

УДК 616.155.194.8: 616.155.194.8-053.36

Исмаилова Замирахон Уктамовна

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

**ИЗУЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ**

Резюме: Знание особенностей подросткового возраста позволяет выявить широкий спектр основных причин распространенных и в целом-то однотипных жалоб девочек-подростков на слабость, повышенную утомляемость, головную боль и эмоциональную лабильность. Точная диагностика, в свою очередь, определяет оптимальные пути лечения и профилактики возможных дисфункций.

Полученные данные позволяют выделить девушек-подростков с анемией в группу высокого риска по формированию нарушений функции репродуктивной системы.

Выявлена взаимосвязь между гормональными и феррокинетическими показателями сыворотки крови. Разработан алгоритм обследования анемии у девушек-подростков. Обоснована тактика комбинированного лечения анемии у девушек-подростков с целью получения полной гематологической и клинической ремиссии с нормальными показателями феррокинетики.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, подростковый возраст, девочка.

Ismailova Zamirakhon Uktamovna

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

STUDY AND PREVENTION OF PATHOGENETIC FACTORS OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN ADOLESCENT GIRLS

Resume: Knowledge of the peculiarities of adolescence allows us to identify a wide range of the main causes of common and generally similar complaints of teenage girls about weakness, fatigue, headache and emotional lability. Accurate diagnosis, in turn, determines the optimal ways to treat and prevent possible dysfunctions.

The data obtained make it possible to identify adolescent girls with anemia in a high-risk group for the formation of disorders of the reproductive system.

The relationship between hormonal and ferrokinetic parameters of blood serum was revealed, an algorithm for the examination of anemia in adolescent girls was developed, the tactics of combined treatment of anemia in adolescent girls was substantiated in order to obtain complete hematological and clinical remission with normal ferrokinetic parameters.

Keywords: iron deficiency anemia, adolescence, girl.

Актуальность. В последнее время международной тенденцией стала смена солевых препаратов железа на препараты на основе гидроксид полимальтозного комплекса, напоминающего по строению молекулу ферритина [3,5]. В желудочно-кишечном тракте они не выделяют железо в виде свободных ионов и, таким образом, не обладают прооксидантными свойствами, которые обычно обуславливают НЛР. Исследованиями установлено, что препараты этой группы не имеют риска передозировки и интоксикации, не окрашивают зубы и десны, имеют приятный вкус и обладают отличной переносимостью.

В настоящее время не потеряла своей значимости и фитотерапия. Наблюдения показали, что фитотерапевтические средства гемостатического и сокращающего мускулатуру матки действия вполне могут быть многолетней поддерживающей монотерапией данного

нарушения после проведения курса железосодержащего препарата и остеопатической коррекции[2,4]. К этим средствам отнесены препараты из горца змеиноного, горца перечного, горца почечуйного, горца птичьего, крапивы двудомной, кровохлебки лекарственной, лапчатки прямостоячей, ольхи серой, пастушьей сумки, тысячелистника обыкновенного, калины красной. Как правило, из этих растений составляются сборы. Водное извлечение готовится из расчета 1 чайная ложка травы на стакан кипятка, настаивается в течение получаса, затем процеживается и выпивается в течение дня с первого до последнего дня менструации ежемесячно [1,6]. Важно понимать, что влияние фитопрепаратов оказывает комплексное воздействие на все органы и системы, и правильно подобранный сбор способен мягко скорректировать все звенья патогенеза.

Цель исследования. Оптимизация тактики лечения ЖДА у девочек подростков с помощью выбора на основе методов доказательной медицины наиболее эффективного терапевтического плана.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач исследовано репродуктивное здоровье 160 девушек-подростков 14-19 лет, основную группу составили 110 девушек-подростков с анемией, которым проводилось комплексное обследование и лечение с применением современных методов диагностики и терапии, группу контроля составили 50 здоровых девушек-подростков.

Результаты исследования. В лечении железодефицитной анемии у девочек-подростков определенное значение имеет полноценная диета с включением как мясных продуктов, так и определенных круп, овощей и зелени (гречневая крупа, хлеб, рис, изюм, гранаты, сушеные абрикосы, шпинат, горох, петрушка, соя и бобы). Однако подавляющее большинство диетических рекомендаций дискутабельны. Например, взгляд на включение в диету при железодефицитной анемии сои и бобовых у разных авторов может быть диаметрально противоположным. К тому же часто

гипохромная анемия сочетается с неудовлетворительным состоянием слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, что затрудняет происходящую в энтероцитах трансформацию железа в удобную для всасывания форму и нивелирует богатство железа в употребляемых продуктах

Особую группу риска составляют подростки с хроническими заболеваниями, такими как заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе ассоциированные с *H. pylori*, повторные кишечные инфекции, лямблиоз, глистные инвазии, воспалительные заболевания кишечника, инфекционные заболевания (туберкулез, бруцеллез, микоз и пр.), атрансферринемия, коллагенозы.

