемоглобин		Эритроциты		Цветной пок-ль	
	До леч.	После	До леч.	После	До леч.	После
Легкая n-37	100,70± 0,65	108,30± 2,07*	3,31± 0,08	3,36± 0,03*	0,81± 0,01	0,83± 0,01*
Среднетяжел. N-28	79,50± 2,47	85,70± 4,34*	2,81± 0,09	2,92± 0,03*	0,72± 0,01	0,81± 0,01*

Таблица 3

Динамика показателей периферической крови в основной группе

Показат.	Гемоглобин		Эритроциты		Цветной показатель	
	До леч.	После	До леч.	После	До леч.	После
Легкая n-59	102,30± 1,13	117,10± 2,09*	3,59± 0,05	3,86± 0,06*	0,77± 0,33	0,85± 0,01*
Среднетяжел. n-31	77,30± 2,26	94,10± 3,90*	2,81± 0,10	3,19± 0,09*	0,76± 0,01	0,82± 0,01*

Преимущество лечения антианемической биодобавкой подтверждено следующим: при легкой степени анемии, у беременных, получивших ферропрепараты, уровень гемоглобина от 100,70±0,65 г/л повысился до 108,30±2,07 г/л, а у пролеченных антианемической добавкой – от 102,30±1,13 г/л до 117,10±2,09 г/л, т.е. наблюдалась нормализация гематологических показателей (табл. 2, 3). При сравнительной оценке курса лечения антианемической биодобавкой с традиционной ферротерапией темп прироста гематологических показателей, по отношению к исходным, был выше при новом методе терапии. Так, прирост гемоглобина при легкой степени анемии составил 14,4%, против 7,54% в группе сравнения, эритроцитов – 7,52% против 1,51%, цветного показателя – 10,3% против 2,46% (рис. 1).

Согласно классификации, предложенной Американской академией педиатрии (1993), этот уровень гемоглобина (Нв-115г/л и выше для третьего триместра беременности) соответствует "норме беременности", т.е. свидетельствует о наступлении выздоровления по параметрам периферической крови, что мы наблюдали у 83% беременных с легкой степенью анемии. Оценка клинических параметров после курса лечения биодобавкой также свидетельствует об этом: уже на 6-7 день лечения исчезали жалобы на нарушение аппетита, сна, слабость, сонливость и головокружение. После двухнедельного курса терапии у 96,6% женщин наступало полное клиническое выздоровление.

Оценка гематологических параметров у беременных со среднетяжелой степенью анемии также свидетельствует о наличии преимущества лечения антианемической биодобавкой перед традиционной ферротерапией. При этом

процент прироста гематологических параметров у беременных основной группы составил по сравнению с исходным: гемоглобина – 21,7% против 7,79% в группе, пролеченной железосодержащими препаратами, т.е. больше чем в 2,7 раза, эритроцитов – 13,5% против 3,91%, т.е. в 3,4 раза, темп прироста цветного показателя был выше в группе сравнения и составил 12,5%, против 7,89%.

У беременных, получивших традиционную ферротерапию, уровень гемоглобина повысился до 85,70±4,34 г/л, тогда как у женщин, пролеченных антианемической биодобавкой, в связи с более высоким уровнем прироста, концентрация гемоглобина увеличилась до 94,1±3,9 (p<0,05), т.е. до уровня показателей анемии легкой степени.

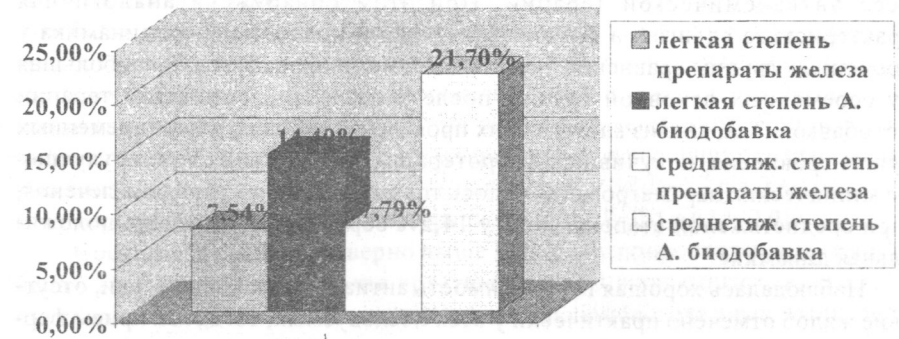


Рис. 1. Темп прироста гемоглобина

Результаты исследования сывороточного железа и сывороточного ферритина показали также более выраженный эффект при лечении антианемической добавкой. Так, темп прироста сывороточного железа, в группе, получившей препараты железа при легкой степени был 7,64%, против 37,3% в основной, при среднетяжелой степени – 3,57% в сравниваемой группе, против 51,7% в основной группе (p<0,05).

