

Нуралиев Ю.Н., Ганиев Х.А., Зубайдова Т.М., Самандаров Ю.Н.

Nuraliev. Yu. N., Ghaniev. Kh.A., Zubaydova. T.M., Samandarov N.Y.

Доир ба таъсири предиабетики шарбати лиму
Citrus limon (L)

About the prediabetogenic effect of lemon juice
Citrus limon (L)

Калимаҳои калидӣ: шарбати лиму, омилҳои предиабет, предиабет, усораи гадуи зери меъда, диабет, касалии диабети қанд, хун рН, рН пешоб, гемоглобини гликозидашуда ё гликонӣ

Key words: Lemon juice, acidic foods, diabetogenic factors in, with diabetes, insulinorezistenznost, sugary diabetes, blood pH, pH of urine, glikolizirovanny, hemoglobin.

Ин тадқиқотҳо якумин маротиба ҳолати номаълуми физиологӣ ва патогенетикӣро исбот карданд, ки шарбати лиму аз меъраи зиёд додасуда ба харгӯшҳои таҷрибавӣ зиён расонида ба ҳолати предиабетикӣ ва инсулинрезистентнокии то диабет оварда мерасонад. Дар натиҷа мубодилаи моддаҳои асосӣ вайрон шуда, асосан ба вайроншавии мубодилаи карбогидраҳо, ки патогенези предиабет ва инсулинрезистентнокии сарчашмаи синдроми метаболики ҳаст, оварда мерасонад.

Testing experiments discovered the new unknown physiological and pathogenetical occurrence connects the breaching of metabolism process on the whole of carbohydrate exchange, prediabetes of pathogenes and insulinresistance, mark the beginning metabolical syndrome with the hard results of illness.

At the state of development the prediabetes and insulinresistance the patient must not be use acid food products with cold nature and use products high level alkaline elements.

Only this method of medical prophylactic measures, as recommended and practiced famous Avicenna low to stop the developing growth of diabetes and other illness.

Нурматова З.И., Нурматов А.А., Ибрагимова Н.И.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра сестринского дела Худжанского отделения ТИППМК

Ключевые слова: железodefицитная анемия, профилактика, лечение.

Актуальность

Экстрагенитальная патология во время беременности, остается, по-прежнему, одной из самых сложных проблем современного акушерства. Железодефицитная анемия является одним из самых распространенных заболеваний среди беременных женщин. Частота анемии беременных составляет 15-80% [1].

По данным ВОЗ, около 1 миллиарда человек на земле имеют дефицит железа. Даже в развитых странах Европы и Северной Америки железодефицитной анемией страдают 7,5-11% всех женщин детородного возраста. У 20-25% наблюдается скрытый тканевой дефицит железа. Значительно большая частота железодефицитных анемий встречается в странах Африки, Латинской Америки и Азии. В Таджикистане железодефицитная анемия во время беременности приобретает черты краевой патологии и наблюдается у 80% женщин.

Женщины интенсивно расходуют железо в период беременности, родов, кормления ребенка. На одного ребенка, например, материнский организм в общей сложности тратит около 600 миллиграммов железа. У женщин, родивших нескольких детей с небольшим перерывом, почти не остается запасов железа в организме. Анемия встречается как у беременных, так и у родильниц. Среди факторов развития анемии в послеродовом периоде преобладает кровопотеря выше 1000 мл, что встречается, по данным ВОЗ, у 5,0% родильниц. Другой фактор - низкое социальное положение. Согласно данным литературы, фоллиевая

кислота, аналогом которой выступает фолатин, является составляющей частью комплекса витаминов группы "В", который в организме человека образуется микрофлорой кишечника. Для профилактики фолевой недостаточности (несбалансированное неудовлетворительное питание) женщине в период беременности ежедневно необходимо 400 мг, а при кормлении грудью - до 300 мг фолевой кислоты в день, с лечебной целью взрослым назначается по 5 мг в сутки. Во время беременности роль фолевой кислоты резко возрастает. Она активно участвует в пуриновом обмене, имеет определяющее значение для нормального эмбриогенеза [4]. Недостаток фолевой кислоты наравне с влиянием каких-либо вредных факторов может привести к патологии развития плода. При беременности формируется отрицательный баланс фолевой кислоты, обусловленный интенсивной ее утилизацией на нужды плода, кроме того, на обеспечение роста матки, плаценты, а также непрерывно усиливающегося эритропоэза гемопозитических органов женщины и плода. В результате этого при беременности наблюдается прогрессивное снижение фолевой кислоты, что приводит к нарушению созревания эритроцитов, а также миелоидных клеток, в конечном результате развивается анемия и лейкопения [5]. Учитывая, что в Таджикистане в последние годы отмечается значительный рост числа беременных с этой патологией, то становится очевидной актуальность изучения особенностей течения беременности, родов, становления лактационной функции у женщин с сочетанием железодефицитной анемии.

