

Сулейманова Д. Н.,
Довлатова Г.Н.,
Наджмитдинова М.А.,
Алимов Т.Р., Таджиева И. У.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ДЕВУШЕК ДО ВСТУПЛЕНИЯ В БРАК

НИИГиПК, Центр анемии. Таш ИМИ

Актуальность. Фолиевая кислота (ФК) также как и железо играет важную роль в гемопоэзе, гематологические нарушения проявляются в развитии мегалобластной анемии, иногда лейкопении, тромбоцитопении. ФК участвует в синтезе ряда аминокислот (серин, глицин, метионин, гистидин), и что особенно важно, метидина - компонента ДНК. Ключевая роль ФК заключается в участии её в процессе деления клеток. Во время беременности, когда происходит интенсивное деление клеток, роль ФК резко возрастает, она необходима для процессов кроветворения и эмбриогенеза. Известно, что нервная трубка плода закладывается уже на 18 день после зачатия, а её закрытие происходит на 4 неделе эмбриогенеза. Дефицит фолиевой кислоты (ДФК) является основной причиной развития дефектов нервной трубки, таких как: анэнцефалия, гидроцефалия, мозговая грыжа, спинномозговая грыжа, spinabifida, хондродистрофия, а также орофациальные нарушения («заячья губа», «волчья пасть» и др.).

В связи с выше изложенным, проблема ДФК имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение для каждой страны. Для предупреждения врожденных дефектов у детей необходимо проводить диагностику, лечение и профилактику ДФК у матерей до беременности. Многочисленные исследования показали, что не менее 3х месяцев до планируемой беременности необходимо начать профилактический прием фолиевой кислоты, а перед беременностью исследовать показатели фолата крови. Нормальные показатели фолата - гарантия рождения ребенка без врожденной патологии. По данным литературных источников распространенность дефицита фолиевой кислоты особенно велика среди новорожденных, детей раннего возраста, женщин детородного возраста и беременных, составляя в среднем от 67% до 87%. Однако, до настоящего не проводились исследования по изучению показателей ФК у девушек готовящихся к вступлению в брак.

Цель: Изучение показателей фолиевой кислоты и анемии у девушек готовящихся к вступлению в брак, оценка препарата “Гематоник” в лечении / профилактике ДФК и железодефицитной анемии.

Материал и методы: Объектом исследования были 56 девушек в возрасте 18 - 30 лет, которые проходили медицинский осмотр в поликлинике в связи с вступлением в брак. У этих 56 девушек была выявлена ЖДА, в связи с чем они были направлены в НИИГиПК на консультацию гематолога. Для контроля взяты женщины 44 женщины с ЖДА,

обратившиеся в поликлинику НИИГиПК для консультации. Проведен опрос по специально разработанному вопроснику из 25 вопросов. Определение клинического анализа крови проводили на гематологическом анализаторе «MINDRAYBC-2300», определение СРВ, ферритина трансферрина проводили с помощью биохимического анализатора «X Daytona», фирмы Rendex (Швейцария). Определение показателей фолиевой кислоты микробиологическим методом (ФК в норме <10 нмоль/л), показателя сывороточного железа (6.6-26.0 мкмоль/л), ферритина, трансферрина, СРВ на биохимическом анализаторе (Mindray BA-88A). После установления диагноза назначено лечение / профилактика анемии и ДФК.

Для лечения анемии применяли препарат “Гематоник”, который содержит в составе железа фурамат-115мг, витамина В12-15мг, аскорбиновой кислоты-150мг, фолиевой кислоты-1 мг. При легкой степени назначено: 1 капсула х1 раз в день в течении 1 месяца; при средней степени 1 капсула х 2 раза в день в течении 1 месяца; при тяжелой степени инъекции в/м препарат Феркайл 2, 0 х 10 дней, затем 20 дней продолжали препарат “Гематоник” по 1 капсуле х 2 раза в день в течении 1 месяца. Через 1 месяц проводилось повторное исследование пациенток. По полученным результатам ■ проведена статистическая обработка.

Результаты и обсуждение: Среди пациенток с ЖДА у 91,00% из них отмечается дефицит фолиевой кислоты. Причем, при легкой степени анемии дефицит фолиевой кислоты встречается у 86.48%, при средней тяжести 95%, при тяжелой степени 100% случаев, т.е. дефицит фолиевой кислоты непосредственно связано со степенью тяжести анемии. По данным Нарметовой М.У.,

соавт.(2012г) дефицит фолиевой кислоты у девочек-подростков в Ташкенте при легкой степени анемии составил 23,1%, при средней степени анемии 29%, при тяжелой - 48.4%. Следовательно, чем тяжелее степень анемии, тем выше дефицит фолиевой кислоты.