Анализ результатов исследования концентрации сывороточного ферритина показал, что при лечении антианемической добавкой в 72,8% случаев произошло его повышение, темп прироста составил во II триместре беременности 10,2%, в третьем триместре – 63%, что не отмечено у беременных с традиционным лечением, у них произошло даже некоторое снижение уровня ферритина (на 0,83±0,10 ng/ml).

При оценке концентрации сывороточного ферритина в зависимости от паритета установили, что при первой беременности у женщин концентрация ферритина составляла в среднем 16,00±2,09 ng/ml, а при повторных беременностях – 9,14±0,40 ng/ml. Однако, при первой беременности наблюдалось понижение до 10,08±1,41 ng/ml (p<0,05), а при повторных – наоборот повышение до 13,61±2,99 ng/ml (p<0,05).

Несмотря на повышение уровня показателей периферической крови, выраженного роста биохимических показателей железа не наблюдалось.

Потребности растущего плода и интенсификация обменных процессов в организме беременной женщины требуют постоянного пополнения запасов железа. Поэтому одного курса лечения антианемической добавкой недостаточно, целесообразно назначение во II и III триместрах беременности коротких курсов по 14 дней 3 раза, до родов, даже при нормализации периферических показателей крови.

Выявленные нами значимые сдвиги гематологических параметров сочетались с улучшением клинических параметров у беременных женщин в процессе антианемической терапии. При этом обнаружена аналогичная характеристика сдвигов, а именно наименьшая положительная динамика у беременных группы сравнения, получившей железопрепараты, и наибольшая – у беременных основной группы после курса антианемической терапии биодобавкой. Так, анализ клинических проявлений показал, что у беременных группы сравнения, получивших ферротерапию, при легкой степени улучшение клинических параметров отмечалось только у 32,4% на 15-й день лечения, а при среднетяжелой степени лишь у 14,2% беременных выявлена положительная динамика.

Наблюдалась хорошая переносимость антианемической добавки, отсутствие жалоб отмечено практически у всех обследуемых, тогда как прием ферропрепаратов вызывал побочные явления и жалобы беременных (тошнота, рвота, темный стул, запоры, чувство тяжести в эпигастральной области).

Относительно сроков улучшения гематологических и клинических параметров сравниваемой и основной групп, можно констатировать, что при лечении антианемической биодобавкой значительно укорачивается период нормализации, особенно при легкой степени анемии (14-28 дней против 2-4 месяцев при традиционном лечении).

Положительное влияние нового метода лечения ЖДА на клинко-гематологические показатели способствует снижению степени гемической гипоксии, в результате чего улучшается течение беременности. Так угроза прерывания беременности была наиболее частым осложнением периода гестации у обследуемых женщин. В основной группе она отмечена у 22 беременных (26,6%), а в группе сравнения – у 33 беременных (50,7%), т.е. почти в 2 раза чаще.

Гестозом легкой степени осложнилось течение беременности в 4 случаях (6,7%) при I степени анемии, и в 3 случаях (9,6%) при среднетяжелой степени анемии у беременных основной группы, тогда как в группе сравнения гестоз легкой степени тяжести наблюдался у 5 беременных (13,5%), а при среднетяжелой степени анемии наблюдалось 4 случая легкой степени гестоза, и 2 случая средней тяжести (21,4%). Таким образом, практически в 2 раза чаще наблюдались осложнения у беременных с традиционной терапией.