Железодефицитная анемия является заключительной стадией дефицита железа (клинически выраженный дефицит железа) и характеризуется полным истощением запасов железа, приводящим к снижению синтеза гемоглобина и других железосодержащих соединений: уменьшается количество ферритина; концентрация эритроцитарного протопорфирина растет; насыщение трансферрина падает; уровень гемоглобина снижается. При лечении железодефицитных состояний необходимо придерживаться двух основных правил: вначале установить и по возможности ликвидировать непосредственную причину, которая привела к развитию данной патологии, и восполнить дефицита железа лекарственными железосодержащими препаратами. Выбор препарата железа, его дозы и длительности лечения для коррекции железодефицитных состояний у подростков должен быть индивидуальным, учитывающим психологический статус пациента и все возможные побочные эффекты.

Предпочтение отдается пероральным препаратам, так как доказано, что разница в скорости нормализации уровня гемоглобина при пероральном и парентеральном применении железа составляет 2-3 дня.

Важнейшими требованиями к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике, являются хорошая биодоступность, высокая безопасность, наличие различных лекарственных форм, удобных для пациентов всех возрастов, а также характеристики, обеспечивающие хорошую приверженность лечению.

Лечение железосодержащими препаратами длительное и должно быть направлено не только на нормализацию уровня гемоглобина, но и на восполнение тканевых запасов железа, что может занять от 3 до 6 месяцев. В максимально переносимой дозе лечение проводится до полной нормализации содержания гемоглобина, что происходит не раньше чем через 6-8 недель. Клинические же признаки улучшения появляются значительно раньше (уже через 2-3 дня) по сравнению с нормализацией уровня гемоглобина. Для восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина проводят лечение железосодержащими препаратами в течение 3 месяцев в суточной дозе, которая в 2 раза меньше по сравнению с дозой, применявшейся на этапе купирования анемии. При продолжающихся избыточных потерях железа, например при менструальных кровотечениях, показан прием препаратов железа короткими курсами по 7-10 дней ежемесячно. При рецидиве анемии показано проведение повторного курса лечения в течение 1-2 месяцев.

Поскольку одной из основных причин развития дефицита железа у подростков является алиментарный фактор, необходимо принять меры по коррекции диеты пациента и в первую очередь обогатить рацион продуктами, содержащими гемовое железо (мясо и рыба). Также при оставлении диеты важно учитывать факторы, усиливающие или, напротив, ухудшающие биодоступность железа. Так, танины, карбонаты, оксалаты, фосфаты, этилендиаминтетрауксусная кислота (используется в качестве консерванта), молоко, растительные волокна, отруби тормозят абсорбцию негемового железа, а аскорбиновая, лимонная, янтарная кислоты,

фруктоза, цистеин, сорбит, никотинамид, напротив, усиливают. Гемовые же формы железа мало подвержены влиянию пищевых и секреторных факторов. Рекомендуемые нормы потребления железа учитывают физиологическую потребность организма и среднюю биодоступность железа из обычного пищевого рациона, которая не превышает 10%.

Кроме этого, чрезвычайно важна психологическая коррекция, особенно у подростков с протестным и девиантным поведением.

Вывод. Таким образом, использование предложенного комплексного подхода к терапии железодефицитной анемии у девочек-подростков с нарушением менструальной функции позволяет быстро купировать симптомы железодефицитной анемии и грамотно выстроить профилактику этого заболевания у взрослых женщин, что улучшит качество жизни, физическое и репродуктивное здоровье и, в конечном итоге, повлияет на здоровье грядущих поколений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афанасьева А.А., Савенкова М.С., Неижко Л.Ю., Абдулаев А.К. Лимфаденопатия и лимфаденит у детей: диагностика и лечение // *Consilium medicum. Педиатрия*. 2009. № 2. С.45-48.
2. Быкова В.В. Некоторые особенности диагностики и лечения носовых кровотечений. автореф. дис. ... канд. мед. наук. С-Пб, 2004. 21 с.
3. Джабарова Е.В. Лечение острых лимфаденитов шеи в детской хирургической практике. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Ростов-на-Дону, 2012. 21 с.
4. Зиновьева Г.А. Геморрагический васкулит у детей: клиника и лечение // *Российский педиатрический журнал*. 2013. № 1. С.24 – 26.
5. Козарезова Т.И., Климкович Н.Н. Болезни крови у детей: учебное пособие. Мн.: Белорусская наука, 2014. 383 с.

6. Юрьев В.К., Сердюков А.Г., Кабачек Н.И., Ахмедов М.Р., Сагитова Г.Р. Медико-социальная характеристика медицинских кадров Астраханской области // Социология медицины. 2007. №1. С.45-48.