

## ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ИХ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ



Сулаймонова Гулноза Тулкинжановна  
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

### ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРАСИДА ТЕМИР ТАНҚИСЛИГИ АНЕМИЯСИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИ ВА УНИНГ МИНТАҚАВИЙ ХУСУСИЯТЛАРИ

Сулаймонова Гулноза Тўлкинжоновна  
Бухоро Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

### THE FREQUENCY OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AMONG FERTILE WOMEN AND THEIR REGIONAL CHARACTERISTICS

Sulaymonova Gulnoza Tulkindzanovna  
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: [all\\_right\\_2010@mail.ru](mailto:all_right_2010@mail.ru)

**Резюме.** Мақолада темир танқислиги анемиясининг (ТТА) эпидемиологияси, таъхиси, келиб чиқиш омиллари, юзага келадиган критик даврлар келтирилган. Тадқиқот Бухоро шаҳрида олиб борилган. Унга кўра ҳар бир критик даврда ўзига хос этиологик факторлар устунлик қилган, айнан шу факторларни биринчи навбатда бартараф этиш даволаш самарадорлигини оширади. ТТА нинг фертил ёшдаги қизларда алиментар етишмовчилик менструациянинг бошланиши, фертил даврдаги аёлларда эса бачадон ичи воситасини ноўрин қўлланилиши, тез тез абортлар, турли сабабларга кўра метрорагиялар, алиментар етишмовчилик ҳамда олдинги ферротерапия курсини тўлиқ қабул қилинмаганлиги ҳисобланади.

**Калит сўзлар:** темир танқислиги анемияси, фертил ёш, метрорагия, ферротерапия, алиментар етишмовчилик.

**Abstract:** The article describes the epidemiology, diagnosis, factors of origin, critical periods of occurrence of iron deficiency anemia. The study was conducted in Bukhara. According to him, in each critical period, specific etiological factors predominate, and it is the elimination of these factors in the first place that increases the effectiveness of treatment. The main factors of iron deficiency anemia are alimentary insufficiency of in girls of childbearing age is the onset of menstruation, and in women of childbearing age, improper use of intrauterine devices, frequent abortions, metrorragias for various reasons, alimentary insufficiency and incomplete acceptance of the previous course of ferrotherapy.

**Keywords:** iron deficiency anemia, fertile age, metroragia, ferrotherapy, alimentary insufficiency.

**Актуальность.** В настоящее время различные виды анемий выявляются у 10-20% населения. Наиболее часто встречаются анемии, связанные с дефицитом железа, на долю которых приходится около 90% всех анемий. [2,5,11]. Многолетний анализ большого числа наблюдений даст основание считать железодефицитную анемию (ЖДА) в патогенетическом отношении полиморфной. Проблема железодефицитных состояний (ЖДС) не нова в медицинской науке и практике [4,8].

По данным ВОЗ, железодефицитная анемия выявляется у 1 млрд. 800 млн. жителей планеты. Важно знать, что среди населения широко

распространен латентный (скрытый) дефицит железа (ЛДЖ). Частота его колеблется от 19,5 до 30%. [3,7,14]. Кроме того, от 50 до 86% женщин в различных популяциях имеют факторы риска развития анемии. Четырехлетнее динамическое наблюдение О.В. Сазоновой показало, что естественное развитие дефицита железа у женщин трудоспособного возраста характеризуется возникновением явного и скрытого малокровия даже среди практически здоровых лиц - в 6,3 и 25% случаев, а среди лиц с риском развития ЖДС - в 12,3 и 46,2% случаев соответственно. В то же время спонтанное (без соответствующей терапии) купирование ЛДЖ в течение двух лет происходит