Результаты исследований материального состояния женщин, характера питания и взаимосвязи с паритетом родов и степенью тяжести анемии показали, что на течении железодефицитной анемии, лечение и выздоровление значительное влияние оказывают экономический уровень жизни и сбалансированное питание. В семьях с низкими доходами процент женщин, страдающих железодефицитной анемией, был выше, по сравнению с материально обеспеченными: 69% против 31%, т.е. среди малообеспеченного населения уровень заболеваемости и тяжесть железодефицитной анемии возрастают.

Так, при одинаковых исходных уровнях гемоглобина (101,1 г/л и 101,3 г/л), после лечения антианемической добавкой у женщин с низким социальным статусом отмечался достоверно более высокий рост показателей – $114,60 \pm 2,34$ г/л ($p < 0,05$), против $107,01 \pm 1,08$ г/л ($p < 0,05$) в группе сравнения. При этом темп прироста от исходного уровня был выше, у беременных основной группы и составил 12,5% (рис.2). При среднетяжелой степени тяжести анемии также более выраженный рост наблюдался при новом методе лечения. При исходных цифрах гемоглобина равных 74,6 г/л у беременных, получивших антианемическую биодобавку, уровень гемоглобина повысился до $90,6 \pm 3,3$ г/л ($p < 0,05$), тогда как у беременных с традиционной терапией – до $84,0 \pm 2,5$ г/л ($p < 0,05$).

Соответственно, достоверно выше и процент прироста уровня гемоглобина – 21,4%, против 6,73%, что практически на 14,6 превышает данные группы сравнения (рис.3). У женщин, материально-обеспеченных были более выраженные сдвиги со стороны гематологических параметров. Так, у беременных с I степенью анемии, при исходном их одинаковом уровне ($102,10 \pm 1,46$ г/л и $103,40 \pm 1,79$ г/л), после лечения уровень гемоглобина повысился до $118,40 \pm 1,85$ г/л ($p < 0,05$) против $107,7 \pm 1,13$ г/л ($p < 0,05$) в группе сравнения.

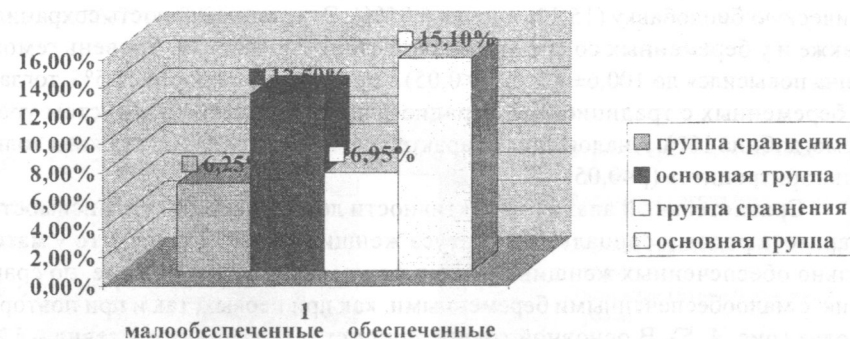


Рис.2. Темп прироста гемоглобина в зависимости от уровня дохода (анемия I ст.)

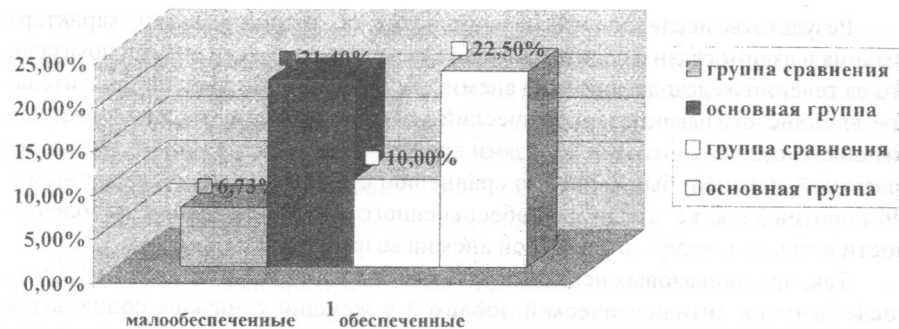


Рис. 3. Темп прироста гемоглобина в зависимости от уровня дохода (анемия II-III степени)

