

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Туйчиева Н.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В данной статье проанализированы симптомы дефицита железа у женщин детородного возраста, их течение и последствия. Были собраны истории болезни соответствующих пациентов, результаты их наблюдения и лабораторного обследования. Это исследование было основано на данных 50 женщин детородного возраста с железодефицитной анемией.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, репродуктивной возраст, профилактика.

REPRODUKTIV YOSHDAGI AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGINI DAVOLASH VA OLDINI OLISH XUSUSIYATLARI

Tuychieva N.K.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ushbu maqolada fertil yoshdagi ayollarda temir moddasi yetishmasligi oqibatida shakllanadigan belgilar, ularning kechishi, oqibatlarini tahlil qilish bilan o'rganish o'tkazildi. Tegishli bemorlarning kasallik tarixini, ularni kuzatish natijalari va laboratoriya tekshiruvini o'tkazildi. Ushbu tekshiruvda temir tanqisligi kamqonligi bo'lgan 50 nafar fertil yoshdagi ayollarning o'rganilgan ma'lumotlariga tayanib tayyorlandi.

Kalit so'zlar: temir tanqisligi, reproduktiv yosh, oldini olish.

FEATURES OF TREATMENT AND PREVENTION OF IRON DEFICIENCY IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Tuychieva N.K.

Andijan state medical institute

Abstract

This article analyzes the symptoms of iron deficiency in women of childbearing age, their course and consequences. The medical histories of the corresponding patients, the results of their observation and laboratory examination were collected. This study was based on data from 50 women of childbearing age with iron deficiency anemia.

Keywords: iron deficiency anemia, reproductive age, prevention.

Введение. Исследование симптомов железодефицита среди женского репродуктивного контингента включало глубокий анализ клинических проявлений. В рамках проекта обследовали две группы: 50 женщин с хронической ЖДА и столько же здоровых добровольцев, включая сбор анамнестических данных, визуальный осмотр и комплекс лабораторных исследований (общий анализ крови и биохимические показатели).

В ходе исследования были применены шкалы оценки астенического состояния Л.Д. Малковой и MFI-20 для определения выраженности астении, выявленной в 100% случаев у женщин с ЖДА. При этом синдром проявлялся умеренно (70%) или сильно (30%), причем снижение физической активности отмечалось чаще всего - в 65%.

Симптомы астенического характера, циркуляторно-гипоксические и сидеропенические проявления составили соответственно 100%, 62% и 43% от всех клинических случаев. Использование специализированных шкал позволило детально изучить астенический компонент в контексте ЖДА у женщин фертильного возраста, что дает более полное понимание состояния здоровья пациентов.

Железодефицитные расстройства сохраняют актуальность как значимая медико-социальная проблема: они широко распространены (около 2 млрд человек), преимущественно затрагивают женщин и детей, а также характеризуются многофакторностью и сложными этиопатогенетическими механизмами. В частности, в Европе и России ЖДА страдает каждая десятая женщина фертильного возраста (12%),

при этом скрытый дефицит железа наблюдается почти у половины данной группы [1-4].

Феномен Железодефицитной Анемии среди женщин: Глобальные и региональные тенденции. В современном мире особую медико-социологическую значимость представляет железодефицитная анемия (ЖДА) – одно из наиболее распространенных гематологических расстройств, особенно для женского населения.

Известно: 1. Глобальные данные. Железосодержание в организме женщин существенно ниже по сравнению с мужчинами — на три порядка [5]. В развитых странах, таких как США, потребление железа женщинами составляет лишь 55-60% от норм. Латентный дефицит железа превышает 40%, причем основной группой риска являются женщины фертильного возраста [7].

2. Региональные особенности. В России скрытый дефицит железа достигает 50% среди женщин репродуктивного периода, где ЖДА также остается актуальным заболеванием [5-7]. Аналогичная ситуация наблюдается в Республике Узбекистан: более 45% женщин фертильного возраста страдают от анемии и у 30% выявлен скрытый дефицит железа [8].