лишь у 13,4% женщин, в 60,0% случаев он сохраняется, а в 26,6% трансформируется в манифестную форму дефицита железа - анемию. Все это свидетельствует о том, что проблема дефицита железа в организме выходит далеко за рамки медицинской компетенции [1,8,11]. Установлено, что на течение и исход анемий влияет целый комплекс эндо- и экзогенных факторов [9, 16]. Тревогу вызывает то обстоятельство, что самыми уязвимыми группами являются дети, подростки и женщины репродуктивного возраста. Проблема анемии у беременных имеет как медицинские, так и социальные аспекты. [10,15,16]. Существует зависимость между частотой выявления ЖДА у беременных женщин и уровнем социально-экономического развития региона, стиле жизни. В развитых странах Европы около 12% женщин фертильного возраста имеют ЖДА, а скрытый ДЖ выявляется почти у половины женщин. Для ряда государств, в т.ч. и России, дефицит железа остается серьезной медико-социальной проблемой. Так, если в индустриально развитых странах мира распространенность ЖДА у беременных не превышает 20%, то в развивающихся странах она может достигать 80%. [12,16]. Результаты проведенных исследований у нас в стране показали, что распространенность анемии в Узбекистане составила среди женщин фертильного возраста около 60%

**Цель исследования.** Выявление частота встречаемости со свойственным спектром причин для фертильных женщин, способных инициировать эволюцию развития ЖДА.

**Материалы и методы исследования.** В основу работы положено исследование 300 больных проводимое сотрудниками Центральной городской поликлиники в городе Бухара.

Материалами исследования явились демографические характеристики городского населения представленные результаты анкетирования общего медицинского осмотра, данных медицинских амбулаторных карт (форма 025/у) и лабораторных результатов определенные последние 3 лет, то есть - общий и биохимический анализ крови (ферритин, общий железосвязывающий способность плазмы, свободная железа).

Семьи подлежащих исследованию к проведению осмотров готовились заранее, в течение 2-х дней путем разъяснения целей и задач массового обследования в наших личных беседах с активном медицинских работников, коллективами учителей школ, чтения лекций населению в клубах.

Критерии включения этих пациентов в экспериментальную и сравнительную группы:

старшие подростки девушки от 17 до 19 лет, беременные, женщины фертильного возраста от 18 до 45 лет, гипохромная ЖДА легкой степени, гемоглобин (Нб) <109 г/л, но не <90 г/л, цветовой показатель (ЦП) <0,85. При включении пациентов в экспериментальную группу будет учтено их согласие.

Верификация ЖДА проводилась согласно по классификации Camaschella С., 2015 в модификации.

**Результаты и обсуждения исследований.** Всего в исследование были включены 100 подростков старшей возрастной группы (15-19 лет) и 200 женщин фертильного возраста (18-45 лет). Медиана возраста составила для подростков 17 лет, для женщин фертильного возраста 31,5 лет.

По результатам показателей гематологического и биохимического анализа больных, можно заметить у группы подросток с легкой степенью ЖДА составила большую часть группы больных (n=14 (45,2%)), более значительные показатели гематологических и биохимических анализов составили: гемоглобин  $110,13 \pm 1,51$  и ферритин  $7,53 \pm 0,42$ .

У группы женщин фертильного возраста со средней степенью ЖДА составила большую часть группы больных (n= 49 (57%)), более значительные показатели гематологических и биохимических анализов составили: гемоглобин  $83,15 \pm 1,61$  и ферритин  $5,01 \pm 0,38$ .

По результатам анкетирования больных с ЖДС определено частота распространения симптомов у всех групп больных можно увидит признаки сидеропении превалирует. Более часто встречаемые из всех симптомах анемии явились головные боли у 57 (41,3%) больных; снижение аппетита у 45 (32,6%) больных; снижение переносимости физических нагрузок 39 (38,2%) больных. Из симптомов сидеропении наиболее часто встречаемые – сонливость 87 (63%), сухость, ломкость, выпадение волос 76 (55%), ломкость, мягкость, истончение, поперечная исчерченность ногтей 58 (42%).

