

УЎК:616.379-008.64:616.24-002.5-036.8-085

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ТЕМИР ТАНҚИС КАМҚОНЛИК: КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ

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

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация

Ҳомиладорлик даврида темир танқислиги камқонлиги жуда кенг тарқалган патологиялардан бири бўлиб, аёл организмида темир моддасига бўлган эҳтиёжнинг ортиши сабабли юзага келади. Бу ҳолат ҳомиладорликнинг ҳар уч босқичида ҳам учраши мумкин ва унинг келиб чиқишига сабабларни ўрганиш исботли тиббиётнинг долзарб муаммоларида бири бўлиб қолмоқда.

Калит сўзлар: темир танқислиги, ҳомиладорлик, эпидемиологик анализ.

IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS

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

Andijan state medical institute

Abstract

Iron deficiency anemia during pregnancy is one of the most common pathologies caused by an increased need for iron in the female body. This condition can occur at all three stages of pregnancy, and studying its causes remains a pressing issue in evidence-based medicine.

Keywords: iron deficiency, pregnancy, epidemiological analysis.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Железодефицитная анемия во время беременности является одной из наиболее распространенных патологий, возникающих из-за увеличенной потребности организма женщины в железе. Это состояние может проявляться на всех трех этапах беременности, и

изучение причин его возникновения остается актуальной проблемой доказательной медицины.

Ключевые слова: железодефицит, беременность, эпидемиологический анализ.

Ҳомиладорларда ТТХ келиб чиқишига мойиллик яратувчи хавф омиллари сифатида қуйидагилар клиник-тажрибавий тадқиқотларда исботланган: ҳомиладорликдан олдин аёлларда микроэлементлар захирасининг ожизланиши, эритропоэзни интенсификацияси ва эритроцитар массасининг ортиши, ҳомила томонидан она темирини истеъмоли ҳисобига онада манфий мувозанатнинг шаклланиши [1, 2, 4]. Шу билан бирга, кўп сонли бўлмаган эпидемиологик текширувларнинг кўрсатишича, ҳомиладор популяцияда ТТХнинг ривожланиш частотаси кўпчилик жўғрофий, экологик, алиментар, ҳудудий ва соматик омилларга боғлиқ бўлади (World Health Organization, 2004). Айрим тадқиқотларда қайд этиладиги, ҳаттоки камқонликнинг клиник манзараси бўлмаган репродуктив ёшдаги аёлларда ҳам, турғун сақланиб қолувчи темир етишмовчилиги аниқланади (Kassebaum N.J., Bertoz – Villa A., Coggeshall N.S., Shackelford K.A. 2014; World Health Organization, 2020). Лекин бу ҳолат клиник текширувларда фақат ТТК босқичидагина, яъни кеч ташҳисланади. Етакчи соматик омиллар қуйидагилар ҳисобланади: коморбид касалликлар [6], ҳомиладорлик пайтида етарлича темир билан қўллаб – қувватланмаслик, ТТК ҳақида аёлларда маълумотлиликнинг етишмаслиги [3, 7, 8], кўп қон йўқотиш (ошқозон – ичакдан, бачадон, буйракдан, донорликдан), озуқа билан тушувчи темирни ичак касалликларида сўрилишининг бузилиши (энтеритлар, ингичка ичак ва ошқозон резекцияси, бариатрик хирургия), темирга эҳтиёжнинг ортиши (такрорий ҳомиладорликлар, лактация), темирнинг етарлича тушмаслиги ёки камайиши (анорексия, вегетарианлик) кабилар (Трухан Д.И., Тарасова Л.В., 2016; Жаин К.К., 2019).

Тадқиқотнинг мақсади – Фарғона водийси шароитида ҳомиладорларда темир танқислиги ҳолатларининг эпидемиологияси, кечиш хусусиятлари ва профилактикасининг клиник-скрининг жиҳатларини ўрганишдан иборат.

