



ПРОБЛЕМА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Мусуралиев М.С., Исакова Ж.К.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева Бишкек, Кыргызстан

Резюме. За последние годы не наблюдается снижение заболеваемости ЖДА, и проблема ее лечения остается актуальной. В статье приведены данные заболеваемости ЖДА в Кыргызстане, изучено влияние анемии на течение беременности и родов в зависимости от способа лечения антианемической добавкой и железосодержащими препаратами.

Ключевые слова: беременные, железодефицитная анемия, роды, антианемическая добавка, железосодержащие препараты.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ТЕМИРДИН ЖЕТИШСИЗДИГИНЕН АЗ КАНДУУЛУК ПРОБЛЕМАСЫ

Мусуралиев М.С., Исакова Ж.К.

Ахунбаев И.К. атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргызстан

Корутунду. Киинки жылдардын аралыгында темирдин жетишсиздигинен аз кандуулук ооруларынын саны төмөндөшү байкалбайт жана аны дарылоо маселеси курч бойдон калууда. Макалада аталган ооруу боюнча Кыргызстандагы маалыматтар берилип, аз кандуулукка каршы биокошулма жана темир камтылган дарылар менен дарылоо ыкмаларына жараша аз кандуулуктун кош бойлуулукка жана төрөткө болгон таасирлери изилденген.

Негизги создор: кош бойлуулар, темир жетишсиздигинен болгон аз кандуулук, төрөт, аз кандуулукка каршы биокошулма.

THE PROBLEM IRON DEFICIENCY ANEMIA IN KYRGYZSTAN

Musuraliev M.S., Isakova J.K.

KSMA by I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume. The problem iron deficiency anemia in Kyrgyzstan. For the last years we can't observe a morbidity falling of iron deficiency anemia and the problem its treatment stays actual. In a given article shows morbidity research data in Kyrgyzstan and have learned an influence of anemia to the gestation and labor which depends on ways of treatment with the help antianemic nutrition and iron preparations.

Key words: pregnant women, iron-deficiency anemia, labor, antianemic nutrition.

Деятельность учреждений здравоохранения в условиях экономического спада существенно ограничивается недостаточностью их финансирования, остротой проблемы лекарственного обеспечения. Положение усугубляется низким индексом здоровья населения, низким социальным статусом основной его массы, неблагоприятными условиями труда и быта, загрязнением окружающей среды, а также ростом патологии, имеющей хроническое течение, в том числе и анемии. Известны многие этиологические факторы анемии, но следует отметить, что среди них весомую роль играет алиментарный, связанный в первую очередь с нехваткой в пище биосвоемого железа.

В Кыргызстане, по данным А.Р.Раимжанова (1999г.), из 2,2 млн. женщин репродуктивного возраста почти 1,5 млн. болели анемией [1]. В 2006г из числа беременных женщин 52% страдали анемией [2]. Заболеваемость анемией с диагнозом, установленным впервые в 2006 году, составила среди детей от 0 до14 лет 2109,1 случаев из зарегистрированных -3541 случаев на 100000 населения соответствующего возраста и 1240,6 взрослых и подростков (2647 случаев), соответственно. Рост заболеваемости определялся в значительной степени увеличением числа больных железодефицитной анемией, на долю которых в 2006г. пришлось 95,9% от числа заболевших болезнями крови и кроветворных органов.



Процент беременных женщин, больных анемией

Заболеваемость берем.	1996г.	2000г.	2001г.	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.
Числен. жен. законч. берем.	105431	88284	88014	92113	92070	96267	97496	100356
Анемией	55773	48284	49420	40247	49631	50475	46225	52227
Болез. сист. кровооб.	1440	1293	1077	1043	976	1623	764	1862
Гестозом	4314	4472	4033	3171	3574	4092	4128	4603
Болез. мочепол.	10673	11655	12433	24367	14244	14648	14558	20497
Веноз. осложн	2100	2431	2222	2083	2396	1991	2145	1974

Данные из числа состоящих под наблюдением на начало года и поступивших под наблюдение в отчетном году (2007) [3].