Среди возможных причин снижения концентрации Нб и развития ЖДА у подростков или у периода полового созревания были изучены следующие причины: особенности питания, занятия тяжелыми видами спорта, глистные инвазии и нарушения менструальной функции у девушек. У женщин фертильного возраста или у фертильного периода ЖДА часто встречаемые этиологическими причинами были – нарушение цикла в виде обильных и длительных менструаций за счёт ВМС, несбалансированное питание с недостаточным содержанием в рационе мясных продуктов и фруктов, отягощенный наследственный анамнез - наличие анемии у

матерей, особенно в период беременности и грудного вскармливания и преждевременно прерванный курс ферротерапии.

Из всех исследованных больных у группы подростков частота выявленных причин у 31 случаев ЖДА составило: особенности питания у 14 (45%) случаев, занятия тяжелыми видами спорта у 4 (13%) больных, глистные инвазии у 5 (16%) больных и нарушения менструальной функции у девушек у 8 (26%) больных.

У обследованной группы женщин фертильного возраста выявленных причин у 86 случаев ЖДА: наиболее значимые причины явились нарушение менструального цикла в виде обильных и длительных менструаций за счёт ВМС у 36 (42%) больных женщин и отягощенный наследственный анамнез - наличие анемии у матерей, особенно в период беременности и грудного вскармливания у 23 (27%) больных.

В ходе исследования, у всех исследованных был установлен факт: большинство как с нормальной, так и со сниженной концентрацией Hb ежедневно не употреблявших мясо, также было почти одинаковым с: в группе с нормальной концентрацией Hb. А также нарушение режима питания – особенно чрезмерное питье газированных напитков, кофе, чай во время еды, употребление во многом количестве молочных продуктов преобладала почти у половины больных. Употребление полу готовых пищи так называемых fastfood особенно у группы подростков преобладала чем у других групп. Недостаточное употребление свежих фруктов, овощей и зелени в рационе питания которые помогают при всасывания железа определено почти у всех групп больных а также у четверти с нормальным Hb.

Не леченный гельминтоз у группы подростков и взрослого населения также осложняется с другими патологиями, особенно ЖДА.

По результатам исследование у группы подростков показало, ановуляторные циклы и одновременно нерегулярность менструаций выявляются у 50% девочек-подростков в течение 2-х лет после менархе и у 20% - через 5 лет после менархе (что соответствует показателям у взрослых женщин) [9]. Следствием ановуляторных циклов является несдерживаемая

выработка эстрадиола, что в свою очередь вызывает прерывистые кровотечения через неравные интервалы времени (из-за недостаточности гормона, необходимого для утолщения и уплотнения эндометрия) и обильные и продолжительные менструальные выделения (из-за отсутствия прогестерона). В период полового созревания дисфункциональные

маточные кровотечения нередко называют ювенильными. Рецидивирующие ювенильные маточные кровотечения (ЮМК) сопровождаются развитием анемии и приводят к снижению запасов железа в организме [11,15]. По данным Т.В. Казюковой и соавт., [12], по крайней мере, у 20% девушек-подростков имеется дефицит железа (ДЖ) в первые 1-3 года после менархе.

Нерегулярность менструаций выявлена у 6 (8,7%) девушек, имеющих нормальную концентрацию Hb, в группе девушек со сниженной концентрацией Hb такого нарушения менструальной функции не зарегистрировано. Установлено, что продолжительные менструации отмечались примерно у равного количества девушек со сниженной и нормальной концентрацией Hb. Так, продолжительность менструаций более 5 дней наблюдалась у 9 (29%) из 31 девушек с Hb < 120 г/л и у 32 (46%) из 69 девушек, имеющих Hb > 120 г/л, различия между группами статистически незначимы ( $p = 0,8229$ ). Основной причиной снижения концентрации Hb у девушек с нарушением менструальной функции можно считать наличие обильных менструаций, которые выявлены у 6 (19%) девушек с Hb < 120 г/л и у 7 (10,1%) девушек, имеющих нормальный Hb, различия между группами статистически значимы ( $p = 0,0387$ ).