Тадқиқотнинг объекти. Тадқиқотнинг объекти сифатида Андижон вилояти перинатал марказининг ҳомиладорлик патологияси акушерлик бўлимида темир танқислиги ҳолати билан даволанган 15-45 ёшли 1500 нафар ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Кросс секционал ретроспектив тадқиқотга асосланган диссертацияда эпидемиологик, клиник,

сўровнома, биокимёвий, инструментал, махсус гематологик, акушер-гинекологик ва статистик усуллар қўлланилган. Ҳар бир ҳомиладор аёлнинг касаллик тарихи маълумотлари махсус сўровнома саволлари бўйича таҳлил қилиниб баҳоланган: 1) субъектив текширув усуллари қуйидагиларни ўзи ичига олган: ҳомиладор аёлнинг шикоятлари, касаллик анамнези, ҳаёт анамнези, хавф омиллари ва соматик касалликлар ҳақидаги маълумотлар; 2) *Anamnesis morbi* ва *Anamnesis vitae* йиғишда ҳомиладор аёлларни тиббий назоратда туриши, камқонлик белгилари аниқланганларда антианемик муолажаларга риоя қилиш ва ҳомиладорликнинг кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Натижалар. Жалб қилинган ҳомиладор аёллар популяцияси (ҲАП) қуйидагича тавсифланган: шифохона бўғини ҲАП, жами шаҳар ва қишлоқлик ҳомиладорлар – 1500 та: 20 ёшгача бўлганлар – 48 та, 20-24 ёшлилар – 636 та, 25-29 ёшлилар – 481 та, 30-34 ёшлилар – 234 та, 35-39 ёшлилар – 79 та, 40-44 ёшдагилар – 18 та ва 45 ёшдан ошганлар – 4 та. Ўртача ёш ($M+SD$) – $26,1 \pm 4,99$, бўй ($M+SD$) – $161,2 \pm 6,0$ см ва тана вазни ($M+SD$) – $67,6 \pm 12,6$ кг, тана вазни тақчиллигининг ўртача фоизи – 1,7%.

Меъёрий вазнли ҲАП – 47,5% ни ортиқча тана вазни билан ҲАП 34,9% ва семизлик билан ҲАП 17,5% ни ташкил қилган. Текширилган ҲАПда семизликнинг 1 – даражаси – 48,1%, 2 – даражаси – 3,5% ва 3 – даражаси – 0,9%ни ташкил қилиб тавсифланган.

Ҳомиладор аёлларнинг барчаси (100,0%) туб аҳолига мансуб бўлиб, уларнинг 45,0%ини қишлоқ аҳолиси ва 55,0%ини шаҳар аҳолиси ташкил қилган. Ҳомиладорларнинг 89,8%и – уй бекалари ва 10,2%и ишловчи аёллар ҳисобланган ($P < 0,001$).

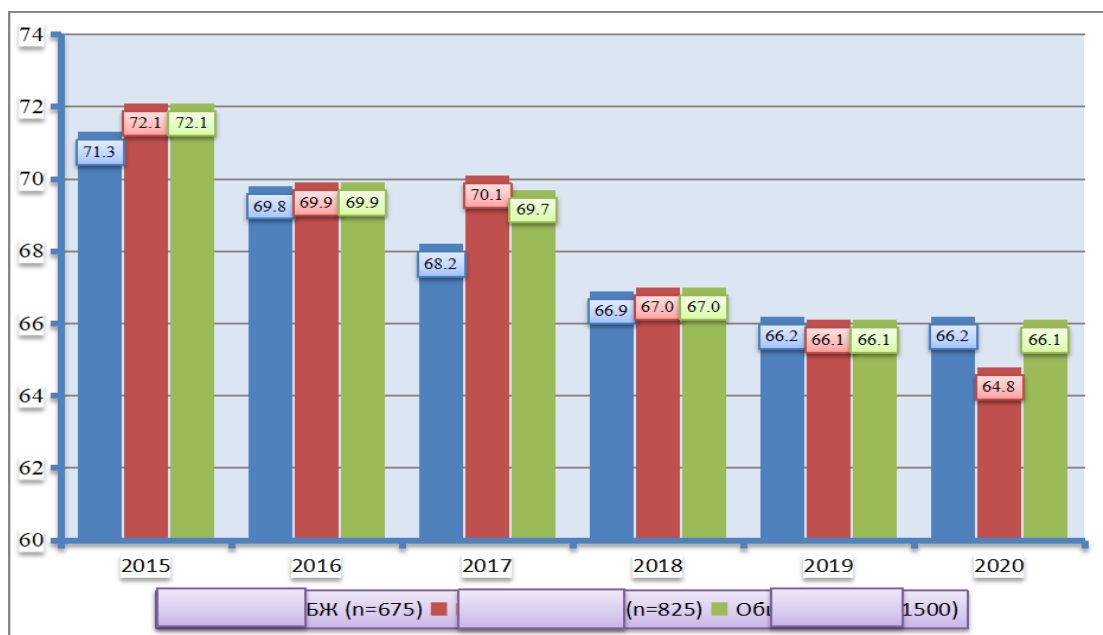
Натижаларнинг курсатишича, 6 йил давомида, умумий ҳомиладор аёллар популяциясида (УҲАП) гемоглобин миқдорининг ўртача даражаси 72,1 г/л дан 66,1 г/л гача камайиши билан, яъни 6,0 г/л га ёки йилига 1 г/л дан пасайиб бориши тасдиқлаб, қайд қилинди. Текширув йилларида $ng\ min$: max эса – 46:90 ва 46:86 г/л миқдорларда аниқланиш билан ўзгариб аниқланди ($RR=1,8$; ишонч интервали – ИИ $max - min - 2,78 - 1,39$; $X^2=18,6$; $P < 0,05$).