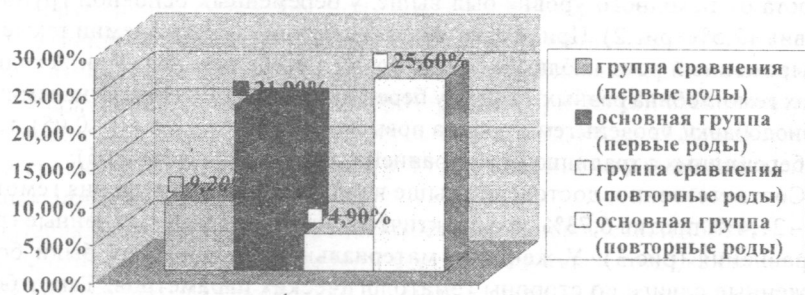


Рис. 4. Темп прироста гемоглобина в зависимости от паритета (малообеспеченные)

Процент прироста более выражен у беременных, получавших антианемическую биодобавку (15,1% против 6,95%). Эта закономерность сохранилась также и у беременных со среднетяжелой степенью анемии. Уровень гемоглобина повысился до $100,6 \pm 4,5$ г/л ($p < 0,05$) с процентом прироста 22,5%, тогда как у беременных с традиционной терапией - до $89,5 \pm 6,2$ г/л с приростом уровня гемоглобина 10%. Аналогичный характер сдвигов выявлен со стороны количества эритроцитов ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ эффективности лечения анемии в зависимости от паритета родов и социального статуса женщин также показал, что у материально обеспеченных женщин прирост показателей крови больше, по сравнению с малообеспеченными беременными, как при первых, так и при повторных родах (рис. 4, 5). В основной группе прирост гемоглобина составил - 17,8% против 9,3% при повторных родах у беременных, более материально обеспеченных, и 16,2% против 4,9% при первых родах у женщин с низким социальным статусом. Следовательно, паритет родов не оказывает существенного влияния на исход лечения, как в основной, так и в группе сравнения, тогда как

социальный статус женщины имеет значимое влияние на исход лечения, что доказано нашими данными, приведенными выше. Причем эффективность проводимой терапии в основном зависит от исходного уровня гематологических параметров и способа лечения. Эффективность антианемической добавки достоверно выше ($p < 0,05$), чем традиционной терапии.

Изучение характера фактического питания у обследуемых женщин, получавших антианемическую добавку, выявило существенные отклонения от принципов рационального и сбалансированного питания даже в материально обеспеченных семьях. Основным видом питания коренного населения нашей республики явилась однообразная диета, состоящая из хлеба, чая, молока и мучных изделий. Железосодержащие продукты употребляются в очень малых количествах и без учета усвояемости микроэлементов.

Сравнительный анализ течения и исхода родов, весоростовых параметров новорожденных показал, что эффективное положительное влияние антианемической добавки привело к снижению частоты осложнений. Так, при применении нового метода лечения несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось лишь у 8,8% женщин против 30,7% в группе сравнения ($p < 0,05$). Слабость родовой деятельности также была отмечена в меньшей степени по сравнению с группой, получившей железосодержащие препараты: 5,5% в основной группе, а в сравниваемой - 12,3%. Достоверно сокращение числа преждевременных родов до 4,4% - в основной группе женщин, против 23% - в группе сравнения ($p < 0,05$).

При оценке функционального состояния новорожденных основной группы по шкале Апгар большая их часть оценена в 7-8 баллов - 89,7% на 1 минуте, а на 5 минуте 8-9 баллов - 98,2%, тогда как в группе сравнения на 1-ой минуте 24,3% получили оценку в 6 баллов, 62,1% - 7 баллов, на 5-ой минуте - 29,7% - 7 баллов и 56,7% - 8 баллов.

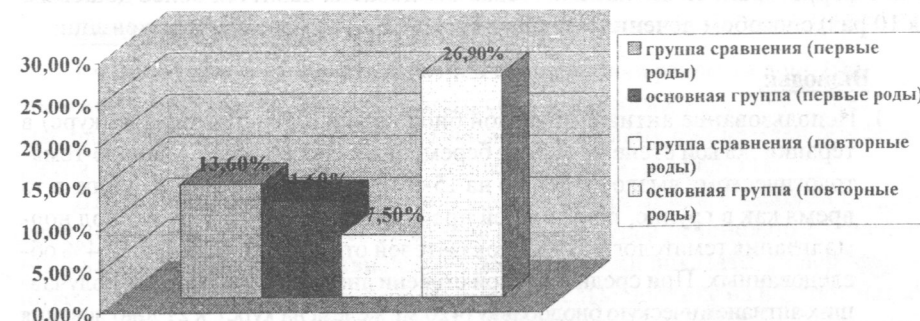


Рис. 5. Темп прироста гемоглобина в зависимости от паритета (материальнообеспеченные)

