

УДК: 616-055.2:616.155.194.8:615.2

ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

М.У. Нарметова, М.А. Наджимитдинова, С.С. Агзамходжаева

Ташкентский государственный стоматологический институт

РЕЗЮМЕ

Изучена частота выявляемости дефицита фолиевой кислоты (ДФК) у женщин фертильного возраста (ЖФВ). Установлено, что в основной группе частота выявляемости дефицита фолиевой кислоты (ДФК) составила 30,2%, показатели фолиевой кислоты в сыворотке крови $12,09 \pm 0,19$ нг/мл, в контрольной группе соответственно 17,3% и $13,89 \pm 0,11$ нг/мл, разница достоверна.

Ключевые слова: дефицит фолиевой кислоты женщин фертильного возраста, железодефицитная анемия.

ABSTRACT

The frequency of detection of folic acid deficiency (DFA) in women of fertile age (LPA) was studied. It was found that in the main group, the frequency of detection of folic acid deficiency (DFC) was 30.2%, serum folic acid values were 12.09 ± 0.19 ng/ml, in the control group, 17.3% and 13.89 ± 0.11 ng/ml, the difference is significant.

Key words: folic acid deficiency in women of fertile age, iron deficiency anemia.

Введение: важнейшая роль в поддержании здоровья, работоспособности и активного долголетия человека принадлежит полноценному и регулярному снабжению его организма всеми необходимыми микронутриентами. К таким микронутриентам относится и фолиевая кислота или витамин В9 (ФК). Наряду с дефицитом железа и йода дефицит фолиевой кислоты (ДФК) относится к одним из наиболее распространенных форм дефицитов микронутриентов, частота которой составляет 15-30% в развитых странах и достигает 90%, в развивающихся (1). В группы риска по развитию ДФК входят женщины детородного возраста, беременные, кормящие, подростки, дети, что обусловлено повышенной физиологической потребностью организма.

Доказано, что ДФК возникает в результате недостаточного поступления ФК в организм, или нарушения абсорбции, а также аномального метаболизма или возросших потребностей (4). Причиной развития ДФК может стать неправильное питание,

гельминтозы, заболевания желудочно-кишечного тракта, различные интоксикации, систематическое употребление алкоголя, химические и

медикаментозные факторы, а также генетические аномалии (5). При выраженном ДФК в организме может развиваться одна из тяжелых форм анемии – фолиеводефицитная анемия (ФДА). К сожалению, в клинической практике этой патологии часто сопутствует В12 дефицитная анемия, железодефицитная анемия, в связи с чем, диагностика и соответственно лечение ФДА остается без должного внимания, упускается возможность ранней диагностики и лечения болезни. Известно, что кровотечение в родах, выкидыши, тяжелые гестозы, мертворождение и другая патология беременных может быть обусловлена ДФК. Наиболее грозными последствиями ДФК являются врожденная патология плода и новорожденного – spina bifi da, мозговая и спинномозговая грыжа, гидроцефалия, анцефалия, орофациальная патология, хондродистрофия, врожденные пороки сердца и др. (6). Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости дефицита фолиевой кислоты у женщин фертильного возраста.

Материалы и методы: в исследование были включены 150 сельских женщин фертильного возраста, проживающих в Околтинском районе Сырдарьинской области, из них 100 женщин фертильного возраста состояли на учете в ССП «Бобур» (ССП-сельская семейная поликлиника) с диагнозом железодефицитная анемия, для сравнения взяты 50 женщин фертильного возраста без анемии.

в условиях ССП нами проведен опрос по специальному вопроснику (34 вопроса), произведен забор венозной крови в пробирки с цитратом (для клинического анализа) и без цитрата (для биохимических и микробиологических анализов). Были проведены исследования крови на показатели сывороточного железа, ферритина, СРБ (на биохимическом анализаторе «РЕН-ДЕКС» (Дайтона), показатели фолиевой кислоты изучены микробиологическим методом. Все 100 женщин фертильного возраста были обследованы в лаборатории Центра анемии и подтверждена железодефицитная анемия на основании осмотра, анамнеза, показателей гемоглобина, числа эритроцитов, цветового показателя, среднего диаметра эритроцитов, морфологии эритроцитов, ретикулоцитов, а также сывороточного железа, ферритина, трансферрина, СРБ. Исследуемые

