

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЯМ НА
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФЕРРОТЕРАПИИ**

Амонов Р.А.,
Мухитдинов Ш.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

В последние десятилетия значительно увеличилась частота железо-дефицитной анемии среди детского возраста, распространенность которой составляет в сумме более 50%. Социальный ущерб вследствие данной патологии усугубляется тенденцией к её хронизации уже с детского или юношеского возраста (Юсупова М.А., 2002).

Вступив в репродуктивный возраст, девочки-подростки несут основную функцию воспроизводства наследий. От соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков, от своевременного оздоровления выявленных патологии в пубертатном периоде, зависит здоровое будущее их детей, а значит и здоровье будущего поколения.

Следовательно, терапия железодефицитных состояний, являющихся наиболее распространенной формой алиментарной недостаточности железа, как у девушек в пубертатном периоде, так и у беременных матерей имеет большое значение в деле улучшения здоровья будущих матерей (Фармонкулов Х.К., 1999; Байжанов К.Т., Байдурун С.А., 2000).

С целью изучения факторов риска приводящих к ЖДС у 350 девушек пубертатного возраста было проведено тестирование (прилож. 1).

Исследование проводилось среди девушек от 9 до 14 лет в условиях городской и сельской поликлиники а так же СВП. Изучались лабораторные анализы периферической крови: гемоглобин, эритроциты, морфология эритроцитов, лейкоформула, СОЭ. Из биохимических показателей изучались общий белок, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность крови (ОЖСС), трансферрин.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных целей и задач исследования, проведена сравнительная оценка полученных результатов анализа анкетирования, клинической семиотики синдромов анемии и латентного дефицита железа (ЛДЖ), которые сравнивали с группой здоровых девушек. Выявлены количественные отличия, выраженность того или иного синдрома. При этом обращало внимание наличие семиотики нервно-психической астении, нарушений функций сердечно-сосудистой системы и сидеропенические симптомы.

Карта тестирование у девушек в пубертатном периода

№	Характеристика задаваемого вопроса	Варианты ответы
1	Наблюдается ли у Вас слабость, утомляемость?	Да, нет
2	Наблюдается ли у Вас раздражительность?	Да, нет
3	Бывают ли у Вас головные боли?	Да, нет
4	Отмечается ли у Вас снижение успеваемости?	Да, нет
5	Бывают ли у Вас обмороки? Сколько раз в год (1-2), в душном помещении, классе, автобусе, в бане и др?	Да, нет Подчеркните и допишите
6	Бывает ли у Вас выпадение волос?	Да, нет
7	Нравится ли запах: керосин, бензин, краску, или?	Подчеркните и допишите
8	Перенесенные Вами заболевания: частые ангины, простудные заболевания, ревматизм, болезни желудка и кишечника, болезни печени, почек?	Подчеркните
9	В каком возрасте начались менструации: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, менструации нет?	Подчеркните
10	Цикличность менструации: (в днях) 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 и более?	Подчеркните
11	Средняя продолжительность менструаций: 2-3, 4-6, 6-7 дней или?	Подчеркните и допишите
12	Менструация болезненная или безболезненная?	Подчеркните

Таблица 1. Сравнительная частота клинических симптомов анемии при ЛДЖ

Симптомы	Здоровые (n=188)		ЛДЖ (n=324)	
	абс.	%	абс.	%
Психическая астения:				
повышенная слабость и утомляемость	40	21,3	94	29
раздражительность	30	16,0	146	45
головные боли	40	21,3	78	24
снижение успеваемости	16	8,5	136	41
Поражения сердечно-сосудистой системы:				
головокружение	52	28,1	106	32,7
обмороки	20	10,6	78	24,1
одышка при физической нагрузке	32	17,0	130	40,1
снижение АД	10	5,3	62	19,1
Сидеропенические симптомы:				
выпадение волос	16	17,0	31	19,1
дисфагия	1	0,8	5	3,1
извращение обоняния	-	-	2	1,2
извращение вкуса	-	-	2	1,2
снижение аппетита	9	9,2	21	12,9

Следовательно, те и другие симптомы анемии наблюдались как у здоровых, так и у школьниц с ЛДЖ. Однако выраженность этих симптомов в большей степени встречалась у девушек с ЛДЖ.

Особого внимания заслуживало выяснение времени наступления менархе и её характер. У 83% здоровых школьниц 13–14 лет менструация наблюдалась, в возрасте 13 лет и 6 месяцев, а её продолжительность была до 5 дней (97,7%). У школьниц с ЛДЖ этот показатель составлял 93,3%, альгоменорея установлена у 61,1%, тогда как у здоровых она была вдвое меньше. При объективном исследовании девушек с ЛДЖ изменения со стороны органов и систем были незначительными. Однако явления глоссита и сглаженность сосочков языка выявлялись в 14,2 – 24,1% обследуемого контингента. Эти данные несколько отличались от приведенных в литературе, а механизм развития вышеуказанных симптомов связан с дефицитом железа в тканях организма.