Актуальность проблемы сохраняется в связи с повышением количества осложнений в родах, материнской смертности среди беременных женщин с ЖДА, неблагоприятным ее влиянием на плод и постнатальное развитие детей, особенно девочек. По данным ВОЗ (1998г.) смертность среди больных женщин ЖДА в 5-10 раз выше, чем среди здоровых женщин.

По данным З.Ш. Гилязутдиновой (1998) всего из материнского депо расходуется около 800-950 мг железа. По мнению М.С. Рустамовой (1991) к концу первой половины беременности, более чем у 50% беременных женщин, запас в медуллярной ретикулогистиоцитарной системе оказывается полностью исчерпанным. Особенно возрастает потребность в железе с 16-20 недель беременности, когда начинается костномозговое кроветворение у плода и увеличивается масса крови в материнском организме.

По мнению многочисленных исследователей, истощение депо железа в организме наступает в результате часто следующих друг за другом беременностей, длительной лактации, многоплодной беременности [4]. Исследованиями доказано, что женщины с интергенетическим интервалом менее двух лет являются группой «повышенного риска» по вероятности развития анемического состояния [5]. По данным экспертов ЦАРАК (1999) в Кыргызстане межродовой интервал среди женщин был коротким, т.е. 22% женщин рожали ежегодно, 32% - через 1-2 года и всего лишь 26% женщин рожали через 3 и более лет, т.е. с оптимальным родовым интервалом. Суммарный коэффициент рождаемости, или коэффициент фертильности женщин (среднее число детей, рожденных одной женщиной в течение репродуктивного периода) увеличился с 2,5 в 2002г. до 2,7 детей - в 2006г. [3].

Беременность и роды на фоне железодефицитной анемии характеризуются высокой частотой различных осложнений, нередко ставящих под угрозу жизнь матери и плода [6,7]. С увеличением срока беременности чаще встречаются латентные и выраженные формы железодефицитных анемий. Активно работающий эритропоэз в «спешке перенапряжения» продуцирует недостаточно насыщенные гемоглобином эритроциты [8,9]. Исследователи, занимающиеся вопросами анемии у беременных, отмечают высокий процент невынашивания, несвоевременного излития околоплодных вод (до 25%), преждевременной отслойки нормальнорасполо-

женной плаценты (2,9%), аномалии родовой деятельности (8,5%), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (7,6%), частота сочетания гестоза и ЖДА доходит до 40% [10,11]. По данным Л.М. Казаковой (1993) преждевременные роды наблюдались у 11-42%, С.Н. Вахромеевой и соавт. (1996) в 59% случаев скрытого дефицита железа.

Материалы и методы исследования. В наших исследованиях проводилось наблюдение за 209 беременными женщинами с ЖДА различной степени тяжести, получавшими традиционное лечение таблетированными железопрепаратами (n-65) и основная группа (n-144)-антианемической добавкой (патент КР №334, 960428.1). В обследуемых группах в основном были представительницы коренной национальности-72,8%. Группы были идентичны по возрасту и паритету беременности и родов, преобладали повторнородящие женщины. Беременные с легкой степенью анемии составили (61,9%). Так как тяжелая степень анемии встречалась реже, беременные со 2-3 степенью ЖДА были объединены в одну группу, которая составила 38%. При диагностике анемии руководствовались классификацией ВОЗ (1994) Для изучения состояния внутриутробного плода обследуемые беременные дважды проходили ультразвуковое сканирование. Определялось соответствие плода гестационному сроку. За стандарты были взяты данные Персианинова Л.С.

Для обоснования эффективности применения Антианемического средства в лечении и профилактике ЖДА у беременных женщин была проведена сравнительная оценка эффективности нашего лечения и традиционного. Показатели изучены и проанализированы в зависимости от исходной степени тяжести анемии, а также от социального статуса и паритета родов. Прослежены акушерские и перинатальные аспекты течения беременности и исхода родов в зависимости от способа лечения.