разделены на 3 группы – легкая степень анемии, средняя, тяжелая. Критерии нормы гемоглобина степени тяжести анемии использованы согласно рекомендаций ВОЗ и стандартов диагностики анемии, утвержденных МЗ РУз: нормы гемоглобина для ЖФВ 120 г/л. Критерии для легкой степени анемии – гемоглобин 119 - 91г/л, для средней степени 90-70 г/л, для тяжелой степени 69г/л ниже. Критерии показателей норм фолиевой кислоты также взяты по ВОЗ: для женщин фертильного возраста не менее 10 нг/мл.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ полученных данных показал, что среди ЖФВ с анемией почти в 2 раза чаще выявляется ДФК, по сравнению с ЖФВ без анемии - 30,2%

17,3% соответственно ($p < 0,01$). Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости ДФК у сельских ЖФВ в зависимости от степени тяжести анемии (%)

№	Исследуемые группы	Частота встречаемости дефицита фолиевой кислоты, абс. (%)
1	С легкой степенью анемии	23,1 *
2	Со средней степенью анемии	29,0
3	С тяжелой степенью анемии	48,4*
4	Всего с анемией	30,2*
5	Всего без анемии	17,3*
6	итого	100

*Достоверность различий: * разница достоверна $P < 0,01$*

Также выявлена достоверная разница в показателях частоты встречаемости ДФК в зависимости от степени тяжести анемии: у ЖФВ с легкой степенью анемии ДФК встречается в 23,1% случаях, со средней степенью тяжести в 29%, с тяжелой степенью в 48,4% случаях, разница достоверна ($p < 0,01$). Возможно, что такая взаимосвязь обусловлена тем, что причины и факторы риска развития ДФК и принципы профилактики во многом схожи с дефицитом железа и ЖДА,

именно: качество питания, заболевания ЖКТ, глистные инвазии и др. (8,9)

Изучение средних показателей ФК в вышеуказанных группах ЖФВ и сравнительный анализ полученных данных показал, что среди женщин фертильного возраста с анемией уровень фолиевой кислоты в среднем составил $12,09 \pm 0,19$ нг/мл, что достоверно ниже, по сравнению с контрольной группой – $13,89 \pm 0,11$ нг/мл. Также выявлена достоверная разница в показателях фолиевой кислоты в зависимости от степени тяжести анемии. Так, у женщин фертильного воз-

раста с легкой степенью анемии показатели фолиевой кислоты достоверно выше, чем у ЖФВ

тяжелой степенью анемии: $13,22 \pm 0,40$ нг/мл и $11,34 \pm 0,24$ нг/мл соответственно ($p < 0,01$) (таблица 2).

Таблица 2 Показатели фолиевой кислоты у сельских ЖФВ в зависимости от анемии и степени тяжести анемии

№	Исследуемые группы	Показатели фолиевой кислоты $M \pm m$ (нг/мл)
1	С легкой степенью анемии	$13,22 \pm 0,40^*$
2	Со средней степенью анемии	$12,32 \pm 0,30$
3	С тяжелой степенью анемии	$11,34 \pm 0,24^*$
4	Всего с анемией	$12,09 \pm 0,19^*$
5	Всего без анемии	$13,89 \pm 0,11^*$

*Достоверность различий: * разница достоверна $P < 0,01$*

наших исследованиях проведенных в Муйнакском районе Р.Каракалпакстан в 1994 году (4) показатели фолатов были изучены методом радиоанализа. Результаты показали, что дефицит фолатов составил у детей 1-3х лет 81%, 5-10 лет 47%, 15-30 лет 87%, причем у мужчин на 10-12% выше, чем у женщин. Несмотря на высокую выявляемость ДФК, он не был взаимосвязан с анемией ни в одной возрастной группе. Это было подтверждено показателем морфологии эритроцитов. Следовательно, ДФК не сопровождался фолиеводефицитной анемией.

Частота встречаемости ДФК среди ЖФВ была 30%, среди них не было выявлено ни одного случая фолиеводефицитной анемии, все анемии были железодефицитными. Наши данные совпадают с данными исследований в Р.Каракалпакстан (1994г). Необходимо отметить, что частота ДФК среди ЖФВ значительно ниже - 30%, по сравнению с данными Муйнакского района 87%.

