

**Давлатова Г.Н.,
Сулейманова Д.Н.,
Маматкулова Д. Ф.,
Наджмитдинова М.Л.,
Алимов Т.Р.,
Нарметова М. У.**

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз, Центр анемии Ташкентский
Педиатрический медицинский институт

В данной работе изучены некоторые факторы риска развития дефицита фолиевой кислоты (ДФК) у женщин фертильного возраста (ЖФВ). В работе использованы материалы исследований 246 женщин фертильного возраста, у которых проведен опрос по специальному вопроснику для изучения факторов риска развития ДФК. Изучены клинические показатели крови, биохимические (сывороточное железо, ферритин, трансферрин, С-реактивный белок), показатели фолиевой кислоты (микробиологическим методом). Результаты исследований показали, что у пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ и хроническим гепатитом достоверно снижены показатели ФК, по сравнению со здоровыми - $9,15 \pm 0,16$ нг/мл и $13,23 \pm 0,32$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$). Показатели ФК у инфицированных гельминтозами (энтеробиоз, лямблиоз, гименолепидоз, аскаридоз) и неинфицированных достоверно не отличаются - $11,95 \pm 0,26$ нг/мл и $12,13 \pm 0,23$ нг/мл соответственно ($p > 0,05$). Достоверная разница в показателях ФК установлена у пациентов ежедневно употребляющих зелень, бобовые, фортифицированную муку, по сравнению с теми, кто их употребляет редко $12,73 \pm 0,18$ нг/мл и $8,11 \pm 0,20$ нг/мл, соответственно ($p < 0,01$).

Медицинская наука и практика здравоохранения за последние десятилетия убедительно доказала негативное влияние дефицита фолиевой кислоты (ДФК) на здоровье человека - это осложнения в период беременности и родов, врожденная патология у новорожденных, риск инфарктов и инсультов, снижение иммунитета, трофические нарушения кожи и слизистых, генетические дефекты и др. [2]. Вышеуказанное снижает социально-экономическое развитие стран, что обусловило разработку и внедрение во многих странах различных программ по массовой борьбе с ДФК, принцип которых основан на обогащении пищевых продуктов фолиевой кислотой, употребление фолиевой кислоты в профилактических дозах среди групп риска (женщины детородного возраста, беременные, кормящие, подростки, дети раннего возраста), рациональное питание [5,9,11].

Известно, что суточная потребность в фолиевой кислоте (ФК) у детей до 1 года составляет 120 мкг, от 1 года до 12 лет - 200 мкг, у подростков и взрослых - 400 мкг, беременных - 800 мкг, кормящих - 600 мкг [6,10]. Снижение поступления ФК в организм, повышенные расходы и потери приводят к ДФК. Поскольку фолиевая кислота поступает в организм с пищей, ведущим фактором риска развития ДФК является недостаточное содержание в рационе фолатов, которые содержатся в основном в зелени, зеленых листовых овощах, бобовых, отрубях, крупах, печени и мясопродуктах. Кипячение разрушает фолиевую кислоту, поэтому овощи и зелень нужно есть в сыром виде, в мясопродуктах ФК более устойчива к термообработке [10]. Другие причины ДФК - это алкоголизм, цинга, хронические заболевания ЖКТ, синдром мальабсорбции, спру, гельминтозы и паразитозы, особенно ленточные [1]. Длительное употребление некоторых противосудорожных и снотворных препаратов, сульфаниламидов, и др. также приводят к ДФК [7, 12]. В грудном молоке содержится моноглутаматная форма ФК, которая лучше всего всасывается и имеет

максимальную биологическую активность, а в пищевых продуктах она не содержится. Поэтому, грудное вскармливание является одним из самых эффективных мер профилактики ДФК у детей раннего возраста [6].

За последние 20 лет в нашей республике большое внимание уделяется вопросам диагностики, лечения, профилактики ДФК. Так, в 2010 году принят Закон РУз «О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения», который обеспечивает фортификацию муки микронутриентами, в т.ч. ФК, по всей стране, также на уровне первичного звена здравоохранения широко внедряется метод еженедельной саплементации препаратами железа и фолиевой кислотой в группах риска, пропаганда рационального питания.

