

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Аминова Н. Н

*Бухарский государственный медицинский институт*

**Аннотация:** Железодефицитная анемия считается нередкой и, не обращая внимания на имеющийся размахистый арсенал веществ железа, нерешенной задачей в педиатрической практике. Первопричиной является нередко неадекватная диагностика в первичном звене здравоохранения, собственно что вызвано как беспристрастными проблемами, например и недооценкой основательности результатов недостатка железа.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, диагностика, ферритин, ретикулоцитарный гемоглобин, растворимые трансферриновые рецепторы.

**Annotation:** Iron-deficiency anemia is a common and, despite the available wide range of iron preparations, unsolved problem in pediatric practice. This is often associated with inadequate diagnosis in primary health care, which is due to both objective problems and underestimation of the seriousness of sequels of iron deficiency. T

**Key words:** iron deficiency anemia, diagnosis, ferritin, reticulocyte hemoglobin, soluble transferrin receptors.

По данным ВОЗ, анемия имеется у 1 987 300 000 жителей планеты, т.е. это одна из частых, если не самая частая, группа болезней. В отдельных регионах мира частота ЖДА колеблется от 21 до 80%. Традиционно женское население страдает этим заболеванием в несколько раз чаще, чем мужское. Известно, что непосредственной причиной железодефицитного состояния в организме является превышение потерь железа в сравнении с его поступлением. Связано это с тем, что наряду с такими распространенными причинами развития ЖДА, как различные поражения желудочно–кишечного тракта (ЖКТ), которые одинаково часто встречаются как у мужчин, так и у женщин, существует целый ряд физиологических и патологических состояний, приводящих к хронической кровопотере и дефициту железа, характерных только для женского организма. ЖДА – это состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина и эритроцитов в единице объема крови, обусловленное дефицитом железа и сопровождающееся характерным симптомокомплексом и определенными лабораторными показателями.

**Материал и методы исследования:** нами обследованы 125 женщин в возрасте от 18 до 45 лет.

Степень тяжести анемии определяли по классификации ВОЗ: анемия легкой степени тяжести – концентрация гемоглобина в крови от 110 до 90 г/л; умеренно выраженная анемия – концентрация гемоглобина в крови от 89 до 70 г/л; тяжелая

анемия – концентрация гемоглобина в крови от 69 г/л. Анализ анамнестических данных пациенток свидетельствовал о том, что все женщины в детстве перенесли различные инфекционные заболевания, в том числе детские инфекции: корь-70 (56%), скарлатина -18 (14,4%), ветряная оспа – 59 (47,2%), краснуха – 32 (25,6%), эпидемический паротит – 27 (21,6%); ангина – 50 (40%), а также у 51 (40,8%) пациенток в анамнезе были указания на следующие экстрагенитальные заболевания: хронический тонзиллит – 25 (20%), пневмонию – 4 (3,2%), гастрит – 43 (34,4%), холецистит – 2 (1,6%), цистит – 6 (4,8%), пиелонефрит – 18 (14,4%), причем у каждой второй пациентки было 2-3 экстрагенитальных заболевания. Кроме этого, указания на грипп и ОРВИ имели у - 110 (88%), и 119 (95,2%) женщин соответственно. Средний возраст наступления менархе -  $12,0 \pm 1,19$  лет. Продолжительность менструального цикла у пяти (4%) пациенток составила 23 дня, у 99 (79,2%) - 24-28 дней, у 21 (16,8%) – от 29 до 35 дней. Средняя продолжительность менструального цикла -  $27,36 \pm 3,18$  дня. Менструальное кровотечение у 55 (44%) пациенток длилось 3-5 дней, от 5 до 7 дней у 61 (48,8%) и у 9 (7,2%) – более 7 дней. Средняя длительность менструального кровотечения –  $5,31 \pm 1,09$  дня. У 116 (92,8%) пациенток в анамнезе были беременности. У большинства женщин -94 (75,2%) было от одной до трех беременностей. При этом у большинства обследованных в анамнезе были роды: у 50 (44%) одни срочные роды, у 30 (10,2%) - двое, у 22 (16,8%) – трое и у 14 (13,6%) – четверо родов. Абдоминальное родоразрешение имело место у 31 (24,8%) женщины, при этом у 9 (7,2%) более одного раза. Кровотечения во время беременности и родов отметили 22 (17,6%) женщины. У 62 (49,6%) женщин беременности закончились медицинскими абортами, которые составили у 23 (37%) – 1 аборт, у 18 (29%) - 2, у 7 (11,3%) – 3, у 14 (22,6%) пациенток в анамнезе был самопроизвольный выкидыш. В анамнезе у 24 (19,2%) женщин отмечались заболевания шейки матки, миома матки – у 12 (9,6%), киста яичника – у 9 (7,2%). В общей структуре гинекологической заболеваемости по данным анамнеза дисменорея, предменструальный синдром (ПМС), меноррагия, нерегулярный менструальный цикл составили 51,2%. Анализ результатов исследования позволил выявить, что причиной дефицита железа у женщин репродуктивного возраста явилось нарушение его баланса в сторону преобладания расходования железа над поступлением в результате хронических заболеваний, большого количества родов и абортов, обильных менструаций, нарушений пищевого поведения. Пролонгированный метод пероральной гормональной контрацепции является эффективным: контрацептивная эффективность метода составляет 100%; Приемлемость определяется небольшим числом (17,6%) типичных для КОК побочных реакций (головная боль, мастодиния, тошнота и др.), которые возникают преимущественно в первом цикле приема и в дальнейшем исчезают у большинства больных. Также в нашем исследовании удалось выявить, что пролонгированный прием комбинированных оральных контрацептивов