Цель исследования

Оценка эффективности применения железосодержащих препаратов в профилактике фетоплацентарной недостаточности и перинатальных осложнений у беременных с анемией.

Материал и методы исследования

В данном исследовании с целью лечения анемий применялся препарат фолатин. Проведен анализ результатов приема фолатина в группах беременных женщин и в послеродовом периоде родильниц. Обследованы 50 пациенток, которые были распределены в зависимости от возраста: 20-25 лет, 26-30 лет, 31-36 лет и старше. Среди них: первобеременных 22 (44%), повторобеременных 28 (56%), первородящих 31 (62%), повторнородящих 19 (38%). Анемия выявлена у всех женщин (100%), уровень

гемоглобина (Hb) составил от 83 до 110 г/л в сроках от 22 нед. беременности до 8 дней в послеродовом периоде. Из них ранее не получали лечение 19 женщин (38%) в течение месяца. В контрольную группу вошли 50 женщин, не получавших лечения в поздние сроки.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что в исследуемой группе у 28 (56%) женщин с анемиями уровень Hb до 100 г/л, при назначении фолатина уровень Hb через 2 нед. увеличился до 90-107 г/л во всех случаях, что составило 56%, отсутствия эффекта не было. Через месяц уровень Hb увеличился до 115-124 г/л. В контрольной группе 26 (52%) женщинам с анемиями (уровень Hb до 100 г/л) лечение фолатином не проводилось. Уровень Hb в этой группе женщин через 2 нед. увеличился до 89-97 г/л в 20 из 24 случаев, что составило 40%, а через месяц - до 100-110 г/л в 26 случаях. В исследуемой группе у 22 (44%) женщин с анемиями до 110 г/л через 2 нед. уровень Hb увеличился до 105-115 г/л, а через 4 нед. после приема фолатина - до 117-130 г/л в 22 случаях. В контрольной группе у 24 (48%) женщин с Hb от 100 до 110 г/л через 2 нед. уровень Hb составил 99-104 г/л, а через месяц - от 105 до 115 г/л. В течение месяца препарат получали 30 (60%) женщин из 50. Эффект от лечения полный, составил 100% в группе беременных женщин. Женщины, вступившие в роды с Hb до 100 г/л, составили 32%, в послеродовом периоде женщинам в данной группе также назначался фолатин. Из них, не получавшим ранее лечение 8 (16%) женщинам, фолатин назначался с 1-го дня послеродового периода, в течение 2 нед. уровень Hb с 83-99 г/л вырос до 100-107 г/л, они продолжали принимать данный препарат до месяца с последующим контролем.

Результат анализа крови в группе женщин, которые получали препарат в течение месяца, показал, что уровень Hb при исходном от 83 до 110 г/л через 2 нед. повысился до 107-115 г/л, а через месяц - до 124-130 г/л.

В контрольной группе этот показатель составил через 2 нед. 97-104 г/л, а через месяц - 110-115 г/л. Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии фолатина на гемопоз, его применение способствует повышению уровня гемоглобина, благоприятно влияет на течение беременности и позволяет повысить число женщин, вступивших в роды с нормальными показателями Hb.

Результаты анализа содержания гемоглобина в анализируемых группах

Исследуемая группа				Контрольная группа			
Нв до лечения, г/л	абс. (%)	через 2 нед. лечения, г/л	через 4 нед. лечения, г/л	Нв до лечения, г/л	абс. (%)	через 2 нед. лечения, г/л	через 4 нед. лечения, г/л
83-100	28 (56)	0-107	115-124	83-100	26 (52)	89-97 у 20 жен. (40%);	100-110 у 26 жен.;
100-110	22 (44)	105-115	117-130	100-110	24 (48)	99-104 у 22 жен. (44%)	105-115 у 24 жен.

Выводы

Таким образом, препарат фолиевой кислоты фолацин может быть рекомендован для широкого применения в практическом здравоохранении в женских консультациях, родильных домах для лечения анемий у беременных и родильниц в послеродовом периоде, особенно у перенесших кровопотерю в послеродовом и раннем послеродовом периодах или при кесаревом сечении. Данный препарат безопасен, прост в употреблении и не требует дополнительного обслуживания (беременная спокойно может принимать сама).