Основными причинами ЖДА у фертильного периода является как оказалось не гастроэнтерологические кровопотери, в соответствии полученных данных, весьма неожиданно на передовую позицию вышли метроррагия и менорагия зачастую обусловленные ВМС. Вместе они составили 64,5% сумму причин способствующих к развитию ЖДА. Из общего количества 86 женщин с ВМС у 24% наблюдались метроррагии и менорагии. В 18,3 % случаев этиологическим фактором ЖДА выявлено кровопотери из желудочно кишечного тракта, а у остальной группы причиной ЖДА стало преждевременно прерванный курс ранее назначенной ферротерапии.

Достаточная длительность курса лечения пероральными препаратами железа, составляющая при анемии легкой степени 3 мес., при анемии средней степени 4,5 мес., при тяжелой анемии 6 мес. По результатам исследования у всех обследуемых группах можно увидит у 167 (42%) исследованных раньше диагностированные ЖДА и назначено ферротерапия. Из них составляли 85 (51%) обследованных ЖДА легкой степени, 56 (33%) средней тяжести, 26 (16%) тяжелой степени. Из назначенных ферро терапию 103 (61%) больных принимали ферро препараты, а остальные 64 (39%) больные отказались от лечения.

**Таблица 1.** Распределение больных по получению курса ферро терапии из всех обследованных

N	Распределение больных	
	Назначенные железопрепараты n=167(42%)	Не назначенные n=233 (58%)
Все исследованные n=400 (100%)	Диагностируемые ЖДА n=138 (34,5%)	недиагностируемые ЖДА n=262 (65,5%)
По определению ЖДА n=400 (100%)	Преждевременно прерванный n=81 (58,7%)	Возникшей ЖДА по разным причинам n= 57 (41,3%)
По длительности лечения из 138 (100%)больных	Легкой степени n=43 (53%)	Средней степени тяжести n=38 (47%)
Больные ЖДА с разными степени тяжести не доведенные до конца ферротерапию из 81 (100%) больных		

Примечание. Достоверность не превышало \* $p < 0,05$

Из принимавших ферро терапию 61 (59%) больные принимали полный курс лечения, остальные 42 (41%) принимали в среднем от 15 до 30 дней ферро препараты.

Из 167 обследованных определено диагноз ЖДА у 138 (82%) больных. Из определенных с ЖДА, то есть из 138 обследованных, 81 (58,7%) больные ферро терапию не довели до конца. Из 81 больных почти половина (n=38 (47%)) составляет ЖДА среднетяжелой степени и оставшая половина (n=43 (53%)) легкой степени.

Больные под наблюдением получили ферропрепараты не более 15-30 дней, и повторному осмотру вовлечены только больные с тяжелой степени ЖДА.

**Выводы.** Согласно проведенных исследований частота распространение ЖДА составило у подростков 31%, а у группы женщин фертильного возраста 43%. По результатам показателей гематологического и биохимического анализа крови больных, можно заметить у раннего периода и у фертильного периода со средней степенью ЖДА составила большую часть группы больных (52,3% и 57 %), у периода полового созревания с легкой степенью ЖДА составила большую часть группы больных (45,2%). Более часто встречаемые из всех симптомах анемии явились головные боли 41,3% больных; снижение аппетита 32,6% больных; снижение переносимости физических нагрузок 38,2% больных. Из симптомов сидеропении наиболее часто встречаемые – сонливость 63%, сухость, ломкость, выпадение волос 55%, ломкость, мягкость, истончение, поперечная исчерченность ногтей 42%. Среди возможных причин снижения концентрации Hb и развития ЖДА у раннего периода были глистные инвазии, особенности питание и недостаточный запас Hb при рождении; у периода полового созревания особенности питания, глистные инвазии и нарушения менструальной функции у девушек. У женщин фертильного возраста – нарушение цикла в виде обильных и длительных менструаций за счёт ВМС, несбалансированное питание с

недостаточным содержанием в рационе мясных продуктов и фруктов, отягощенный наследственный анамнез - наличие анемии у матерей, особенно в период беременности и грудного вскармливания и не заверченный курс ферро терапии.