эффективен при ведении железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста, в сочетании небольших доз препаратов железа.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение целесообразно еще раз отметить, что ранняя диагностика ЖДС, их своевременная и адекватная коррекция с помощью препаратов железа позволят существенно снизить риск нарушений функционирования различных органов и систем растущего организма, что не только позитивно скажется на состоянии здоровья, но и улучшит качество его жизни в целом.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: World Health Organization, 2001. 114 p.

2. Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н. Железодефицитные состояния у детей: учеб. пособие. К.: БЭСТ-В, 1997. 33 с. [Korovina N.A., Zaplatnikov A. L., Zakharova I. N. Zhelezodefitsitnyye sostoyaniya u detej: ucheb. posobiye. K.: BEST-V, 1997.33s.(inRussian)].

3. Казюкова Т. В., Самсыгина Г. А., Левина А. А. и др. Дефицит железа у детей: проблемы и решения // Педиатрия. 2002. № 1. С.17–19 [Kazyukova T.V., Samsygina G. A., Levina A. A. i dr. Defitsit zheleza u detej: problemy i resheniya // Pediatriya. 2002. № 1. S.17–19(inRussian)].

4. Захарова И. Н., Коровина Н. А., Малова Н. Е. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицитных состояний у детей // Вопросы современной педиатрии. 2002. Т.1. № 1. С.60–62 [Zakharova I.N., Korovina N. A., Malova N. Ye. Sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya zhelezodefitsitnykh sostoyanij u detej // Voprosy sovremennoj pediatrii. 2002. Т.1. № 1. S.60–62 (in Russian)].

5. Тарасова И. С. Разработка и научное обоснование скрининга железодефицитных состояний у подростков: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2013. 67 с. [Tarasova I. S. Razrabotka i nauchnoye obosnovaniye skringinga zhelezodefitsitnykh sostoyanij u podrostkov: avtoref. dis. ... d-ra. med. nauk. M., 2013. 67 s.(inRussian)].

6. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков: пособие для врачей / под ред. А. Г. Румянцева, И. Н. Захаровой. М., 2015. 75 с. [Diagnostika i lecheniye zhelezodefitsitnoj anemii u detej i podrostkov: posobiye dlya vrachey / pod red. A. G. Rumyantseva, I. N. Zakharovoy. M., 2015. 75 s. (in Russian)].

7. Захарова И. Н., Мачнева Е. Б. Лечение и профилактика железодефицитных состояний у детей // РМЖ. 2013. № 14. С.789–792 [Zakharova I.N., Machneva Ye.B. Lecheniye i profilaktika zhelezodefitsitnykh sostoyanij u detej // RMZH. 2013. № 14. S.789–792(inRussian)].

8. Osendarp S., Murray-Kolb L., Black M. Case study on iron in mental

development — in memory of John Beard (1947–2009) // Nutr. Rev. 2010. Vol. 68 (Suppl. 1).P.48–52.

9. Iron nutrition in health and disease / Ed. L. Hallberg, N. G. Asp. London: Libbey and Co,1996.

10. Эллиот В., Эллиот Д. Биохимия и молекулярная биология. М.: Изд-во НИИ Биомедицинской химии РАМН, 2000. С.311–321 [Elliot V., Elliot D. Biokhimiya i molekulyarnaya biologiya. M.: Izd-vo NII Biomeditsinskoy khimii RAMN, 2000. S.311–321 (inRussian)].

11. Lozoff B., Jimenez E., Hagen J. et al. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy // Pediatrics. 2000.Vol.105P.E51.

12. Lozoff B., Jimenez E., Smith J. B. Double burden of iron deficiency in infancy and low socioeconomic status: a longitudinal analysis of cognitive test scores to age 19 years // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006. Vol. 160 (11). P.1108–1113.