Результаты исследования. Положительное влияние нового метода лечения ЖДА на клинико-гематологические показатели способствовало снижению степени гемической гипоксии, в результате чего наблюдалось улучшение в течении беременности. Так, угроза прерывания беременности была наиболее частым осложнением периода гестации у обследуемых: в основной группе у 22 беременных (26,6%), а в группе сравнения - у 33 (50,7%). Гестозом легкой степени осложнилось течение беременности в 4 случаях (6,7%) при 1 степени анемии и в 3 случаях (9,6%) при средне-тяжелой анемии, тогда как в группе сравнения гестоз наблюдался в 13,5% и 21,4%, соответственно. Таким



образом, практически в 2 раза чаще наблюдались осложнения у беременных с традиционным лечением.

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

Сравнительный анализ течения и исхода родов показал эффективное и положительное влияние лечения и снижение частоты осложнений. Так, при применении нового метода осложнения в родах уменьшились, например: несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 8,8% женщин против 30,7% в группе сравнения ($p < 0,05$), слабость родовой деятельности 5,5%, < в сравнении-12,3%, и преждевременные роды до - 4,4% - в основной группе, против 23% с традиционным лечением.

Выводы

Таким образом, наши данные, согласуются с данными литературы о неблагоприятном течении беременности на фоне анемии. Полученные результаты в процессе наблюдения и лечения беременных женщин с ЖДА разными способами: жидким антианемическим средством и таблетированными традиционными железосодержащими препаратами показали эффективность нового способа лечения и положительное влияние на течение беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раимжанов А.Р./ Состояние гематологической службы в Кыргызской Республике//Здравоохранение Кыргызстана.-1999-№1-С.23-26.
2. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения КР до 2015 года.Бишкек,2006.-72с.
3. Женщины и мужчины Кыргызской Республики 2002-2006//Сборник гендерно-разделенной статистики.Бишкек,2007.-С.32-64.
4. Джаманаева К.Б. Клинико-патогенетические аспекты развития анемии беременных: Дисс.док.мед.наук-Алматы, 2001-192с.
5. Шарманов Т.Ш. Профилактика и борьба с железодефицитной анемией-Прак. рук.,1998.-28с.
6. Мамедалиева Н.М., Кабылова С.А. Особенности течения и исходы беременности у женщин с анемией из Семипалатинского региона.//Акуш. ,гин.и перинатология. 2000.№4. - С.29-32.
7. Cavill I Iron and erythropoiesis in normal subjects and in pregnancy.// Journal of Perinatal Medicine1995-Vol/23-№1-2-P.47-50.
8. Берлинер Г.Б., Хейфец Л.М. Вопросы ведения больных анемиями в практике.// Клиническая медицина -1996.-№2. - С.60-62
9. ОмаровС.-М.А., Омаров Н.С.-М., Абу Насер М.А., Давыдова И.С. Оптимизация дородовой подготовки и ведения родов при сочетании гестоза с железодефицитной анемией. // Акуш.и гин.-2000-№5-С.31-34.
10. Вахромеева С.Н., Денисова С.Н. и др. Латентная форма ЖДА беременных и состояние здоровья их детей.// Российский вестник перинатологии и педиатрии.-1996.-Т.41.№3. -С.26-30
11. Earl R.Woteki C. (Edc) Iron deficiency Anemia: Recommended Guidedelines for Prevention, Detection and management among U.S.Washington, 1998.
12. Гилязутдинова З.Ш.// Экстрагенитальная патология и беременность-М.1998.-С.159-203.

№ п/п	Имя Фамилия	Специальность	Стаж	Средняя зарплата	Средняя зарплата на душу населения
1	Иванов И.И.	Специалист	10 лет	1000 руб.	500 руб.
2	Петров П.П.	Специалист	15 лет	1200 руб.	600 руб.
3	Сидоров С.С.	Специалист	20 лет	1500 руб.	750 руб.
4	Кузнецов К.К.	Специалист	25 лет	1800 руб.	900 руб.
5	Лебедев Л.Л.	Специалист	30 лет	2000 руб.	1000 руб.