

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Киличева Вазира Акрамовна

студент Бухарского Государственного Медицинского Института имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан, г. Бухара

Ходжиева Гулираъно Сайфуллаевна

ассистент Бухарского Государственного Медицинского Института имени Абу Али ибн Сино
Узбекистан, г. Бухара

Железодефицитная анемия (ЖДА) в течение многих лет продолжает оставаться будоражащей медико – социальной проблемой, главным образом из-за масштаба ее распространения (1,2,5). Вопреки активному применению профилактических мер массового распространения ЖДА, переломить ход ее шествия в регионе пока не удастся. Некоторое время назад в спектре краевых причин особо выделялся тандем неудержимо возросших родов и эпизодов желудочно-кишечного кровотечения, значительно сказывающийся на габариты распространения железодефицитного состояния (ЖДС) на местах (3,4). К настоящему времени достигнуты впечатляющие результаты на пути низведения их роли до минимума. Однако, ЖДА по-прежнему продолжает занимать лидирующее положение в спектре экстрагенитальных заболеваний (ЭГЗ) женщин фертильного возраста. Очевидно, в этой связи проблема ЖДА по-новому обороту и еще в больших масштабах стала привлекать внимание специалистов.

Подлинный размах интереса специалистов к ЖДА на сегодняшний день трудно соизмерим. Ибо годами увеличивается круг заинтересованных специалистов, осмысленно переориентировавших вектор научного направления именно на ЖДА. Габариты принимаемых мер настолько возросли, что с каждым днем все больше воплощается в действительность мысли о трансформации ЖДА из ряда чисто медицинской в общегосударственную проблему (1,5). Накал страстей вокруг проблемы ЖДА обязывает каждого специалиста вносить собственный вклад в скорейшей разгадке ключевых аспектов причин так частого ее распространения в регионе среди женщин фертильного возраста.

В свете вышеизложенных обстоятельств предпринята настоящая работа целью, которой явилась определить стержневые причины столь массового распространения ЖДА среди женщин фертильного возраста в регионе.

Материалы и методы исследования. Прежде чем приступить к реализации задач, поставленных перед настоящей работой, была создана рабочая группа в составе: гастроэнтеролога, гематолога, акушер-гинеколога и терапевта с уточнением обязанностей каждого из них. В соответствии составленному графику осуществлялись плановые выезды в сельские врачебные пункты (СВП) для оказания консультативной помощи местному населению. Итоги годичной коллективной работы членов группы легли в основу настоящего исследования. Информационный банк обогащался путем обобщения результатов клиничко-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований больных ЖДА и медицинских карт, по ходу их проспективного и ретроспективного изучений. Проспективные исследования осуществлялись во времени регулярных выездов членов рабочей группы в СВП Алатского и Каракульского районов. Также анализировались сведения, полученные путем ретроспективного анализа данных медицинских карт больных ЖДА, пролеченных в течение последних 5 лет на базе гематологического отделения многопрофильного медицинского центра региона. Всего анализу подвергались более полтора (1515) тысячи медицинских документов. У 863 (57%) из них была констатирована легкая, у 462 (30%) средняя, а у

остальных 205 (13%) с лишним лиц тяжелая степень ЖДА. Из общего количества 1515 медицинских документов, 1050 (70%) составляли амбулаторные карты больных ЖДА находящихся на диспансерном учете соответствующих СВП. В круг исследования привлекались медицинские документы женщин детородного периода в возрасте от 18 до 42 года.

Во всех случаях диагноз ЖДА документировался на основании клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований. Некоторым больным для верификации диагноза ЖДА, особенно в условиях СВП порой требовались применения специфических тестов, таких как определение содержания сывороточного железа, железо связывающей способности плазмы и т.д. В таких случаях пользовались возможностями лабораторной службы областного многопрофильного центра. Для исключения желудочно-кишечных причин развития ЖДС прибегали к помощи рентгенологических и эндоскопических исследований. При необходимости консультировались ведущими специалистами региона. В отдельных случаях за лабораторными показателями ЖДА вели продолжительный мониторинг в течение востребованного времени.

Полученные результаты и их обсуждения. В ходе проведенных исследований были получены следующие результаты. Диапазон региональных причин, способствующих к развитию ЖДС, оказался достаточно широким (см. табл). В нем значились самые разные причинные факторы: начиная от различных видов кровотечения заканчивая до алиментарного. Даже по ходу беглого анализа спектра этиологических компонентов ЖДА сразу же бросалась в глаза не приметность ранее доминирующего фактора в виде частых до 5-6, не говоря уже о 8-10 родов. Действительно этот фактор не был зафиксирован ни в одном случае исследования. Также крайне редко встречались эпизоды гастродуоденального кровотечения. Обнаруженные единичные случаи таковых эпизодов были обусловлены в основном НПВС ассоциированными гастропатиями. Из-за минимального количества они не были включены в общий реестр причинных факторов.