При среднетяжелой степени анемии новорожденные основной группы в 96,7% были оценены на 7-8 баллов, в группе сравнения – 34% на 1-ой минуте получили 6 баллов, 58,6% – 7 баллов, на 5-ой минуте 34% – 7 баллов и 62% – 8 баллов ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ массо-ростовых параметров новорожденных выявил достоверные различия между исследуемыми группами. В основной группе детей с низкой массой было 2 (3,3%), в группе сравнения – 7,6% детей имели массу ниже 2500 г, массу выше 3000 г. имели – 77,7% новорожденных основной группы и 63% новорожденных группы сравнения.

Таким образом, в результате наших исследований мы получили убедительные доказательства эффективности антианемической биодобавки для лечения железодефицитной анемии у беременных женщин, особенно при легкой степени анемии. Использование нового способа лечения сокращает сроки лечения, хорошо переносится, не оказывает побочного воздействия, уменьшает число осложнений беременности и родов, положительно влияет на весо-ростовые параметры новорожденного.

Проведенные нами исследования по использованию антианемической добавки с профилактической целью у беременных женщин показали ее достаточно высокую эффективность. У обследованных нами беременных в динамике наблюдения отмечалось незначительное снижение гематологических показателей во II триместре, но к концу беременности они находились в пределах нормы. Напротив, в контрольной группе исследуемых, не получавших антианемического лечения, наблюдалось прогрессирующее снижение уровня гематологических показателей и к концу беременности развилась анемия I степени у 85,7% ($p < 0,05$).

Профилактическое назначение антианемической добавки повторными курсами в течение беременности по 10-14 дней целесообразно всем беременным женщинам, независимо от уровня исходных показателей периферической крови.

Расчет экономической эффективности биодобавки показал, что в сравнении с ферротерапией антианемическая биодобавка является более дешевым (в 10 раз) способом лечения и профилактики ЖДА у беременных женщин.

Выводы:

1. Использование антианемической биодобавки (280 мг железа на курс) в терапии легкой степени ЖДА у беременных способствует клинко-гематологическому выздоровлению на 15-й день лечения у 83% женщин, в то время как в группе, получавшей препараты железа, за этот период нормализация гематологических показателей отмечалась только у 32,4% обследованных. При среднетяжелой степени анемии у беременных, получавших антианемическую биодобавку (420 мг железа на курс), к 21 дню лечения у 7,9% наблюдалось клинко-гематологическое выздоровление, у 92,1% женщин показатели повысились до уровня легкой степени анемии.

2. Применение антианемической биодобавки у беременных с профилактической целью, начиная с 12 недель гестации, в 2-3 курса по 10-14 дней (200-280 мг железа) способствует поддержанию нормального уровня гемоглобина до родов у 78,8 % женщин.
3. Эффективность впервые разработанного способа лечения и профилактики ЖДА обусловлена сбалансированным по микроэлементам и витаминам составом антианемической биодобавки, обеспечивающим высокую всасываемость железа.
4. Изучение фактического питания беременных женщин показало его неполноценность и несбалансированность: содержание пищевых ингредиентов (белков, жиров), микроэлементов и витаминов в 1,5-1,7 раза ниже рекомендуемых норм. Уровень материальной обеспеченности семьи прямо- пропорционально влияет на исход лечения анемии. Темп прироста гематологических показателей в 2 раза выше у женщин социально обеспеченных.
5. Предлагаемый способ лечения анемии позволяет сократить сроки лечения в 2,5-3 раза. Антианемическая биодобавка по сравнению с ферротерапией, обладает высокой эффективностью (в 2-2,5 раза выше), экономичностью (в 10 раз дешевле), доступностью для самых малообеспеченных слоев населения, что позволяет положительно оценивать ее использование с точки зрения социальной значимости.
6. Своевременная профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных антианемической биодобавкой позволяет снизить частоту осложнений беременности и родов в 1,5-2,0 раза и способствует рождению новорожденных с нормальными весо-ростовыми показателями.

