

УДК 616.155.194.8 – 08 – 039.71:618.3 – 008.6 – 06]:546.72

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РЕЗЕРВА РОДОВ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА

А.И. Ковалева

ЛПУ «Березовское РТМО» Брестской области

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проведено обследование 115 женщин группы резерва родов, проживающих в Березовском районе Брестской области. Использовались стандартные методы исследования, рекомендуемые для данной группы наблюдения. Дополнительно исследовали содержание сывороточного железа и уровень сывороточного ферритина. Обнаружено, что обследование женщин группы резерва родов на прегравидарном этапе позволяет выявить имеющиеся железодефицитные состояния и провести их коррекцию до планируемой беременности. Показано, что включение препаратов железа в комплекс прегравидарной подготовки позволяет существенно снизить частоту анемий беременных. Выявлено, что проведение прегравидарной коррекции железодефицитных состояний позволяет уменьшить частоту развития осложнений беременности (токсикозов первой половины беременности, угрозы прерывания беременности в 2 раза, поздних гестозов в 4 раза).

Ключевые слова: женщины, беременность, резерв родов, ферритин, анемия, угроза прерывания, токсикоз, гестоз, прегравидарная подготовка, эффективность лечения.

The examination of 115 women from the delivery reserve group residing in Beriosovsky District, Brest Region has been done. The routine methods of examination recommended for this group under observation have been used. In addition, the content of serum iron (Fe) and the level of serum ferritin have been investigated. It has been established, that medical examination of women from the delivery reserve group in the pregravidity stage gives an opportunity to reveal iron deficiency and correct it before planned pregnancy. It has been shown that the inclusion of iron preparations into the complex of pregravidity training allows to reduce significantly the frequency of anemia in pregnant. It has been found out that the pregravidity correction of iron deficiency conditions gives a chance to reduce the frequency of pregnancy complication development (toxicoses of the first half of pregnancy and threat of miscarriage as much as 2 times, late gestoses as much as 4 times).

Key words: women, pregnancy, delivery reserve group, ferritin, threat of miscarriage, toxicosis, gestosis, efficacy of training, pregravidity training, anemia.

Беременность – одна из причин возникновения железодефицитных состояний вследствие повышения расходов железа при его недостаточном поступлении в организм [3]. Анемия приводит к нарушению тканевого дыхания и окислительно-восстановительных процессов, вследствие чего возникают не только тканевая и гемическая, но и циркуляторная гипоксия [2]. Этим объясняется неблагоприятное воздействие железодефицитной анемии на состояние плода, в частности, анемия может способствовать развитию синдрома задержки внутриутробного развития плода [9].

Анемии у беременных часто развиваются вследствие сопутствующих заболеваний, недостаточного питания и низкого социально-экономического положения женщин [10]. Данное состояние рассматривают как фоновое, способствующее развитию серьезных осложнений для матери и плода: невынашивания беременности, слабости родовой деятельности, гипоксии плода, инфекционных заболеваний, перинатальной и материнской смертности [11].

Сроки гестации, в которые с наибольшей вероятностью следует ожидать снижение показателей феррокинетики, – 20-25 неделя, когда происходит значительное увеличение объема циркулирующих эритроцитов и плазмы, и последние 10 недель беременности, начиная с 30 недель, когда наибольшие количества железа потребляются плодом. В связи с этим потребность женщины в железе возрастает с 1,5-2 мг до 5,6 мг [7]. При длительном течении анемии или отсутствии эффекта от лечения развивается плацентарная недостаточность, обусловленная снижением уровня железа не только в материнской крови, но и в синцитиотрофобласте. Уменьшение транспорта железа через плаценту ведет к хронической внутриутробной гипоксии плода и в дальнейшем способствует снижению иммунологической защиты ребенка [4].

Существует две формы железодефицитных состояний – латентный дефицит и анемия. Для определения запасов железа в организме исследуют уровень сывороточного ферритина. Скрытый дефицит железа характеризуется истощением ткане-

вых депо и уменьшением транспортного фонда, но без снижения гемоглобина и развития анемии. При этом показатель сывороточного ферритина составляет 12-20 мкг/л. Железодефицитная анемия характеризуется истощением трех фондов (тканевого, транспортного и гемоглобинового) с показателями сывороточного ферритина менее 12 мкг/л, сывороточного железа менее 11,5 мкмоль/л, гемоглобина меньше 120 г/л (для беременных по данным ВОЗ меньше 110 г/л [5, 6].