3. Физиологические основы. Железо, как незаменимый биометалл, играет ключевую роль в тканевом дыхании; его недостаток приводит к гипохромной микроцитарной анемии с понижением уровня ферритина и увеличением общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС).

4. Этиология. Основными факторами развития ЖДА служат хронические кровопотери, включая маточные дисфункции у женщин: меноррагии при миомах, эндометриозе и других гинекологических заболеваниях [9].

Необходимость длительной терапии препаратами железа становится неизменной.

5. Клиническая картина. Анемия проявляется в виде неполного кислородного обеспечения тканей, что ведет к гемической гипоксии и вторичным метаболическим нарушениям (сухость кожных покровов, ломкость ногтей, выпадение волос).

Симптомы включают общую слабость, головные боли, сердцебиения, одышку, снижение работоспособности и бессонницу. Астенический синдром (АС) становится характерным проявлением [9-13].

Эти данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению ЖДА у женщин в разных регионах мира, особенно с учетом специфических факторов риска.

Ключевые моменты изучения ЖДА у женщин фертильного возраста

1. Выраженность Астении. Выраженность астенических симптомов напрямую зависит от степени тяжести железодефицита, согласно данным Рукабер Н.С., 2017 г. Наиболее яркое проявления астении наблюдаются при второй степени ЖДА [8]. После четырехнедельного курса заместительной терапии синдром сохраняется у 67% пациенток, что свидетельствует о необходимости комплексного и продолжительного лечения.

2. Лабораторные показатели. Основными маркерами ЖДА в клинической практике являются:

- Низкий цветовой показатель (ЦП) эритроцитов.
- Гипохромия красных клеток крови.
- Снижение сывороточного железа.

3. Классификация по тяжести:

- Легкая степень анемии: гемоглобин 110–90 г/л [5, 6].
- Средняя степень: 89-70 г/л.
- Тяжелая степень: ниже 69 г/л.

4. Состояние государственных программ и проблемы. Несмотря на снижение заболеваемости ЖДА в Республике (с 2314,0 до 1753,7 случаев на 100 тыс. населения за период с 2009 по 2015 гг.), проблема остается актуальной. Влияние экологических и социальных факторов усугубляет ситуацию [9, 15-17]. Недостаточная клиническая эффективность железосодержащих препаратов также является значимой проблемой.

Цель исследования: Изучение клинической картины ЖДА среди женщин фертильного возраста с использованием комплексного подхода.

Материалы и методы исследования. Объективный осмотр пациенток. Лабораторные методы (ОАК, биохимический анализ крови):

1. Астенические симптомы играют ключевую роль в клинической картине ЖДА у женщин фертильного возраста и требуют особого внимания при лечении.

2. Необходимость дальнейшего совершенствования диагностических подходов, включая оценку степени астении с использованием специализированных шкал (ШКАС Л.Д. Малковой, MFI-20).

3. Важность разработки и оптимизации терапевтических стратегий для повышения эффективности лечения ЖДА.

4. Необходимость учета социально-экологических факторов в профилактике и лечении железодефицитных состояний.

Перспективы: 1. Разработка индивидуализированного подхода к терапии с учетом степени астении, тяжести ЖДА.

2. Улучшение контроля за эффективностью проводимого лечения.

3. Проведение дополнительных исследований для выявления новых факторов риска и оптимизации профилактических мероприятий.

Результаты исследования. Описание методологии исследования: Исследование клинических проявлений ЖДА среди женщин фертильного возраста было проведено с применением тщательно структурированного подхода:

1. Критерии включения и исключения:

- Возрастной диапазон: 18-49 лет.

- Наличие верифицированного диагноза ЖДА.

- Согласие пациентки на участие в исследовании.

2. Группы для сравнения:

- Основная группа – 20 женщин с хронической ЖДА.

- Контрольная группа – 20 здоровых женщин-добровольцев, соответствующих возрастным критериям и без признаков анемии.