Гемоглобиннинг худди шундай пасайиш тенденцияси қишлоқ ҲАП да $\frac{71,3}{68-74}$ дан $\frac{66,2}{50:86}$ г/л гача суръатларда ифодаланиб, яъни 5,1 г/л га камайиб қайд қилинди ($RR=2,0$; ИИ=1,90 – 1,04; $X^2=18,4$; $P < 0,05$).

Шаҳар ҲАП да Hg миқдорини 6 йилда камайиши кескинроқ ифодаланиб – 7,3 г/л ёки ҳар йили 1,2 г/л га пасайиш билан ($\frac{72,1}{46:90}$ г/л дан

$\frac{64,8}{46:76}$ г/л гача ўзгариш динамикасини кўрсатиб) қайд қилинди (RR=2,4; ИИ max – min=2,43 – 1,60; $\chi^2=19,0$; $P<0,05$).

Хулоса қилиш мумкинки, ҳомиладор аёллар популяциясида гемоглобин (НСВ, нормада 120 – 140 г/л бўлиши ҳисобга олинса) меъёрга нисбатан, салкам икки бараварга кам миқдорда, аниқланди ва охириги 6 йил давомида ушбу негатив тенденция 2,1 мартадан ортиқ тасдиқланди (1-расм).



1-расм. Ҳомиладор аёлларда гемоглобиннинг эпидемиологик хусусиятларининг ифодаланиши.

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

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% ($P<0,01$) -3-расм.

Умуман хулоса қилиш мумкинки, 6 йиллик кузатув давомида, ТТКнинг аниқланиш частотаси ҲАП да 1,4% га камайган ($P>0,05$).