#### Литература:

1. Абдурахманов Д.Т. Железодефицитная анемия при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Фарматека, 2012, №13: С.9-14./Abdurakhmanov D.T. Irondeficient anemia in disease of the gastrointestinal tract. Farmateka, 2012, 13: 9-14.
2. Абрамов М.Е. Анемия на фоне химиотерапии. Пути коррекции / М.Е. Абрамов // Фарматека. - 2012. - №8. - С. 51-55.
3. Анчева И.А. Инструменты скрининга для выявления латентного железодефицита у беременных. / И.А. Анчева // Современная медицина: актуальные вопросы. - 2013. - № 22. - С. 6-10.
4. Багрий Е.Г. Подготовка женщин с железодефицитной анемией с целью улучшения исходов гестации для матери и плода / Е.Г. Багрий, А.Д. Пашаева // Естествознание и гуманизм. - 2010. - Т. 6, № 1. - С. 3-4.
5. Баев О.Р. Эффективность и переносимость препаратов железа в профилактике и лечении анемии у беременных // Акушерство и гинекология. 2012. №8. С. 78-83.
6. Грудницкая Е.А. Железодефицитная анемия. Вестник семейной медицины, 2010, 3: 4-8./ Grudnitskaya E.A. Iron-deficient anemia. VestnikSemeynoyMeditsiny, 2010, 3: 4-8.
7. Дворецкий Л.И. Железодефицитная анемия в реальной клинической практике / Л.И. Дворецкий // Фарматека. - 2012. - №2. - С. 78-84.
8. Джембаев П.К. Железодефицитная анемия: актуальность проблемы, причины, подходы к лечению / П.К. Джембаев // Consilium журнал доказательной медицины для практикующих врачей. - 2012. - №1. - С. 126-129.
9. Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и

- родильниц / Е.Н. Коноводова [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2012. - №4/2. - С. 3-10.
10. Ергалиева Ж.С. Лечение железодефицитной анемии у детей / Ж.С. Ергалиева // Вестник ЮКГФА. - 2013. - №1. - С. 11-14.
11. Железодефицитная анемия: диагностика. Подходы к лечению, липосомальное железо (Сидерал форте), особенности лечения. Методическое пособие. Москва, 2015, 24 с./ Iron-deficient anemia: diagnostics. Approaches to therapy, liposomal iron (Sideral Forte), peculiarities of therapy. Methodical Guidance. Moscow, 2015, 24 p.
12. Орзиев З.М. Сулаймонова Г.Т. Анализ современных представлений на формирование критических периодов при возникновении железодефицитных анемий и их региональные особенности / Терапевтический вестник Узбекистана. – 2020. - №2. –С. 150-155.
13. Радзинский В.Е., Ордянец И.М., Побединская О. Железодефицитная анемия как фактор плацентарной недостаточности и перинатальных осложнений. Акушерство и гинекология. 2016. 12. 125- 130.
14. Beucher G, Grossetti E, Simonet T et al. Iron deficiency anemia and pregnancy. Prevention and treatment. J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod.. 2011, 40(3): 185-200.
15. Breymann C, Honegger C, Holzgreve W, Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum. Arch. Gynecol. Obstet.. 2010, 282(5): 577-580
16. UNICEF, United Nations University, WHO. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/NHD/01.3). – 114 p. Available at: [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia\\_iron\\_deficiency/WHO\\_NHD\\_01.3/en](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en)

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ  
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СРЕДИ  
ФЕРТИЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ИХ  
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ**

Сулаймонова Г.Т.

**Резюме.** В статье описаны эпидемиология, диагностика, факторы возникновения, критические периоды возникновения железодефицитной анемии. Исследование проводилось в Бухаре. По данным литературы, в каждый критический период преобладают определенные этиологические факторы, и именно устранение этих факторов в первую очередь повышает эффективность лечения. Основными факторами железодефицитной анемии являются алиментарная недостаточность, у девочек детородного возраста - начало менструации, а у женщин детородного возраста - неправильное использование внутриматочных спиралей, частые аборт, метrorрагии по разным причинам, алиментарная недостаточность и неполное усвоение предыдущего курса ферротерапии.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, фертильный возраст, метrorрагия, ферротерапия, алиментарная недостаточность.