В рамках государственной программы в целях предупреждения патологии у беременных и новорожденных все беременные женщины бесплатно обеспечиваются поливитаминами и фолиевой кислотой, в Центре анемии НИИГ и ПК впервые в республике налажена диагностика ДФК. Несмотря на вышеуказанные меры, показатели ДФК среди детей и женщин все еще остаются высокими - 30-86%, по сравнению с показателями развитых стран 5-15% [3]. Это требует изучения причин и факторов риска развития ДФК в нашей республике, т.к. в каждой стране существуют свои местные особенности в питании, традициях, социально-экономическом статусе населения, системе здравоохранения и др. С учетом вышеуказанного, целью данной работы явилось изучение некоторых факторов риска развития ДФК у ЖФВ.

Материал и методы. Обследовано всего 246 женщин фертильного возраста, которые состояли на диспансерном учете с различной патологией ЖКТ, хроническим гепатитом и гельминтозами. Контрольную группу составили пациенты без вышеуказанной патологии. Для выявления факторов риска развития ДФК использовали специально

разработанный нами вопросник. Для дифференциальной диагностики ЖДФ и ФДА, произведен забор венозной крови для определения показателей сывороточного железа, ферритина, СРВ на биохимическом анализаторе «РЕНДЕКС» (Дайтона), периферическая кровь изучена на клиническом анализаторе. Показатели фолиевой кислоты определены микробиологическим методом с использованием планшетного фотометра. Критерии показателей норм фолиевой кислоты взяты

по ВОЗ: для детей не менее 8 нг/мл, для подростков и женщин не менее 10 нг/мл.

Результаты и обсуждение. Наибольшая встречаемость ДФК отмечена среди больных с гельминтозами - 74,02%, дисбактериозом - 73,33%, хроническим гепатитом, энтероколитом, колитом, дуоденитом - 72%, наименьшая частота у больных хроническим гастритом - 45%.

Таблица 1

Встречаемость ДФК у женщин фертильного возраста в зависимости от заболеваний ЖКТ и гельминтозов (%)

№ Целевые группы	п	ДФК абс (%)
1. Хронический гастрит	31	14(45,16)*
2 Хронический колит, энтероколит, дуоденит		16(72,72)*
3. Дисбактериоз	15	11(73,33)*
Хронический гепатит	44	32(72,72)*
Гельминтозы	154	114(74,02)*
4 Практически здоровые (контрольная группа)		77ч*

* разница достоверна по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$).

Таблица 2

Взаимосвязь показателей фолиевой кислоты и факторов питания ($M \pm m$)

№	Целевые группы	п	ФК (нг/мл)
1	Ежедневно употребляют зелень, зеленые листовые овощи	189 (76,83)	15±0,20
	не употребляют	57(23,17)	10,13±0,52
2	Употребляют не менее 2х раз в неделю бобовые	112(45,53)	12,63±0,19
	Не употребляют	134(54,47)	11,04±0,26
3	Употребляют фортифицированную муку или хлеб ежедневно	187(76,02)	12,73±0,18
	Не употребляют	59(23,98)	10,14±0,47
	Систематически употребляют и зелень, и бобовые, и фортифицированную муку	144(58,54)	13,1±0,25
4	Редко употребляют		8,11±0,20

В контрольной группе эти показатели были достоверно ниже - 30,77%. Среди пациентов с хроническими заболеваниями ЖКТ и хроническим гепатитом достоверно снижены показатели ФК, по сравнению со здоровыми - $9,15 \pm 0,16$ нг/мл и $13,23 \pm 0,32$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$). Показатели ФК у инфицированных гельминтозами (энтеробиоз, лямблиоз, гименолепидоз, аскаридоз) и неинфицированных достоверно не отличаются - $11,95 \pm 0,26$ нг/мл и $12,13 \pm 0,23$ нг/мл соответственно ($p > 0,05$). Наши данные подтверждают сведения о том, что дисбактериозы, гельминтозы, хронические заболевания ЖКТ являются ведущими факторами риска развития ДФК [1,2]. В исследованиях, проведенных среди детей также отмечено, что у детей с гельминтозами достоверно чаще встречается ДФК, по сравнению с детьми без гельминтозов - 85,9% и 68,18% соответственно. Не установлено достоверной разницы в изучаемых показателях в зависимости от степени тяжести ДФК [4].