Важность проведения рациональной эффективной терапии железодефицитной анемии обусловлена медико-социальным значением и высокой распространенностью данного состояния среди населения, особенно у женщин детородного возраста.

Цель исследования – оценить влияние прегравидарной подготовки женщин группы резерва родов препаратами железа на течение беременности.

Материалы и методы

Проведено проспективное рандомизированное клиническое исследование. Под наблюдением находилось 115 женщин, которые были распределены в две группы. Основную составили 55 женщин, которые обратились в женскую консультацию во внебеременном состоянии с целью планирования беременности, и им было проведено стандартное прегравидарное обследование и подготовка. Дополнительно этой группе женщин было выполнено исследование феррокинетического статуса – определение сывороточного железа и ферритина.

Сывороточный ферритин определяли иммуноферментным методом при помощи отечественных наборов «ИФА-ферритин» Института биоорганической химии АН Беларуси, сывороточное железо исследовали колориметрическим методом, используя наборы фирмы CORMEY – DIANE (Республика Польша). При выявлении анемии и скрытого дефицита железа женщинам с лечебной целью назначали препараты железа: «Гино-Тардиферон», содержащий 80 мг элементарного двухвалентного железа, 30 мг аскорбиновой кислоты и 0,35 мг фолиевой кислоты или «Сорбифер», содержащий 100 мг элементарного двухвалентного железа, по 1 таблетке два раза в день в течение 6 недель за 30 минут до еды или через 1-2 часа после еды. При нормализации показателей гемоглобина (120 г/л и выше) и сывороточного ферритина (20 мкг/л и выше) пациенткам в профилактическом режиме «Гино-Тардиферон» назначали по 1 таблетке 3 раза в неделю, «Сорбифер» по 1 таблетке 2 раза в неделю в течение 1,5 месяцев и рекомендовали планировать беременность. Беременность наступила у всех 55 женщин, после чего был продолжен прием препарата в течение всей беременности, а также в послеродовом периоде.

Контрольную группу составили беременные (60), которые обратились в женскую консультацию и стали на учет в сроке беременности 8-12 недель. Прегравидарная подготовка препаратами железа не проводилась.

Кроме определения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов в установленные сроки (при постановке на учет, в 20-22, 30-32 и 34-36 недель), у пациенток обеих групп изучались показатели сывороточного ферритина и сывороточного железа при постановке на учет (8-12 недель) и в 34-36 недель беременности.

Статистическую обработку полученных результатов производили с использованием углового преобразования Фишера, двухсторонний критерий. Доверительный интервал (ДИ) рассчитывался для 95% вероятности. Оценку эффективности лечения проводили согласно критериям доказательной медицины [1, 10].

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены основные данные, характеризующие женщин обеих групп.

Таблица 1. Характеристики обследованных женщин

Показатель	Обследуемая группа, n=55		Контрольная группа, n=60		P	
	3	5,4	4	6,7		
Возраст, лет	18 – 19	3	5,4	4	6,7	> 0,05
	20 - 35	49	89,1	54	90,0	> 0,05
	36 - 38	3	5,4	2	3,3	> 0,05
Образование	среднее	16	29,1	29	48,3	< 0,05
	среднее специальное	29	52,7	26	43,3	> 0,05
	высшее	10	18,2	5	8,3	> 0,05
Социальное положение	рабочая	7	12,7	14	23,3	> 0,05
	служащая	23	41,8	27	45,0	> 0,05
	колхозница	6	10,9	3	5,0	> 0,05
	студентка	1	1,8	6	10,0	< 0,05
Место жительства	домохозяйка	18	32,7	10	16,7	< 0,05
	село	11	20,0	12	20,0	> 0,05
Семейное положение	город	44	80,0	48	80,0	> 0,05
	замужем	35	63,6	43	71,7	> 0,05
Детородная функция	не замужем	20	36,4	17	28,3	> 0,05
	первая беременность	30	54,5	26	43,3	> 0,05
	срочные роды в анамнезе	18	32,7	24	40,0	> 0,05
	преждевременные роды в анамнезе	4	7,3	1	1,7	> 0,05
	самопроизвольные выкидыши	6	10,9	4	6,7	> 0,05
	артифициальные аборт	11	20,0	6	10,0	> 0,05

Как видно из данных таблицы, возраст женщин обеих групп, в основном, от 20 до 35 лет - 49 (89,1%; ДИ 80,9 – 97,3%) пациенток в обследованной и 54 (90%; ДИ 82,4 – 97,6%) в контрольной.