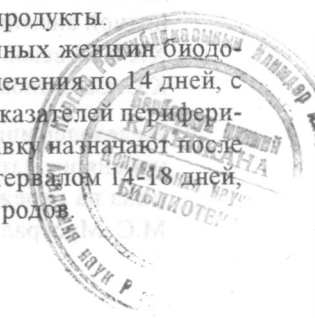
Практические рекомендации:

Антианемическая биодобавка рекомендуется для профилактики и лечения железодефицитной анемии у беременных женщин.

Способ применения:

1 чайную ложку (5 мл) антианемической добавки развести в 50-100,0 мл томатного, морковного или капустного сока и принимать за 30-40 минут до еды, однократно, утром. В течении 1 часа после приема биодобавки рекомендуется не употреблять в пищу чай, молоко и молочные продукты.

Для лечения железодефицитной анемии у беременных женщин биодобавку назначают с момента ее выявления в виде курса лечения по 14 дней, с интервалом 14-18 дней, независимо от нормализации показателей периферической крови, до родов. С профилактической целью добавку назначают после 12 недель беременности, в 2-3 курса по 10-14 дней, с интервалом 14-18 дней, при нормальных показателях периферической крови, до родов.



Абсолютные противопоказания к назначению биодобавки:

Повышенная чувствительность к препаратам железа; гемосидероз; гемолитическая анемия; гемохроматоз.

Относительные противопоказания:

Язвенная болезнь желудка; язвенный колит; энтерит, острые кишечные инфекции.

Сроки и условия хранения:

При температуре не выше 4°C в течении 15 дней.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Пищевая биодобавка в лечении железодефицитных состояний и анемий у беременных //Материалы международного семинара: "Рынок инноваций в вузовской академической науке. Развитие и проблемы". Информ. лист. – Бишкек, 1997.- 3 с. (соавт.: К.С. Саржанова, В.В. Бабич, Э.К. Кадралиева).
2. Эффективность использования антианемической добавки (ААД) в комплексном лечении анемии у беременных женщин //В кн.: "Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие". – Бишкек, 1998. – С. 488-493.
3. Новые аспекты в лечении железодефицитной анемии у беременных //В кн.: "Роль науки в высшем образовании и актуальные проблемы практической медицины". – Бишкек, 1999. – С. 227-333. (соавт.: М.С. Мусуралиев).
4. Поиск путей повышения эффективности терапии железодефицитной анемии у беременных женщин //В кн.: "Медицина на стыке тысячелетий".-Бишкек, 2000. – С. 269-276. (соавт.: П.В. Федотов, М.С. Мусуралиев, К.С. Саржанова).
5. О роли фактора питания в развитии железодефицитной анемии у беременных женщин //В кн.: "Медицина на стыке тысячелетий". – Бишкек, 2000. – С. 277-284. (соавт.: М.С. Мусуралиев, К.С. Саржанова).
6. Диагностическое значение сывороточного ферритина при железодефицитной анемии беременных //В кн.: "Современная медицина на рубеже XX-XXI веков". – Бишкек, 2000. – С. 163-169. (соавт.: М.С. Мусуралиев, К.С. Саржанова).
7. Железодефицитная анемия у беременных женщин в зависимости от уровня их материальной обеспеченности //В кн.: "Современная медицина на рубеже XX-XXI веков". – Бишкек, 2000. – С. 240-246. (соавт.: М.С. Мусуралиев, К.С. Саржанова).

8. Влияние паритета родов и социального статуса на эффективность лечения железодефицитной анемии у беременных женщин //В кн.: "Избранные вопросы детской пульмонологии, аллергологии, неонатологии и хирургии". – Бишкек, 2000. – С. 63-69.

9. Профилактика железодефицитной анемии у беременных женщин // Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия: Сб. научных трудов. – Бишкек, 2001. – II том, – С. 180-183.

Изобретения

1. Способ лечения железодефицитного состояния и анемий у беременных. Патент Государственного агентства интеллектуальной собственности при Правительстве Кыргызской Республики № 334 (960428.1) от 29.06.01. (соавт.: П.В. Федотов, Д.К. Кудаяров, К.С. Саржанова, М.С. Мусуралиев).