Не следует прекращать лечение препаратами железа после нормализации уровня гемоглобина и содержания эритроцитов в организме. Нормализация уровня гемоглобина в организме не означает восстановления запасов железа в нем. Для этой цели эксперты ВОЗ рекомендуют после 2-3-месячного лечения и ликвидации гематологической картины анемии не прекращать проведение терапии, а лишь уменьшать вдвое дозу препарата, который использовался для лечения железодефицитной анемии. Такой курс лечения продолжается в течение 3 месяцев. Даже восстановив полностью запасы железа в организме целесообразно в течение полугода принимать небольшие дозы железосодержащих препаратов, так как основной вид терапии железодефицитной анемии у беременных - это препараты железа [2,3].

Развитие анемии во время беременности отрицательно влияет на течение гестационного процесса и является серьезным фактором торможения постнатальной адаптации. Своевременное и адекватное лечение, профилактическое применение антианемических препаратов с ранних сроков гестации - залог благополучного завершения беременности, как для матери, так и для новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. // Рус. мед. журн. 1997. № 5 (19). С. 1234-42.

2. Белошевский Е.А. Железодефицит у взрослых, детей и беременных. Воронеж, 2000. 121 с.
 3. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Жаров Е.В. и др. Железодефицитные состояния в различные периоды жизни женщины: Информационное пособие для акушеров и гинекологов. М., 2002. 15 с.
 4. Шиффман Фред. Дж. Патология физиологии крови. Пер. с англ. М.: Бином, 2001.
 5. Шехтман М.М., Никонов А.В. Железодефицитная анемия у беременных и ее лечение // Лечащий врач. 2001. № 2 (5).

Пешгири ва муолиҷаи камхуни ҳангоми хомиладорӣ

Калимаҳои калидӣ: пешгирӣ, муолиҷа (табобат), камхунӣ, норасоӣ оҳан дар организм

Хамин тариқ, маводи флоацин (кислотаи фолиавӣ) барои амалии тандурусти дар машваратҳои занона, таваллудхонаҳо, ҳамчун муолиҷаи камхунии занҳои хомила, давраҳои пас аз таваллуд, хусусан баъди хунрави ё ин, ки амалиётҳои кайсари ба таври истеъмоли барои пешниҳод карда мешавад. Ин дорувори бехатар буда, барои истеъмоли бисёр ҳам кулай аст (зани хомила худаш оромона истеъмоли карда метавонад).

Пас аз ба меъёр омадани хемоглобин ва эритроцит дар бадан истеъмоли флацинон набояд, ки катъ гардонад. Ба меъёр омадани хемоглобин дар организм ин маъно он надорад, ки оҳан дар организм ҳамчун захира барқарор шудааст. Ба ин мақсад, экспертҳои тандурусти ташиққобии умумӣ баъди 2-3 моҳи муолиҷаи камхуни, бояд, ки муолиҷа боз давом дода шавад, лекин дар 2 маротиба микдори ками дорувори, ки барои зидди камхуни буд, пешниҳод карда шавад. Ин намуди муолиҷа 3- моҳ давом мекунад. Баъди пурра барқарор шудани хемоглобин дар организм, дар давоми 6- моҳ дорувориҳои оҳанидоштаро истеъмоли намудан лозим аст.

Инкишофёбии камхуни хангоми хомила-дори барои инкишофи хамил таъсири манфи расонида боиси фактори хусусии сусти пас аз таваллуд мегардад.

Муолиҷаи дурусти саривақтӣ, истеъмоли дорувориҳои пешгирии камхунӣ, дар давраи инкишофёбии ҷанин ин хуш ба итмом расидани хомиладорӣ ҳам барои модар ва ҳам барои кудак мебошад.

Preventive maintenance and therapy of shortage of iron in an organism at pregnancy

Key words: Iron deficiency anemia, prevention, treatment.

Thus, the preparation of folic acid (folacini) can be recommended for wide application in practical public health services in female consultations, maternity hospitals for treatment of anemia's at pregnant women and women in childbirth in the postnatal period, especially at transferred blood in the use and early postnatal the periods or at a Cesarean section. The given preparation is safe; simple in also does not

demand additional service (the pregnant woman can easily accept itself).

It is not necessary to stop treatment by preparations of iron after normalization of level of hemoglobin and the maintenance of erythrocytes in an organism. Normalization of level of hemoglobin in an organism does not mean restoration of stocks of iron in it. For this purpose experts recommend after 2-3 the monthly treatments and liquidation of hematology a picture of an anemia not to stop therapy carrying out, and only to reduce twice a dose of a preparation which was used for treatment against an anemia. Such a course of treatment proceeds within 3 months. Even having restored completely iron stocks in an organism expediently during half a year to accept small doses of ferriferous preparations.

Development of an anemia during pregnancy negatively influences a current development process and is the serious factor of braking after a birth adaptation.

Timely and adequate treatment, preventive application of iron in an organism

Preparations from early terms pregnancy - pledge of safe end of pregnancy both for mother, and for the newborn.