Пациентки обследованной группы преимущественно имеют среднее специальное образование – 29 (52,7%; ДИ 39,5 – 65,9%), среднее – 16 (29,1%; ДИ 17,1 – 41,1%) и высшее 10 (18,2%; ДИ 8,0 – 28,4%). В контрольной группе, в основном, женщины имеют среднее образование – 29 (48,3%; ДИ 35,6 – 60,9%). По социальному положению в основной группе рабочих 7 (12,7%; ДИ 4,3 – 21,1%), служащих 23 (41,8%; ДИ 29,3 – 54,3%), колхозниц

6 (10,9%; ДИ 3,0 – 18,8%), одна (1,8%; ДИ 0,5 – 2,0%) студентка и 18 (32,7%; ДИ 20,8 – 44,6%) домохозяйка; в контрольной группе служащих – 27 (45%; ДИ 32,4 – 57,6%), рабочих – 14 (23,3%; ДИ 12,6 – 34,0%), домохозяйка – 10 (16,7%; ДИ 7,3 – 26,1%), студенток – 6 (10%; ДИ 2,4 – 17,6%), колхозниц – 3 (5,0%; ДИ 0 – 10,5%). Как видно, служащие и домохозяйки составляют основу женщин группы резерва родов – 41 (74,5%; ДИ 66,5 – 82,5%).

В обследованной группе жительниц села 11 (20,0%; ДИ 9,4 – 30,6%), города – 44 (80,0%); замужних 35 (63,6%; ДИ 51,2 – 76,6%) и незамужних 20 (36,4%) пациенток. В контрольной группе – жительниц села 12 (20,0%; ДИ 9,9 – 30,1%), города – 48 (80,0%); замужних 43 (71,7%; ДИ 60,3 – 83,1%), незамужних – 17 (28,3%). Представленные данные свидетельствуют об отсутствии существенной разницы между женщинами обследованной и контрольной групп.

При постановке на учет женщин обследованной группы выявлено, что из экстрагенитальной патологии преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит) у 19 (34,5%; ДИ 21,9 – 47,1%) пациенток; болезни органов мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит) выявлены у 9 (16,4%; ДИ 6,6 – 26,2%) обследуемых; диффузный зоб 1 степени у 18 (32,7%; ДИ 20,3 – 45,1%) беременных; патология органов зрения (миопия, дальнозоркость) отмечается у 7 (12,7%; ДИ 3,9 – 21,5%) женщин; заболевания органов кровообращения (НЦД по гипертоническому, смешанному типу, артериальная гипертензия, пролапс митрального клапана 1-2-й степени) выявлены у 8 (14,5%; ДИ 5,2 – 23,8%) наблюдаемых; болезни ЛОР - органов (хронический тонзиллит, отит, ринит) диагностированы у 6 (10,9%; ДИ 2,7 – 19,1%) пациенток. Перенесенная аппендэктомия отмечена у 5 (9,1%; ДИ 1,5 – 16,7%) беременных.

Из заболеваний половой системы кольпита смешанной этиологии наблюдаются у 31 (56,4%; ДИ 43,3 – 69,5%) женщины, патология шейки матки (эрозия, цервицит) диагностирована у 12 (21,8%; ДИ 10,9 – 32,7%) пациенток.

В контрольной группе заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит, холецистит) наблюдаются у 14 (23,3%; ДИ 12,6 – 34,0%) женщин, патология органов мочевой системы (хронический пиелонефрит, нефроптоз, мочекаменная болезнь) обнаружена у 19 (31,7%; ДИ 19,9 – 43,5%) пациенток. Болезни эндокринной системы (диффузный зоб 1 степени, ожирение 1-й степени) отмечаются у 34 (56,7%; ДИ 44,2 – 69,2%) беременных. Пролапс митрального клапана, НЦД по смешанному типу, артериальная

гипертензия выявлены у 10 (16,7%; ДИ 7,3 – 26,1%) обследуемых. Миопия средней степени и хронический тонзиллит обнаружены у 5 (9,1%; ДИ 1,8 – 16,4%) и у 3 (5,0%; ДИ 0 – 10,5%) наблюдаемых соответственно.