3. Критерии диагностики железодефицитной анемии: - Гемоглобин (Hb) менее 110 г/л. - Цветовой показатель эритроцитов ниже 0,85. - Гематокрит менее 33%. - Сывороточное железо <12.5 мкмоль/л. - Повышенная ОЖСС (более 64 мкмоль/л). - Ферритин сыворотки ниже 16 мкг/л.

4. Методы оценки астенического синдрома: - Использование двух шкал: а) Шкала астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой, включающая 30 пунктов-утверждений. б) Международная шкала MFI-20 для оценки усталости и астении.

5. Шаги исследования: - Сбор жалоб: выявление характерных симптомов ЖДА (слабость, утомляемость, головокружения). - Анамнез: сбор данных о менструальном цикле, наличии гинекологических заболеваний. Объективный осмотр: оценка состояния кожи и слизистых оболочек (сухость), ногтей, волос.

Выявление особенностей клинической картины ЖДА у женщин фертильного возраста, с акцентом на астенические проявления. 2. Определение степени корреляции между лабораторными показателями и выраженностью симптомов анемии (включая астению). 3.

Сравнительный анализ эффективности различных шкал для оценки астении в данной популяции. Значение исследования:

1. Уточнение клинических проявлений ЖДА у женщин фертильного возраста.
2. Разработка оптимальных критериев диагностики и оценки степени тяжести состояния, включая астению.
3. Формирование рекомендаций по лечебно-профилактическим мероприятиям.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием прикладных программ «Microsoft 2010» и SPSS24 Statistics (IBM Corp.), 6.1. – Russian Edition

Среднестатистический возраст женщин контрольной группы составил около 32.8 лет, в то время как у пациенток с железодефицитной анемией он сократился до примерно 29.5 лет; при этом статистически значимых различий по росту, весу и индексу массы тела между группами не зафиксировано (таблица 1).

Таблица 1

Представление антропометрических параметров у пациентов.

Показатели	Группа контроля, n=20	Пациентки с ЖДА, n=50
Рост	168,3±4,7	158,7±2,4
Вес	56,2±3,1	58,5±2,2
ИМТ	24,2±1,6	22,2±1,3

* Достоверные различия по t-критерию Стьюдента при $p < 0,05$.

В контрольной группе симптомы астении в виде общей слабости и быстрой усталости наблюдались только у 30% опрошенных женщин, тогда как среди пациенток с ЖДА эти признаки проявлялись во всех случаях - 100%. У большей части (60%) женщин из группы железодефицитной анемии при физической активности отмечалось затруднённое дыхание (одышка), учащённое сердцебиение и ощущение нехватки воздуха, что указывает на наличие циркуляторно-гипоксического синдрома. На третьем месте по распространению жалоб (40%) находились проявления сидеропенического синдрома: сухость кожи, её бледность, истончение волос и ногтей, нарушение вкусовых ощущений. Лабораторные исследования показали средний уровень

гемоглобина у здоровых женщин 130.7 г/л по сравнению с 93.2 г/л у пациенток с ЖДА (таблица 2).

Таблица 2

Показатели анализа крови у исследуемой группы больных.

Показатели	Контрольная группа, n=20,	Пациентки с ЖДА, n=50
Гемоглобин, г/л	130,7±2,6	94,3±2,6*
Эритроциты, 10 ⁹ /мл	4,4±0,04	3,7±0,02*
Гематокрит, %	36,2±0,09	26,4±0,06*
Сывороточное железо, мкмоль/л	27,4±3,6	11,3±2,5*
ОЖСС, мкмоль/л	55,35±3,8	74,72±2,8*
Ферритин, г/л	44,56±4,6	12,8±2,6*

* $p < 0,05$ – различия достоверны по сравнению с контрольной группой по t-критерию Стьюдента.

