

ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИГИ ҲОМИЛАДОРЛИКДА: КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТАРҚАЛИШИ

Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.С., Мамадалиева М.М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация

Темир танқислиги камқонлиги – бугунги кунда жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, турли шаклларда намоён бўлади. Мақолада темир танқислиги камқонлигининг асосий турлари, уларнинг келиб чиқиш сабаблари ва клиник белгиларининг фарқли жиҳатлари муҳокама қилинган. Шунингдек, ҳар бир турнинг патогенез жараёни, касалликнинг босқичлари ва унинг аҳолининг турли қатламлари ўртасида тарқалиши хусусиятлари баён этилган.

Калит сўзлар: темир танқислиги, анемия турлари, профилактика, ташхис, даволаш.

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANCY: CLINICAL FEATURES AND PREVALENCE

Asrankulova D.B., Mamasoliev N.S., Mamadaliyeva M.M.

Andijan state medical institute

Abstract

Iron deficiency anemia is one of the most widespread conditions today, manifesting in various forms. This article discusses the main types of iron deficiency anemia, their causes, and distinctive clinical features. The pathogenesis, stages of the disease, and its prevalence among different population groups are also highlighted.

Keywords: iron deficiency, types of anemia, prevention, diagnosis, treatment.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ

Асранкулова Д.Б., Мамасолиев Н.С., Мамадалиева М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Железодефицитная анемия – одно из наиболее распространённых заболеваний современности, проявляющееся в различных формах. В статье обсуждаются основные виды

железодефицитной анемии, их причины возникновения и клинические различия. Кроме того, представлены патогенетические процессы каждого вида, стадии заболевания и особенности его распространения среди различных групп населения.

Ключевые слова: железодефицит, виды анемии, профилактика, диагностика, лечение.

Жахон мамлакатларида ҳомиладорликдаги темир танқислиги ҳолатини ўрганишга бағишланган тадқиқотлар олиб борилган ва давом эттирилмоқда, бу – темир танқислиги ҳолати масаласини замонавий муаммолигини тасдиқлайди (Белокриницкая Т.Е., 2021; Jablonka A., Wetzke M., Sogkas G. et al. 2018). Нозологияга ТТХ ни ўз вақтида аниқлаш ва профилактикаси зарурати яна шу билан изоҳланадики, ТТК билан беморларнинг 70 – 100% да латент темир танқислиги аниқланади [2]. Ушбу клиник маълумотларга ҳам махсус эпидемиологик текширувлар ташкил қилиб ҳомиладорлар популяциясида аниқлик киритиш самарали ва зарурий профилактик тадбирлар режасини ишлаб чиқиш учун катта илмий – амалий аҳамият касб этади. Шу боис ҳомиладорларда ТТКни донозологик ташҳисоти ва профилактикасини оптимизациялашга эҳтиёж туғилади [7]. Бир вақтнинг ўзида мавжуд замонавий клиник тадқиқотларнинг гувоҳлик қилишича, ҳомиладорлардаги ТТКга нисбатан тиббий кучни шифохонадан амбулатория-оилавий поликлиника бўғинига йўналтиришда самарасиз [5, 6]. Шунинг учун ҳам ҳомиладорларда ТТХ ва асоратлари профилактикасида кутилган муваффақиятларга етиб бўлмайди. Ҳомиладорларда ТТХни аниқлаш частотаси ва асоратларнинг “ўсиб бориши” давом этмоқда ва пасайиш тенденцияси кузатилмаяпти (Ali A.A., Rayis D.A., Abdallah T.M., Elbashir M.I., Adam I., 2011). Боз устига тобора кўп тарқалиш частотаси билан барвақтли токсикознинг оғир даражаси (17,8% гача), ҳомиладорликнинг I-триместрида бола ташлаш таҳдиди (35,7% гача), хорионнинг қаватланиши (6,4%), чин – цервикал етишмовчилик (12,1%), эрта туғруқлар таҳдидлари (21,6% дан 22,3% гача), паст кучаниш (6,9% гача) ва ҳомила ривожланишининг чегарланиш синдроми (75,3% гача) каби «охирги акушерлик нуқталари» аксарият ривожланади [1, 3, 8].

Шундай статистик таҳлиллар қондаги гемоглобин миқдорининг ўзгаришларига бағишланиб ҳомиладорлик муддатига боғлиқ ҳолда ўтказилган (1-жадвал).

Ҳомиладорлар популяциясида қондаги Hb миқдорининг ҳомиладорлик муддатига боғлиқ ҳолда ўзгариши.