Из гинекологических заболеваний в контрольной группе у 34 (56,7%; ДИ 44,2 – 69,2%) выявлен кольпит различной этиологии, эрозия шейки матки у 12 (20,0%; ДИ 9,9 – 30,1%) беременных, миома матки отмечается у 2 (3,3%; ДИ 0 – 7,8%) пациенток.

В обеих группах наблюдения менархе преимущественно с 11-14 лет у 46 (83,6%; ДИ 73,8 – 93,4%) и 54 (90,0%; ДИ 82,4 – 97,6%) обследуемых. При изучении детородной функции в обследованной группе выяснено, что первую беременность планировали 30 (54,5%; ДИ 41,3 – 67,7%) женщин. Срочные роды в анамнезе наблюдались у 18 (32,7%; ДИ 20,3 – 45,1%) обследуемых, преждевременные роды у 4 (7,3%; ДИ 0,4 – 14,2%) пациенток, самопроизвольные выкидыши у 6 (10,9%; ДИ 2,7 – 19,1%) беременных, искусственные аборты у 11 (20,0%; ДИ 9,4 – 30,6%) наблюдаемых. Таким образом, повторная беременность отмечалась у 25 (45,5%; ДИ 32,3 – 58,7%) женщин.

В контрольной группе первая беременность была у 26 (43,3%; ДИ 30,7 – 55,8%) пациенток, повторную беременность отмечали 34 (56,7%; ДИ 44,2 – 69,2%) женщины. Из них у 24 (70,6%; ДИ 59,1 – 82,1%) были срочные роды, преждевременные – у одной (2,9%; ДИ 0 – 7,1%). У 10 (29,4%; ДИ 17,9 – 40,9%) обследуемых первая беременность закончилась или искусственным абортom, или самопроизвольным выкидышем.

При исследовании феррокинетического статуса женщин основной группы до беременности анемия легкой степени выявлена у 10 (18,2%; ДИ 8,0 – 28,4%). При этом содержание гемоглобина составило от 90 до 119 г/л, эритроцитов от 3,4 до 3,5·10¹²/л. Показатели сывороточного железа колебались от 10,7 до 11,4 мкмоль/л, уровень сывороточного ферритина ниже 12 мкг/л. У 19 (34,5%) женщин выявлен скрытый дефицит железа (уровень ферритина от 12,0 до 19,9 мкг/л) при отсутствии признаков анемии и снижения показателей гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа. Таким образом, дефицит железа обнаружен у 29 (52,7% ДИ 39,6-65,8%) обследованных женщин.

После проведенной прегравидарной подготовки при наступлении беременности во время первого обследования (8-12 недель) анемия не выявлена ни у одной женщины, у 2 (3,6% ДИ 0 – 8,5%) обнаружен латентный дефицит железа. На фоне приема препаратов железа в 20-22 и 28-30 недель беременности снижения уровня гемоглобина не отмечено, его показатели были в пределах от 110

до 124 г/л. В 34-36 недель анемия легкой степени диагностирована у 2 (3,6% ДИ 0 – 8,5%) беременных, латентный дефицит железа – у 3 (5,5% ДИ 0 – 11,5%) пациенток. Из 5 женщин с железодефицитными состояниями в сроке 34-36 недель у двух оно было выявлено в сроке 12 недель беременности и у трех оно развилось, несмотря на проводимую коррекцию. Таким образом, после прегравидарного обследования и коррекции обмена железа во время беременности железодефицитные состояния выявлены у 5 (9,1% ДИ 1,5 – 16,7%) женщин.

При постановке на учет анемия легкой степени была выявлена у 11 (18,3%; ДИ 0 – 41,5%) пациенток контрольной группы. Скрытый дефицит железа обнаружен у 12 (20%; ДИ 0 – 30,4%) женщин, показатель сывороточного ферритина колебался от 12 до 19,9 мкг/л. Таким образом, железодефицитные состояния при постановке на учет в женскую консультацию были выявлены у 23 женщин (38,3%; ДИ 18,47 – 58,2%). Этим беременным назначали препараты железа в лечебной дозе в течение 6 недель, после чего переходили на профилактический прием препарата. В 20 недель у 20 женщин выявлена анемия легкой степени, у 12 из них при постановке на учет отмечался скрытый дефицит железа, и до окончания беременности гемоглобин был от 90 до 110 г/л. В 30 недель у 21 женщины выявлена анемия легкой степени, 17 из них имели анемию в 20 недель беременности. В 34-36 недель у 20 женщин (33,3%; ДИ 21,4 – 45,2%) выявлена анемия легкой степени, при этом у 4 женщин сывороточное железо было в пределах от 11,8 до 19,4 мкмоль/л. У 22 (36,7%; ДИ 24,5 – 48,9%) пациенток в 34-36 недель беременности отмечается скрытый дефицит железа. Таким образом, к концу беременности у 42 (70%; ДИ 56,1 – 83,9%) наблюдавшихся женщин контрольной группы отмечены железодефицитные состояния. Полученные данные представлены в таблице 2.