После проведенного лечения "Гематоником" частота ДФК сократилась с 91% до 4% ($p<0.05$), что показывает высокую эффективность оздоровления.

До лечения у 74% пациенток отмечена легкая степень ЖДА, у 20% анемия средней степени, у 6% тяжелая степень анемии. После проведенного курса лечения легкая степень анемии наблюдалась у 36%, средней степени у 3%, тяжелая степень анемия не выявлена..

В целом до лечения у пациенток с анемией показатели гемоглобина составили 91.9 ± 1.20 г/л, эритроцитов $3.50\pm 0.04\cdot 10^{12}/л$, ЦП 0.78 ± 0.01 , а после лечения препаратом "Гематоник" гемоглобин составил 115.8 ± 0.90 г/л и эритроцитов $4.03\pm 0.02\cdot 10^{12}/л$ ($p<0.05$), ЦП 0.85 ± 0.01 , т.е. гемоглобин возрос в среднем на 24 г/л ($p<0.05$). Оценка прироста показателей гемоглобина в зависимости от степени тяжести анемии показал, что при легкой степени анемии гемоглобин до лечения составил 97.23 ± 0.59 г/л, после лечения 119.35 ± 0.72 г/л; при средней степени до лечения 82.5 ± 1.54 г/л после лечения 108.55 ± 1.16 г/л; при тяжелой степени анемии соответственно 57.5 ± 4.06 г/л и 96.16 ± 7.25 г/л.

Таблица 1

Динамика показателей сывороточного железа и фолиевой кислоты до и после лечения препаратом "Гематоник"

Индикаторы сыворотки крови	Всего		Легкая степень		Среднетяжелая степень		Тяжелая степень	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
сывороточное железо мкмоль/л	4.95 ± 0.24	14.93 ± 0.36	5.41 ± 0.29	15.44 ± 0.43	3.87 ± 0.32	14.13 ± 0.73	2.91 ± 0.76	11.33 ± 0.60
фолиевая кислота нмоль/л	7.98 ± 0.23	14.9 ± 0.032	8.33 ± 0.25	14.85 ± 0.40	7.79 ± 0.50	15.53 ± 0.63	4.19 ± 0.69	13.44 ± 1.21

Разница показателей до и после лечения достоверна ($p<0.05$)

Показатели сывороточного железа до лечения составили 4.95 ± 0.24 мкмоль/л, после лечения 14.93 ± 0.36 мкмоль/л, а фолиевой кислоты до лечения 7.98 ± 0.23 нг/мл, после - 14.9 ± 0.032 нг/мл соответственно. Сравнение показателей ДФК среди основной и контрольной группы существенной разницы не выявил

Изучение среднего диаметра эритроцитов у обследованных показал, у 33 обнаружены макроциты, у 42 нормоциты, у 25 микроциты. С макроцитов не обнаружено у обследованных с тяжелой степенью анемии.

Изучение ДФК в Узбекистане проводились ранее специалистами Центра анемии среди женщин детородного возраста, подростков, детей. Так, в рамках международных исследований совместно с специалистами Центра анемии НИИГиПК МЗ РУз в 1994 году в Муйнакском районе Р.Каракалпакстан показатели фолатов были изучены методом радиоанализа (Биорад, 1989г). Результаты показали, что дефицит фолатов составил у детей 1-3х лет 81%, 5-10 лет 47%. В 2001 году, в рамках проекта по изучению

эффективности потребления фортифицированной муки. В Зангиатинском районе Ташкентской области было обследовано 40 семей, в каждой семье женщина детородного возраста и двое детей, итого 120 человек. Семьи систематически в течение 1 года употребляли фортифицированную муку. Исследования проведены до и после употребления фортифицированной муки с интервалом 1 год, результаты показали снижение ДФК 1 год на 13%, тяжелая степень ДФК в 5-6 раз. По данным исследований ряда авторов путем ранней профилактики можно снизить риск дефектов нервной трубки на 60 - 72%. Таким образом, учитывая негативные последствия ЖДА и влияния ДФК на развитие врожденной патологии у детей, высокую выявляемость ДФК, необходимо повсеместно проводить профилактику ДФК и ЖДА у девушек готовящихся к вступлению в брак.