Выводы: дефицит фолиевой кислоты в сельских условиях встречается у каждой третьей женщины фертильного возраста, причем среди анемичных почти в 2 раза чаще. ДФК взаимосвязан с ЖДА и степенью ее тяжести - чем ниже уровень гемоглобина, тем выше риск развития ДФК. В условиях СВП среди групп риска, наряду профилактикой железа, необходимо проводить профилактические мероприятия направленные на профилактику ДФК – пропаганда рационального питания, употребление фортифицированной муки, профилактический прием препаратов фолиевой кислоты.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

Асадов Д. А., Назмитдинов А. М., Сабиров Д. М. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии: Клиническое руководство. – Ташкент, 2004. 36 с. [Asadov D.A., Nazhmitdinov A.M., Sabirov D.M. Clinical guidelines for screening, prevention and treatment of iron deficiency anemia: Clinical guidelines. - Tashkent, 2004. 36 p. (In Russ).]

Буштырева И.О., Чернавский М.В., Левченко М.В. Роль препаратов фолиевой кислоты в профилактике рождения детей с низкой массой тела. // Проблемы репродукции. 2007. №1. С.92-94. [Bushytyreva I.O., Chernavsky M.V., Levchenko M.V. The role of folic acid preparations in the prevention of the birth of children with low body weight // Problems of reproduction. 2007. №1.92-94. (In Russ).]

Варлаховский В.Г., Воронин Д.В., Соколов К.А., Глотов О. С., Баранов В. С. Применение фолиевой кислоты для профилактики дефектов зачатия нервной трубки у плода. // Журнал акушерства и женских болезней. 2008. Том LVII. Выпуск 2. С. 4-10. [Varlakhovsky V.G., Voronin D.V., Sokolov K.A., Glotov O.S., Baranov V.S. Use of folic acid for

the prevention of defects in the neural tube infection in the fetus. // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2008. Volume LVII. Issue 2. P. 4-10. (In Russ).]

Сенчук А.Я., Венцовский Б.М., Заболотная А.В., Чернов А.В. Безопасное материнство (Физиологическая беременность). Руководство для врачей. // под ред. проф. А.Я. Сенчука. – Нежин: Гидромакс, 2008. 180 с. [Senchuk A.Ya., Ventskovsky B.M., Zabolotnaya A.V., Chernov A.V. Safe motherhood (Physiological pregnancy). A guide for doctors / ed. prof. AND I. Senchuk. - Nezhin: Gidromax, 2008. 180 p. (In Russ).]

Honein M. A., Paulozzi L.J., Mathews T. J. Impact of folic acid fortification of the US food supply on the occurrence of neural tube defects// JAMA. 2001. Vol. 285. P. 2981-2986.

Prevention of neural-tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group // Lancet. 1991. Vol. 338. P. 131-137.

Quinlivan E. P., McPartlin J M., McNulty H. et al. Importance of both folic acid and vitamin B 12 in reduction of vascular disease// Lancet. 2002. Vol. 359. P. 227-228.

УДК:616.314.26-007.24]-573.7.017.6 -07-08

ОБОСНОВАНИЕ К УЧЁТУ ВЕРТИКАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА РОСТА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ

Ш.Р. Расулова, Г.Э. Арипова, Э.Э. Насимов, Ж.Б. Бабаджанов

Ташкентский государственный стоматологический институт PE3IOME

настоящей статье приведены данные обследования пациентов с диагностированным дистальным прикусом, проведенного на базе клиники ортодонтии и зубного протезирования Ташкентского государственного стоматологического института. Проведенные диагностические исследования позволяют научно обосновать разработку комплексного подхода к диагностике с учётом компонента вертикального роста у пациентов с дистальной окклюзией. Кроме того, были рассмотрены и определены корреляционные взаимосвязи вертикального и горизонтального соотношений челюстных костей, которые, имея весомое диагностическое значение, позволят врачу-ортодонту прогнозировать вероятность усугубления или саморегуляции проблемы.

Ключевые слова: дистальный прикус, вертикальный компонент роста, задняя окклюзионная

плоскость (POP), переднезаднее соотношение челюстей (APDI), вертикальное соотношение челюстей (ODI).

ABSTRACT

This article presents data from a clinical examination of patients with diagnosed distal bite, that have been carried out at the clinic of orthodontics and dental prosthetics of the Tashkent State Dental Institute. The diagnostic studies allowed us to substantiate the development of an integrated approach to diagnosis from the scientific point of view, taking into account the vertical growth component in patients with distal occlusion. In addition, the correlation relationships of the vertical and horizontal ratios of the jawbones which have a significant diagnostic value were studied and determined, that will allow the orthodontist to predict the probability of aggravation or self-regulation of the problem.