В таблице 3 представлены данные, характеризующие течение беременности у женщин основной и контрольной групп. Как видно, беременность у женщин основной группы протекала с угрозой прерывания беременности до 14 недель у 4 (7,3%; ДИ 0 – 14,2%) наблюдаемых, в 15-21 недель у 6 (10,9%; ДИ 2,7 – 19,1%), в 22-27 недель у 4 (7,3%; ДИ 0,4 – 14,2%), в 28-37 недель у 8 (14,5%; ДИ 5,2 – 23,8%). При этом четыре пациентки трижды находились на стационарном лечении по поводу уг-

Таблица 2. Показатели феррокинетического статуса обследованных женщин

Показатель	После прегравидарной подготовки		8 – 12 недель				Р	34 – 36 недель				Р
	1 группа		1 группа		2 группа			1 группа		2 группа		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%	
Гемоглобин	0	0	0	0	11	18,3	< 0,01	2	3,6	20	33,3	< 0,01
Сывороточное железо, < 11,5 мкмоль/л	0	0	0	0	11	18,3	< 0,01	2	3,6	16	26,7	< 0,01
Сывороточный ферритин 12,0 – 19,9 мкг/л	0	0	2	3,6	12	20	< 0,01	3	5,4	22	36,7	< 0,01
Сывороточный ферритин < 12,0 мкг/л	0	0	0	0	11	18,3	< 0,01	2	3,6	20	33,3	< 0,01

розы прерывания в разные сроки беременности. Ранний токсикоз диагностирован у 3 (5,4%; ДИ 0 – 11,4%), гестоз второй половины беременности развился также у 3 (5,4%; ДИ 0 – 11,4%) пациенток. В контрольной группе угроза прерывания беременности в сроке до 14 недель диагностирована у 14 (23,3%; ДИ 12,6 – 34,0%) наблюдаемых, в 15 – 21 неделю – у 12 (20%; ДИ 9,9 – 30,1%) женщин, в 22 – 27 недель – у 9 (15%; ДИ 6,0 – 24,0%), в 28-37 недель – у 16 (26,7%; ДИ 15,5 – 37,9%) пациенток, причем у 11 из них отмечалась угроза прерывания в разные сроки беременности. Ранний токсикоз наблюдался у 10 (16,7%; ДИ 7,3 – 26,1%) беременных, гестоз второй половины беременности проявился у 12 (20%; ДИ 9,9 – 30,1%) пациенток.

Произведен расчет эффективности прегравидарной подготовки по профилактике железодефицитных состояний в течение беременности согласно критериям доказательной медицины. Полученные результаты представлены в таблице 4.

Представленные данные свидетельствуют о выраженном положительном влиянии прегравидарной подготовки препаратами железа на риск

Таблица 3. Осложнения течения беременности у женщин основной и контрольной групп

Характер осложнений	Основная группа n=55		Контрольная группа n=60		Р
	Абс.	%	Абс.	%	
Угроза прерывания до 14 недель	4	7,3	14	23,3	< 0,01
Угроза прерывания с 15 до 21 недели	6	10,9	12	20,0	< 0,01
Угроза прерывания с 22 до 27 недель	4	7,3	9	15,0	< 0,05
Угроза прерывания с 28 до 37 недель	8	14,5	16	27,6	< 0,05
Токсикоз I половины беременности	3	5,4	10	16,7	< 0,05
Гестоз II половины беременности	3	5,4	12	20	< 0,05

Таблица 4. Эффективность прегравидарной подготовки в профилактике железодефицитных состояний в течение беременности

№	Показатель эффективности	8 – 12 недель	34 – 36 недель
1.	Риск события в контрольной группе (РСК)	0,383	0,7
2.	Риск события в обследованной группе (РСВ)	0,0363	0,091
3.	Относительный риск (ОР)	10,54	7,7
4.	Снижение абсолютного риска (САР)	0,347	0,609
5.	Снижение относительного риска (СОР)	0,905	0,870
6.	Число больных, которых необходимо лечить (ЧБЛ)	2,882	1,642
7.	Отношение шансов для благоприятного исхода (ОШ)	16,473	23,3