Таблица 1

Частота региональных причин ЖДА

Перечень основных причин	Частота встречаемости	
	абсолют.	относит.
1. Метроррагия	186	12,1%
2. Дисменорея	168	11,2%
3. Алиментарные	136	9,0%
4. Укороченный межродовой интервал	95	6,3%
5. Частые аборты	90	6,0%
6. Гельминтозы	46	3,1%
7. Смешанные	794	52,3%

Зато, в отличие от предыдущих лет, в структуре этиологических факторов ЖДА появились новые лидеры очевидно характерные для настоящего времени. В соответствии полученных данных, весьма неожиданно на передовую позицию вышли метроррагия и менорагия зачастую обусловленные ВМС. Вместе они составили 23,6% сумму причин способствующих к развитию ЖДА. Из общего количества 1350 женщин с ВМС у 24% наблюдались метроррагии и менорагии. Учитывая генез данных факторов, по-другому их можно будет называть не иначе как ятрогенными. **В связи с чем, установленный факт лишний раз обязывает специалистов строго и дифференцированно прибегать к помощи ВМС и одновременно поиску менее обременительных способов предохранения от беременности.**

На редкость впечатляющей была роль алиментарных факторов в происхождении ЖДС в регионе. Они в совокупности составили 9,1% спектра выявленных региональных причин ЖДА.

Среди них неоспоримое значение приобретала роль чрезмерного приема молока и чая. Многие женщины фертильного возраста из числа сельского населения практически не скрывали факт ежедневного утреннего употребления «широча» (одновременно приготовленные молоко и чай), более известного в обиходе под именем «калмыцкого» чая. Ведь не секрет что оба нутритивные ингредиенты весьма популярны в качестве мощнейшего ингибитора, достаточно наглядно препятствующего всасыванию железа в кишечнике. Понятно, что только оповещением соответствующей информации этот вопрос не решит. **Разумеется, тут необходимы более масштабные конструктивные мероприятия с включением государственных ресурсов. Требуется принятие обширных мер по выпуску мучных изделий обогащенных железом. Наладить технологию производства колбасных изделий и паштетов из печени (ливерная), легких, селезенки и т.д. животного.**

Следующим по частоте встречаемости оказался укороченный межродовой интервал, который встречался около 6,3% случаев анализа медицинских карт. Этот факт очень часто имело место у женщин фертильного возраста, вступивших в брак в течение последних 8-10 лет. Еще чаще он встречался у женщин с наличием двух однополых детей. При частной беседе с некоторыми из них выяснилось наличие желания заиметь минимум двух разнополых детей как можно быстрее, желательно в начальных периодах супружеской жизни. В этом плане не менее влиятельными были мнения старших, принимавших непосредственное участие в создании семьи. Весьма тревожной оказалась позиция женщин фертильного возраста относительно должного (на наш взгляд физиологического) интервала между родами. К великому сожалению у многих из них элементарно отсутствовали понятия о соблюдении минимум четырехлетнего интервала между родами без аборт и выкидышей. **Отсюда, незамедлительно следует усилить просветительную работу среди женщин фертильного возраста преимущественно проживающих в сельской местности.** Полагаясь, на приобретенный опыт членов рабочей группы следует подчеркнуть, что для данной цели одинаково хороши как вербальные, так и невербальные методы просвещения.

К сожалению, частые аборты, связанные с нежеланной беременностью также нередко служили причиной развития ЖДА. Указанный факт имело место 6,0% случаев исследования медицинских карт детородных женщин. Чаще всего он регистрировался у женщин с наличием двух или трех детей с разными гендерными признаками. **Сложившаяся ситуация вокруг данного явления обязывает специалистов как можно быстрее применять соответствующие меры предохранения от беременностей именно у этой группы женщин фертильного возраста.**

Гельминтозы крайне редко служили в качестве единственной причины (3,1%) развития ЖДА. Очень часто идентифицировалась инвазия острицы (*enterobios vermicularis*) и аскариды (*ascoridis lumbricoideus*). Как правило, они одновременно встречались с другими факторами, чаще всего вместе алиментарными. Поэтому не сочли нужным более подробно останавливаться на них.

Перечисленные региональные причины развития ЖДС зачастую встречались в совокупности. Подобный вариант отмечался более чем 50% проанализированных медицинских картах. Чаще всего сочетались метроррагии, менорагии и алиментарные факторы, гельминтозы. Как правило, сочетанные варианты идентифицировались у женщин фертильного возраста с тяжелыми формами ЖДА.

На основании проведенных исследований можно заключить, что ЖДА по-прежнему продолжает занимать лидирующее положение в спектре ЭГЗ женщин фертильного возраста, особенно проживающих в сельской местности. В течение последних 20 лет произошла не приметная смена ведущих причин развития ЖДС. Вместе прежнего лидера в виде частых родов на первый план поднялись ятрогенные метроррагии и дисменореи, а также алиментарные факторы и укороченный межродовой интервал.

Список литературы:

1. Бахрамов С.М., Болтаев К.Ж., Жарылкасынова Г.Ж. и др. Пожилой возраст и гемопатии. Ibn Sino. Ташкент. 2002; 1-2: 73.
2. Белошевский В.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных. М.: 2000. 145с.
3. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М.: 2001. 188с.
4. Жарылкасынова Г.Ж., Болтаев К.Ж., Атоева А.А. и др. Метаболизм железа у пожилых. Медицина и качество жизни. 2008; 1: 45-47.
5. Циммерман Я.С., Бабушкина Г.Д. Диагностика и дифференциальная диагностика железодефицитной анемии. Клин. мед-на. 1997; 11:72-76.