Выводы

1. Среди девушек вступающих в брак ДФК выявляется в 91% случаях, между ЖДА и ДФК имеется тесная взаимосвязь: чем тяжелее степень анемии, тем выше риск развития ДФК.

2. Внедрение ранней диагностики ДФК у девушек позволяет провести своевременную профилактику и лечение, тем самым предупредить врожденную патологию среди.

3. У девушек до вступления в брак необ

4. Препарат "Тематоник" эффективен при комбинированной терапии ЖДА и ДФК.

Литература

1. Доброхотова Ю. Э. Значение фолиевой кислоты в акушерстве и гинекологии// Проблемы репродукции. — 2006. — № 1. — С. 98-101.
2. Сулейманова Д.Н., Давлатова Г.Н., Нарметова М.У., Кулиев О.А. Современные аспекты дисбаланса фолиевой кислоты в организме человека, Монография, Ташкент, 2013г.- 105 стр.
3. Каримов Х.Я., Сулейманова Д.Н. Профилактика дефицита железа в Республике Узбекистан, Монография, Ташкент, 2010. -112с.
4. Нарметова М.У., Алимов Т.Р., Давлатова Т.Н., Таджиева Н.У. Частота встречаемости дефицита фолиевой кислоты у девочек- подростков/Леопетической и клинической медицины - 2012. -№7. -С.76-78.
5. Сулейманова Д.Н., Давлатова Т.Н., Нарметова М.У., Маматкулова Д.Ф. Опыт массовой профилактики дефицита железа и фолиевой кислоты среди женщин фертильного возраста в Республике Узбекистан //Диагностика и лечение анемией в XXI веке: Сборник материалов. - Рязань, 2013. - С.54-56.
6. Beaumont C., Vanlont S. Iron homeostasis. ESH. - 2006. - P. 392-406.
7. Peyssonnaud C., Zinkmagel A., Schuepbach R., Johnson R. Regulation of iron homeostasis bu the hypoxia-inducibl factors (HIFs). J. Clin. Invest, -2007. - Vol. 117, №7. - P. 1926-1932.
8. Lauren Hund, Christine A. Northrop-Clewes, Ronald Nazario, Dilora Suleymanova// A Novel approach to Evaluating the Iron and Folate Status of Women of Reproductive Age in Uzbekistan after 3 Years of Flour Fortification with Micronutrients// PLOS ONE November 2013. Vol. 8, Is. 11. - P.1-
9. Patterson D. Folate metabolism and the risk of Down syndrome. DPatterson. Doim Syridr Res Pract 2008; 12 (2): 93-7.
10. Salerno P et al. Folic acid and congenital malformation: scientific evidence and public health strategies. Ann Ig2008; 20 (6): 519-30.
11. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. Am f Clin Nutr 2009; 89 (2): 668S- 672.
12. Tazhibaeв S., Suleimanova D.N., Rahimjanov Sh. Anemia prevention and control programme impact eveluation in Uzbekistan/ZCosequences and Control of Micronutrient Deficiencies: Science, Policy and Programs- Defining the Issues.- Istambul, Turkey.- 2007.- P. 75.9.

Сулейманова Д.Н.,
Давлатова Г.Н.,
Махмудов Х.Л.,
Алмагамбетова У.,
Валиахмедова А. Ф.,
Мамадалиев Р.Т.,
Тогаев Р.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ

НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз
Центр анемии

Актуальность. Одной из целей тысячелетия ООН является искоренение всех форм микронутриентной недостаточности среди детей и матерей, в т.ч. дефицита железа. По данным Всемирного Банка скрытый дефицит железа и железодефицитная анемия относятся к самым актуальным проблемам общественного здравоохранения, в связи с ее широкой распространенностью, колоссальными экономическими и социальными потерями, составляющими около 5% национального дохода каждой страны, затраты же на профилактические мероприятия составляют около 3-5%. ЖДА в основном подвержены женщины

детородного возраста, беременные, кормящие, девочки- подростки, дети до 2х лет, поэтому они относятся к группе риска по ЖДА и нуждаются в профилактике. Анемия является основной причиной различных осложнений в периоде беременности и родов (преждевременные роды, кровотечения в родах, выкидыши, низкий вес новорожденного и др.), причиной снижения физического и интеллектуального развития детей и молодежи, снижения иммунитета и работоспособности. Доказано, что с анемией связано 80% патологии в периоде беременности и родов, 40% материнской и детской смертности, а также повышение показателей общей заболеваемости в 2-3 раза.