Анализируя успеваемость девушек, нами было установлено, что школьницы с низким содержанием гемоглобина и нормальным уровнем железа в сыворотке крови, имели лучшую успеваемость по сравнению с теми, у которых оба показателя были снижены.

В целях оценки эффективности антианемического препарата «Ферронат» нами было обследовано 350 девушек пубертатного периода в возрасте 9–14 лет в амбулаторных условиях и в дневном стационаре. На каждую девушку заполнялся специальный вопросник с целью изучения факторов риска ЖДА и сопутствующих заболеваний. Исследовали картину периферической крови, показатели обмена железа и общий белок сыворотки в динамике, до и после проведения I-курса лечения ферронатом (2 флакона).

Препарат Ферронат выпускается по 100 мл в флаконах. Лечебная доза 1-2 мерная ложка в день, профилактическая 1 мерная ложка в день.

Уровень гемоглобина 120 г/л принят за норму, 118-92 г/л за анемию легкой степени, 90-72 г/л за анемию средней тяжести, 70 г/л и ниже за тяжелую степень ЖДА (по ВОЗ).

Как видно из таблицы, прирост гемоглобина составил 12,9 г/л за I курс лечения. В зависи-

Таблица 2. Показатели эффективности применения ферроната у девушек в пубертатном периоде

№	Показатели	До лечения	После лечения	Прирост в средн
1.	Гемоглобин г/л	94,9±-1,94	106,87±-1,84	12,9
2.	Эритроциты 10/12/л	3,68±-0,06	3,85±-0,05	0,17
3.	Цветовой показатель	0,72±-0,01	0,77±-0,01	0,05
4.	Сыв железо мкмоль/л	12,12±-0,71	15,51±-0,77	3,39
5.	ОЖСС мкмоль/л	53,78±1,22	73,79±1,29	20,21

Эффективность лечения ферроната в зависимости от характера <i>menstris</i>						
	Девушки с нормальным		разни- ца	Девушке с полименореей		разни- ца
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
Гемоглобин г/л	95,53±2,23	109,17±2,89	13,94	91,14±2,56	96,40±2,50	5,26
Эритроциты 10/12/л	3,87±0,07	3,99±0,07	0,12	3,50±0,1	3,35±0,06	0,15
Цветовой показатель	0,75±0,01	0,80±0,01	0,05	0,71±0,01	0,77±0,01	0,06
Сыв железо. мкмоль /л	13,67±1,1	16,45±1,04	2,78	12,80±1,77	12,11±2,21	0,69
ОЖСС мкмоль/л	56,34±2,31	78,21±2,78	21,87	68,47±3,23	73,80±2,30	5,33

мости от исходного уровня гемоглобина идет всасывание железа и прирост гемоглобина.

В зависимости от характера *menstris* исследуемых девушек выделено на 2 группы: 1-с нормально протекающим *menstris*, 2- с полименореей. Данные представлены на таблице 3.

Результаты свидетельствуют о том, что полименорея является серьёзным препятствием в лечении ЖДС Она снижает эффективность ферротерапии и ферропрофилактики. Также эффективность лечения зависит от сопутствующих заболеваний. У девушек с патологии в желудочно-кишечном тракте уровень гемоглобина повысился с 94,9±1,94 г/л до 104,17±2,82 а у девушек без патологии ЖКТ с 99,53±2,21 г/л до 109,17±2,89.

Следовательно эффективность ферротерапии в значительной степени зависит от имеющих-ся у девушек полименореи и меньшей степени от желудочно-кишечных заболеваний.

Таким образом, изучая эффективность железосодержащих препаратов при лечении ЖДС у девушек с сопутствующими патологиями, можно сделать вывод так, что ферротерапия ЖДС у девушек страдающих полименореей и с патологией ЖКТ в 1,5-2 раза снижена чем в группе контроля.

Использованная литература:

1. Аюпова Ф.М., Матриязева Г. Биохимические показатели крови и мочи при нарушении менструального цикла у девушек , проживающих в Приаралье // Узбекистон тиббиет журнали, №1-2, 2004, с.52-54.
2. Болалар саломатлигини муҳофаза қилишга замонавий ёндошув, илмий-амалий анжуман мақолалар туплами, Бухоро, 2009 й.
3. Синевич О.Ю., Степанов М.И. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: некоторые аспекты метаболических нарушений их медикаментозная коррекция // Педиатрия—М., 2002, с. 54-59.
4. Viteri P.E. Iron supplementation for the control or iron deficiency in populations at risk. Nutr. Rev. 1997, p. 195–209.