Ҳомиладорлик муддатлари	Текширув йиллари		RR	ИИ		χ^2	P
	2015 йил (n=229)	2020 йил (n=209)		Max	Min		
	Hb,г/л, (min Hb; max Hb)	Hb,г/л, (min Hb; max Hb)					
I-триместр (n=350)	73,6 58;90	67 42;79	2,5	2,9	2,2	159,1	<0,001
II-триместр (n=451)	71,5 46;88	66,7 46;86	2,1	2,3	1,8	108,3	<0,001
III-триместр (n=699)	70,3 50;88	65,9 50;79	1,5	1,7	1,3	41,1	<0,05

Келтирилган рақамли таҳлиллардан кўринадики ҳомиладорларда ҳомиладорликнинг муддатига боғлиқ ҳолда Hb нинг қондаги миқдори 2,3 (2015 йилда) ва 1,1 барабарга (2020 йили) камайиш билан аниқланди ($P<0,01$). Бундан ташқари, йиллар кесимида ушбу жараённинг сезиларли ифодаланиб аниқланиши исботли тасдиқланади. Чунончи, Hb нинг қондаги миқдори 2015-2020 йилларда ҳомиладорликнинг турли триместрларида қуйидагича аниқланиш ва динамикаси билан қайд қилинди [4,10]. Ҳомиладорликнинг муддати ортиб бориши билан гемоглобиннинг миқдори даражасининг қонда кескин камайиб бориши ва/ёки темир танқислиги ҳолатининг П – Т – Т ва ТТКни келиб чиқиши хавфини туғилиши, тадқиқотда, ўз тасдиғини топди [5,11].

Текширув йилларида ТТК ҳомиладор аёлларда қуйидаги аниқланиш частоталари билан қайд қилинди: 2015 йилда – 15,3%, 2016 йили – 22,3% ($P<0,05$), 2017 – йилда – 14,7% ($P>0,05$), 2018 йилда – 10,7% ($P>0,05$), 2019 – йилда – 23,1% ва 2020 йилда – 13,9% ($P<0,01$).

Умуман хулоса қилиш мумкинки, 6 йиллик кузатув давомида, ТТКнинг аниқланиш частотаси ҲАП да 1,4% га камайган ($P>0,05$). Ёш ва ҳомиладорликдаги ТТК орасида боғлиқликнинг мавжудлиги ишончли тасдиқланди. Ёшга боғлиқ ҳолда ТТК 100,0% гача ортди ва/ёки ≥ 45 ёшли ҳомиладорларда у 100,0% аниқланиш частотаси билан қайд этилди ($RR=1,03$; ИИ=1,25 – 0,84; $\chi^2=148,7$; $P<0,05$).

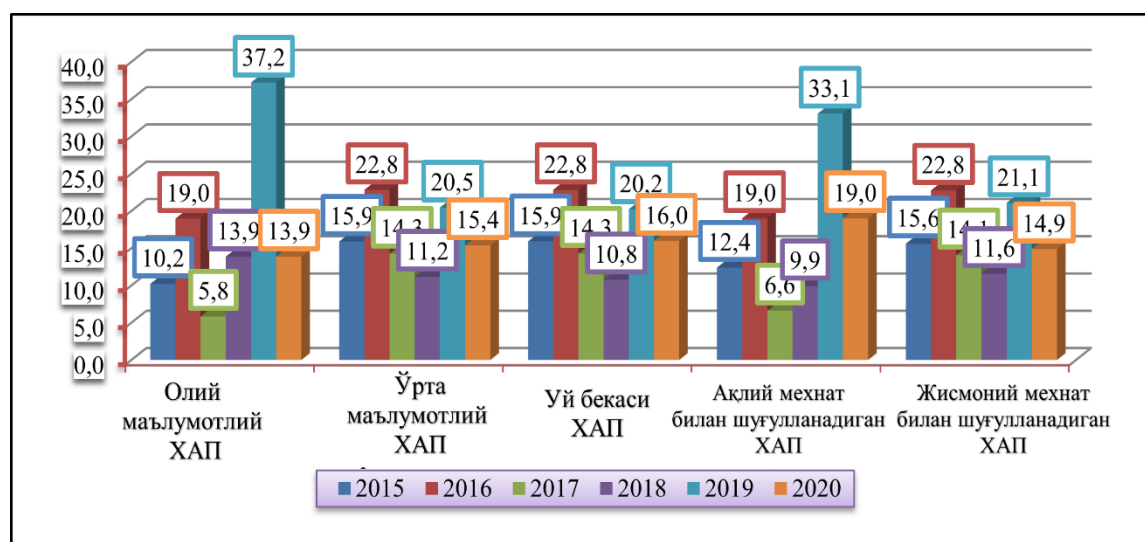
Рақамли маълумотлар таҳлилининг яна исботлашича, манифест темир танқислиги ретроспектив кузатув йилларида қуйидаги тарқалиш частоталари билан тасдиқланди: 2015 – 11,7%, 2016 йили – 19,8%, 2017 йили – 10,9%, 2018 йили – 10,3%, 2019 йили – 24,6% ва 2020 йили –

22,6%. 6 йиллик кузатув давомида МТТ нинг аниқланиш частотаси ҳомиладорларда – 10,9% га (11,7% дан 22,6% гача) ортганлиги ишончли тасдиқланди ($RR=1,03$; $II=2,23 - 1,40$; $X^2=107,4$; $P<0,005$).