Гематокрит снизился до критического значения в 27,8% для этой группы. Среднее количество эритроцитов составило $4,4 \cdot 10^{12}/л$ среди здоровых женщин и существенно сократилось до $3,1 \cdot 10^{12}/л$ у больных ЖДА. Уровень железа в сыворотке крови для контрольной группы оставался нормальным (86,81 мкмоль/л или 16,3 мкг/мл), тогда как в группе с анемией он был значительно снижен. Общая железосвязывающая способность у здоровых женщин составила среднее значение 56.0 мкмоль/л и возросла до 73.61 мкмоль/л среди пациенток с ЖДА. Значительное понижение уровня ферритина - от 45,81 г/л в контрольной группе до критически низких показателей в 12,7 г/л у больных анемией. В контрольной группе лёгкая и умеренная степень астении (соответственно 30% и 20%) наблюдались лишь у половины женщин. В то же время, тяжёлые формы астении (умеренно-выраженная - 70%, выраженная – 30%) были характерны для всех пациенток с ЖДА.

По итогам применения шкалы определения степени астенического состояния: - В контрольной группе средняя степень астении (1–2) выявлена у 50% женщин, в частности: - Легкая степень – 30% - Умеренная – 20% В то же время, для пациенток с ЖДА: - Астенический синдром присутствовал во всех случаях (100%) - Степени тяжести: умеренно выраженная степень астении – у 70% женщин, выраженная степень – у оставшихся 30 % Использование шкалы MFI-20 показало: - Полное наличие «общей астении» (100%) среди пациенток с ЖДА, где:

снижение физической активности отмечено в 60% случаев, понижение общей активности – у половины опрошенных (50 %), снижение мотивации выявлено у 40 % женщин, психическая астения присутствовала у каждой третьей пациентки (30%). В контрольной группе: - «Общая астения» наблюдалась лишь у 35%, физическое истощение – в 15% случаев, понижение активности отмечено реже, всего в 10 %, снижение мотивации и психической активности соответственно составляли 5 % и 15 %.

Вывод. Таким образом, основным клиническим проявлением ЖДА у женщин фертильного возраста является астенический синдром (у всех обследованных), характеризующийся умеренно выраженными или тяжёлыми степенями, преимущественно с преобладанием физической слабости. За ним следуют циркуляторно-гипоксические проявления – 60 % случаев, сидеропенический синдром – у 40% пациенток.

Использование специализированных шкал для оценки астении позволило:

1. Подтвердить высокую распространённость и тяжесть астенического состояния при ЖДА.

2. Выявить ведущие компоненты симптомокомплекса, что важно для разработки индивидуального подхода к лечению.

Результаты демонстрируют необходимость комплексного изучения клинической картины железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста с акцентом на оценке степени и проявлений астении.

Использованная литература:

1. Ахмедханов, С.Ш. Железодефицитная анемия молодого возраста: автореф. Дис. . д-ра мед. наук. Махачкала, 2000. - 38 с.
2. Буков Ю.А., Минина Е.Н. Сравнительная характеристика адаптационных резервов респираторной системы девушек 19–20 лет с различным уровнем физической работоспособности // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Серия «Биология, химия». – 2011. – Т. 24 (63); № 4. – С. 24–35.
3. Коколина, В.Ф. Ювенильные маточные кровотечения // В.Ф. Коколина, А.Г. Румянцев, Д.Д. Панков // Актуальные проблемы подростковой медицины. -М., 2002.-С. 119-126.

4. Никуличева, В.И. Железодефицитная анемия современные аспекты / В.И. Никуличева, Г.Ш. Сафуанова. - Уфа: Башкортостан, 2003.- 143 с.
5. Рукабер Н.С. Оценка работоспособности и соматического здоровья женщин фертильного возраста с железодефицитной анемией: дисс. ... магистра медицины. – Караганда, 2017. – 65 с.
6. Heim C., Wagner D., Maloney E. et al. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study // Archives of general psychiatry. – 2006. – Vol. 63 (11). – P. 1258–1266.
7. Strai S.K., Bomford A., McArdle H.I. Iron transport across cell membranes: molecular understanding of duodenal and placental iron uptake. Best Practise & Research // Clin. Haem. – 2002. – Vol. 15; № 2. – P. 243–259.
8. Reveiz L.G., Gyte M.L., Cuervo L.G., Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy // Published Online: 5 Oct, 2011. – <http://link.springer.com/article/10.1007/s00484-014-0925-2>.