АННОТАЦИЯ

диссертации на тему "Использование антианемической биодобавки в профилактике и лечении железодефицитной анемии у беременных женщин" на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.01 – "Акушерство и гинекология"

В работе предлагается новый способ лечения железодефицитной анемии с использованием впервые разработанной антианемической биодобавки, содержащей физиологические дозы железа (10-20 мг/сут.).

Применение нового способа лечения железодефицитной анемии беременных по сравнению с традиционным методом терапии ферропрепаратами более эффективнее (в 2-2,5 раза), сокращает сроки лечения в 2,5-3 раза, намного экономичнее (в 10 раз), не вызывает побочных явлений; стимулирует более интенсивный рост гематологических показателей, улучшение объективного статуса беременных и их субъективного состояния.

Своевременная профилактика железодефицитной анемии у беременных с использованием антианемической биодобавки, особенно у женщин групп высокого риска с низким социальным статусом оказывает положительное влияние и поддерживает гематологические показатели в пределах нормы; позволяет снизить частоту осложнений беременности и родов в 1,5-2,0 раза и способствует рождению новорожденных с нормальными массовыми показателями.

АННОТАЦИЯ

"Акушерство жана гинекология" 14.00.01 – адистиги боюнча медицина илимдердин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу учун сунуш кылынган "Кош бойлуу аялдардын темирдин жетишсиздигинен каны аздүүлүгүн (анемия) дарылоодо жана алдын алууда кан аздүүлүккө каршы биокошулманы колдонуу" деген диссертациясына

Илимий эмгекте кош бойлуу аялдардын темирдин жетишсиздиги боюнча анемиясын биринчи жолу иштелип чыккан, темирдин физиологиялык дозасын (суткасына 10-20 мг) камтыган атайын антианемиялык биологиялык кошулманы колдонуу менен дарылоо ыкмасы берилген.

Дарылоонун жаны ыкмасын колдонуу кадимки ферропрепараттар менен дарылоого караганда (2-2,5 эсе) жогорку натыйжалуу болуп, 2,5-3 эсеге дарылоо мөөнөтүн азайтат жана экономикалык жактан дарылоо акысы 10 эсе арзан, терс таасирин тийгизбейт; кандын көрсөткүчтөрүн бир кыйла тез көтөрүү менен, оорулардын объективдүү акыбалын жана субъективдүү ал-абалын жакшыртат.

Кош бойлуу аялдарга анемияга каршы биокошулманы өз убагында, алдын ала колдонуу, өзгөчө, төмөнкү социалдык абалдагы өтө кооптуулукту туудурган аялдардын тобуна жакшы таасир этет жана кандын көрсөткүчтөрүн норманын чегинде кармоого мүмкүндүк түзүлүп, кош бойлуулуктун жана төрөттүн татаалдануусун 1,5-2,0 эсеге кыскартат; жаны төрөлгөн ымыркайлардын салмак, бой көрсөткүчтөрүнүн жакшырышына жардам берет.

ANNOTATION

On dissertation of the candidate of medical science "The usage of antianemic biocomplements in iron deficiency anemia prevention and treating of pregnant women" by speciality: 14.00.01 – "Obstetrics and Gynecology"

New way iron deficiency anemia of treating using newly developed antianemic biocomplement, which contains physiological doze of iron (10-20mg per/day) is presented in this research.

Application of new way of iron deficiency anemia treating among pregnant women is more effective in comparison with traditional therapy with ferropreparations. It doesn't cause by side effects. During study, observed growth of hematological indexes, improvement of pregnant women's general objective and subjective health condition have being observed.

Timely prophylaxis of iron deficiency anemia among pregnant women through using antianemic biocomplement, particularly among high-risk groups of low social status women with positively influences and maintains hematological indexes in norm-limits, what allows to reduce complications of pregnancy and childbirth for 1,5-2,0 times and helps birth of new-borns with good height-weight indexes.

Подписано к печати 21.11.2001г.
Формат бумаги 60x84 1/16. Объем 1,32 п.л.
Заказ № 369. Тираж 100 экз.
Отпечатано в тип. «Изопринт» ул. Чуй 136