Темир танқислиги ҳолатини “4 лик кўриниши” («ПТТ+ЛТТ+МТТ+ТТК») 15,9% дан (2015 йили) то 18,5% гача (2020 йили), яъни 2,6% га динамикада ортиш частотаси билан ҳомиладорларда тавсифланади ($RR= 1,71$; $II=1,06 - 0,71$; $X^2=289,7$; $P<0,005$). Ушбу ҳолатнинг “3 лик кўриниши” эса («ПТТ+ЛТТ+МТТ») турли текширув йилларида қуйдаги тарқалиши частотасида тасдиқланди: 2015 – йили 14,7%, 2016 йили – 19,7%, 2017 йили – 7,6%, 2018 йили – 8,9%, 2019 йили + 18,7% ва 2020 йили 30,3%.

Ҳомиладорларда ТТХ нинг ушбу “3лик кўриниши”нинг тарқалиш даражаси 14,7% дан (2015 йили) 30,3% га (2020 йили) ортиши яъни 15,6% га ёки 2,1 бараварга юксалиш частотаси аниқланди ($RR=0,61$; $II=0,92 - 0,91$; $X^2=138,9$; $P<0,005$).

Темир танқислиги камқонлигининг маълумотлилик даражаси ва меҳнат турига боғлиқ ҳолда эпидемиологик тавсифланиши ҳамда 6 йиллик ўзгаришлари динамикаси ҳомиладор аёллар популяциясида (олий маълумотли ҳомиладорларда – Олий ҲАП, уй бекаси бўлган ҳомиладорларда – Уйб ҲАП, ақлий меҳнат билан машғул ҳомиладорларда – Амб ҲАП ва жисмоний меҳнат билан машғул ҳомиладорларда – Жиб ҲАП) ўрганилди ва баҳоланди. Олинган натижаларнинг рақамли таҳлили 1 - расмда келтирилган.



1-расм. Турли маълумотлилик даражасига эга ҳомиладор аёлларда темир танқислиги камқонлигининг тавсифланиши.

ОлийҲАП ва ЎртҲАП да темир танқислиги камқонлиги 6 йил давомида мос равишда – 10,2% дан (2015 йили) 13,9% гача (2020 йили)

ва 15,9% дан 15,4% гача (2015-2020 йилларда) ўзгариш частоталари билан тавсифланди. Турли йилларда – 19,0% ва 22,8% (2016 йили), 5,84% ва 14,3% (2017 йили), 13,9% ва 11,2% (2018 йили), 37,2% ва 20,5% (2019 йили) ОлийҲАП ва ЎртҲАП гуруҳларида темир танқислиги камқонлиги тасдиқланди. Умуман олганда, ретроспектив текширувда касалликнинг ОлийҲАП гуруҳида сезиларсиз ўсиш частотаси, ЎртҲАП да эса камайиш тенденцияси аниқланди ($RR=0,11$; $ИИ=0,13 - 0,09$; $\chi^2=26,54$; $P<0,005$).

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Агаджанян Н.А. Железодефицитные состояния у беременных и их влияние на плод. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Дворецкий Л.И., Сидоренко Л.М. Железодефицитная анемия: эпидемиология и подходы к лечению // Российский медицинский журнал. – 2019. – №2. – С. 15–21.
3. Федорова М.В., Киселев В.И. Анемия и беременность: клинико-эпидемиологические особенности // Перинатальная медицина. – 2016. – Т. 14. – №4. – С. 18–23.
4. Радзинский В.Е. Анемия у беременных: современные подходы к диагностике и лечению // Акушерство и гинекология. – 2018. – №7. – С. 5–11.
5. Карахалис Л.Ю., Андреева М.Д., Ахиджак А.Н., Игнатьева Е.О. Железодефицитная анемия и состояния печени у беременных: корреляционные связи // Акушерство и гинекология. – 2022. – Том 10. - № 1 (35). – С. 39 – 44.
6. Ломова Н.А., Дубровина Н.В., Кан Н.Е., Тюпонник В.Л. Быстрая коррекция дефицита железа у беременных: обзор современных возможностей // РМЖ. – 2017. - № 2. – С. 122 – 123.
7. Лукина Е.А., Дежекова А.В. Метаболизм железа в норме и при патологии // Клиническая онкогематология. – 2015. Т. 8. - № 4. – С. 356 – 359.
8. Хоффбранд А.В., Петтит Дж.Е. Гематология. Руководство для врачей. – Москва: Медицина, 2016.