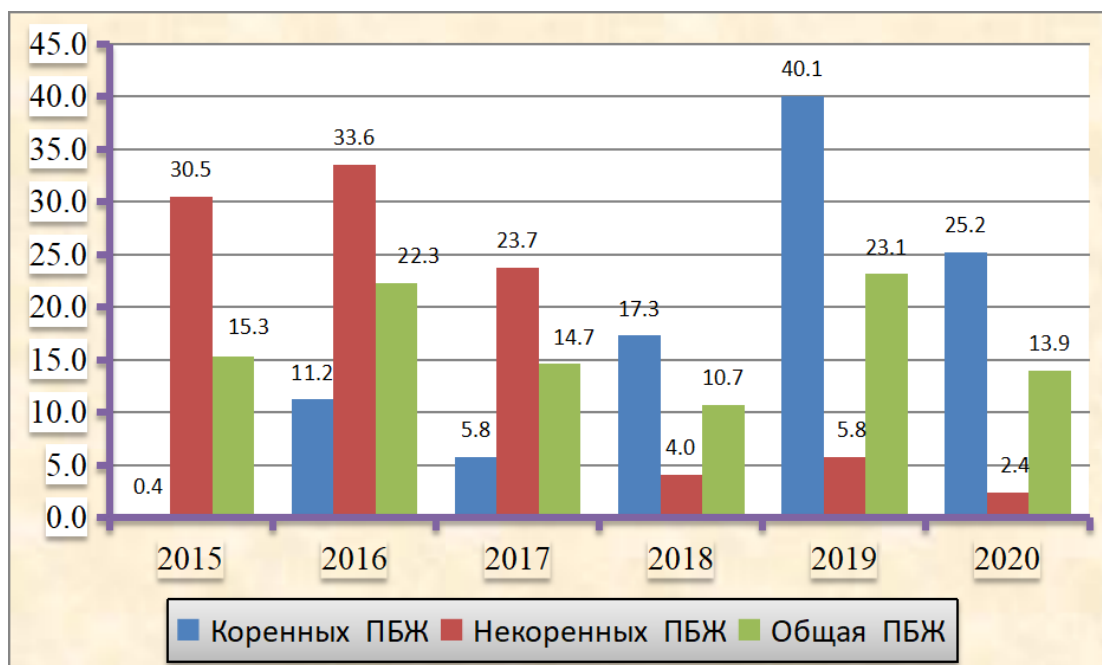
Ёш ва ҳомиладорликдаги ТТК орасида боғлиқликнинг мавжудлиги ишончли тасдиқланди.

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; $\chi^2=148,7$; $P<0,05$).

Ҳомиладорлар популяциясида қондаги Нб 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

6 йиллик натижалар бўйича ТТК ҳомиладор аёлларда ёшга боғлиқ ҳолда ўзгариб бориш билан тасдиқланди ва қуйидаги тарқалиш частоталарида қайд қилинди: <20 – 24 да 90,57% (P<0,05), 25 – 29 да – 91,68% (P<0,05), 30 – 34 да – 90,17% (P<0,05), 35 – 39 да 92,41% (P<0,05), 40 – 44 да 100,0% ва ≥45 ёшлиларда – 100,0% (P<0,05) (2-расм).



2 - расм. Ҳомиладор аёллар популяциясида ТТК нинг тарқалиш частотаси ва 6 йиллик ўзгаришлари динамикаси.

Хулосалар.

1. Илмий асосланган ҳолда эпидемиологик мониторинг тизимини қабул қилиш ва амалиётда узвий қўлланилишини таъминлаш

ҳомиладор аёлларда темир танқислиги камқонлигининг келиб чиқишини олдини олиш ва башоратлаш ишларининг самарадорлигини 85% дан 90% гача оширади.

2. Ҳомиладорларда темир танқислиги ҳолатини аниқлашда эпидемиологик-тадқиқотнинг скрининг ретроспектив турини қўллаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Бунда темир танқислиги камқонлиги эрта (прелатент), яширин (латент) босқичида эрта аниқлаш самараси 100,0% гача ортади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Андречев Н.А., Балесва А.В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия // Вестник современной клинической медицины. – 2009. – Т. 2. - № 3. – С. 60 – 62.
2. Баранов И.И., Детярёва Е.И., Самошина Е.С., Абрамова С.В. Железодефицитные состояния при беременности // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2015. – Т. 4. - № 10. С. 68 – 74.
3. Баранов И.И. Анемия беременных, акушерская патология и перинатальные исходы // Эффективная фармакотерапия. – 2021. – Том 17. – № 43. – С. 47 – 50.
4. Банадыга Н.В., Рогальская Я.В., Рогальский И.О. Влияние железодефицитной анемии у детей на формирование системного иммунитета // Современная педиатрия. – 2014;3:38.
5. Дворецкий Л.И., Дятлов Н.В. Кардиологический больной с анемией // Форматека. – 2013;6: 22 – 29.
6. 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.
7. 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.
8. Лукина Е.А., Дежекова А.В. Метаболизм железа в норме и при патологии // Клиническая онкогематология. – 2015. Т. 8. - № 4. – С. 356 – 359.