Изучение показателей ФК в зависимости от некоторых факторов питания установило, что большинство обследованных употребляют зелень, зеленые листовые овощи, фортифицированную муку или хлеб (76%), меньшее число (45,53%) употребляют бобовые. Достоверная разница в показателях ФК установлена у пациентов ежедневно употребляющих зелень, бобовые, фортифицированную муку, по сравнению с теми, кто их употребляет редко $12,73 \pm 0,18$ нг/мл и $8,11 \pm 0,20$ нг/мл, соответственно ($p < 0,01$).

В целевых группах употребление овощей и зелени значительно выше по сравнению с данными исследований, проведенных в 1994 году в

Муйнакском районе Р.Каракалпакстан, где овощи и фрукты употребляли всего 17-40% населения, в то время как жиры, молочные продукты, мучные изделия и крупы употребляли свыше 80%, при этом частота ДФК выявлена у 40-86% населения (8). Несмотря на высокую частоту ДФК, не выявлено ни одного случая фолиеводефицитной анемии, все случаи анемии были железодефицитными (60- 90%), что совпадает с данными наших исследований. Необходимо отметить, что в этот период (1994г) производство фортифицированной муки и программа саплементации в республике еще не были налажены.

Таким образом, изучение некоторых факторов риска развития ДФК у ЖФВ указывает на их тесную взаимосвязь с факторами питания, заболеваниями ЖКТ и гельминтозами, риск развития ДФК возрастает более чем в 2 раза при наличии патологии ЖКТ, гельминтозов, дисбактериозов. Полученные результаты указывают на необходимость более глубокого изучения факторов риска развития ДФК, что в свою очередь позволит разработать целенаправленные программы по их профилактике.

Выводы

1. Риск развития ДФК возрастает почти в 2 раза при наличии хронических заболеваний ЖКТ, дисбактериоза, гельминтозов.
2. В рационе питания ЖФВ недостаточно источников ФК - фортифицированной муки и хлеба, зелени, зеленых овощей, бобовых.
3. Для повышения эффективности борьбы с ДФК в республике необходимо лечение и профилактика патологии ЖКТ, гельминтозов, дисбактериозов, изменение привычек питания.

Литература

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементозы человека. - М. 1991.
2. Доброхотова Ю. Э. Джобавва Э. М. и др. Значение фолиевой кислоты в акушерстве и перинатологии// Проблемы репродукции - 2006. - №1 - С. 98-101
3. Воронин Д.В. Пренатальная ультразвуковая диагностика пороков развития // Аномалии развития: иллюстрированное пособие для врачей / под ред. В. В. Красильникова. 2007. С. 234-256
4. Кулиев О.А., Нарметова М.У., Таджиева Н.У. Дефицит фолиевой кислоты у детей с анемией. Материалы конференции гематологов и трансфузиологов, Ташкент, 2012г.
5. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Заболотная А.В., Чернов А.В. Безопасное материнство (Физиологическая беременность). Руководство для врачей II под ред. проф. А.Я.Сенчука. - Нежин: Гидромакс, 2008. - 180 с.
6. Рокс К. соавт. «Перспективы улучшения питания в Восточной Европе и Центральной Азии». Монография, Москва, 2003, стр. 21-24.
7. Спиричев В.Б., Барашнев Ю.И. Врожденные нарушения обмена витаминов М.: Медицина 2007г
8. С.Mors, Suleymanova D.N. Заключительный отчет «Распространенность и причины анемии в Муйнакском районе, Республики Каракалпакстан», 1994г, Ташкент.
9. Osei A., Houser R., Bulusu S., Joshi T., Hamer D. Nutritional status of primary schoolchildren in Garhwali Himalayan villages of India. Helen Keller International, Asia Pacific Regional Office, Phnom Penh, Cambodia Food Nutr Bull. 2010. P. 221-33.
10. Сулейманова Д.Н., Давлатова Г.Н., Алимов Т.Р., Нарметова М.У., Кулиев О.А. Современные аспекты дисбаланса фолиевой кислоты в организме человека. Монография. Ташкент, 2013г, 104 с.
11. Сулейманова Д.Н. Профилактика дефицита железа в республике Узбекистан. Монография. Ташкент, 2010, 102 с.
12. Сулейманова Д.Н., Нарметова М.У., Таджиева Н.У., Алимов Т.Р., Маматкулова Д.Ф. Дефицит фолиевой кислоты и современная лабораторная диагностика. Методические рекомендации. Ташкент, 2011. 19 с.