Таблица 5. Эффективность прегравидарной подготовки по снижению частоты осложнений беременности

№№	Показатель эффективности	Угроза прерывания до 14 недель	Угроза прерывания 15 - 21 неделя	Угроза прерывания 22 - 27 неделя	Угроза прерывания 28 - 37 неделя	Токсикоз I половины беременности	Гестоз II половины беременности
1.	РСК	0,233	0,2	0,15	0,267	0,167	0,2
2.	РСВ	0,073	0,109	0,073	0,145	0,054	0,054
3.	ОР	3,208	1,833	2,06	1,833	3,055	3,667
4.	САР	0,161	0,091	0,077	0,121	0,112	0,145
5.	СОР	0,688	0,454	0,515	0,454	0,673	0,727
6.	ЧБЛ	6,226	11,0	12,94	8,25	8,919	6,875
7.	ОШ	3,880	2,04	2,25	2,136	3,467	4,333

возникновения железодефицитных состояний во время беременности. Так, женщины, получившие прегравидарную подготовку, имеют шансы 1 : 16,5 в 8-12 недель и 1 : 23,3 в 34-36 недель беременности по риску развития железодефицитных состояний. Относительный риск развития железодефицитных состояний в контрольной группе превышает данный риск в основной группе в 10,5 и 7,7 раза соответственно. Достигнуто снижение абсолютного риска развития анемии беременных на 34,5% в 8-12 недель и на 60,9% в 34-36 недель беременности.

Представленные в таблице 5 результаты эффективности прегравидарной подготовки препаратами железа женщин группы резерва родов свидетельствуют о её выраженном положительном влиянии на снижение частоты осложнений беременности.

Выводы

1. Обследование женщин группы резерва родов на прегравидарном этапе позволяет выявить имеющиеся железодефицитные состояния и провести их коррекцию до планируемой беременности.
2. Включение препаратов железа в комплекс прегравидарной подготовки позволяет существенно снизить частоту анемий беременных.
3. Проведение прегравидарной коррекции железодефицитных состояний позволяет уменьшить частоту развития осложнений беременности (токсикозов первой половины беременности и угрозы прерывания беременности в 2 раза, а поздних гестозов – в 4 раза).

Литература

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. - М.: Практика, 1999. – 459 с.
2. Грищенко О.В. // Репродуктивное здоровье женщины. - 2003. - № 1. - С. 23 – 26.
3. Жданова Е. В. // Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. - № 3. - С. 50 -52.
4. Пересада О. А., Кувшинников В. А. и др. // Медицинские новости. – 2002. - № 8. - С.61 – 64.
5. Петрова Е. В., Пересада О. А., Смирнова Л. А. // Рецепт. - 2003. - №4. - С.100 – 104.
6. Смирнова Л. А., Лакотко Н. Н., Оганова Е.Г. и др. // Медицинские новости. – 2001. - № 4. - С. 54 – 56.
7. Смирнова Л. А., Минайчева Л. М. // Охрана материнства и детства. - 2000. - № 1. - С. 62 -70.
8. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Пер. с англ. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
9. Шехтман М. М. // Здоровье женщины. - 2001. - № 4. - С. 94-102.
10. Bentley M. E. // Eur. J. Clin. Nutr. – 2003. - Vol. 57, № 1. - P. 52-60.
11. Brabin B. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. - 2003. – Vol. 97, № 1. - P. 36-38.

Resume

ASSESSMENT OF THE EFFICACY OF PREGRAVIDITY PREPARATION WITH IRON MEDICATIONS IN WOMEN FROM DELIVERY RESERVE GROUP

A.I. Kovaliova

Medicoprohylactic institution (MPI)
«Beriozovskoye District Territorial Medical Association», Brest Region,

The Department of Obstetrics and Gynecology of
the Grodno State Medical University

1. The examination of the women from the delivery reserve group in pregravidity stage gives an opportunity to reveal iron deficiency conditions and perform their correction before planned pregnancy.
2. Inclusion of iron medical preparations into the complex of pregravidity training has given a chance to reduce significantly the frequency of anemia in pregnant.
3. The performance of pregravidity iron deficiency correction allows to decrease the frequency of pregnancy complication development (toxemicoses of the first half of pregnancy and threat of miscarriage (2 fold, late gestoses 4 fold).