

HOMILADOR VA EMIZIKLI AYOLLARDA TEMIR TANQISLIGINING OLDINI OLISH VA DAVOLASH

1-kurs klinik ordinator: Mirzabekova Mashxura Baxodirovna

Ilmiy rahbar: Arziyeva Gulnora Borievna

Annotatsiya: Ushbu maqolada temir tanqisligi uni oldini olish haqida ma'lumotlar berilgan.

Kalit so'zlar: Homiladorlik, anemiya, gemoglobin, giposideroz.

Anemiya gemoglobin darajasini va qondagi eritrotsitlar sonini kamayishining natijasidir. Homiladorlikdagi anemiya homilaning temir moddasi iste'mol qilinishining ko'payishi natijasida yuzaga keladi. Agar homilador ayolning beqaror oziqlanishi tufayli etarli darajada to'ldirilmagan bo'lsa. Va chaqaloq o'sishi bilan temir iste'moli ortadi. Shunday qilib, agar ayol birinchi trimestrda homiladorlikdan oldin sarf bo'lgan miqdori taxminan ikki yoki uch miligramga sarf qilsa, ikkinchi trimesterda bu ko'rsatkich kuniga uch yoki to'rt milligrammgacha oshadi. Uchinchi trimestrda esa ayol kuniga kamida o'ndan o'n ikki milligrammgacha temir moddasini to'ldirishlari kerak. Shunday qilib, homiladorlik davrida temir tanqisligi asosan oxirgi bosqichda aniqlanadi.

Homiladorlik davrida kamqonlikning sabablari

Rivojlanayotgan xomiladan temir iste'molining ortishi bilan birga, temir tanqisligi kamqonligining kelib chiqishiga sabab bo'lgan omillar ham mavjud. Ular orasida:

- ko'p homiladorlik;
- homiladorlikning erta (17 yoshgacha) yoki kech (37 yildan keyin);
- homiladorlik paytida qon ketishi;
- noaniq preparatlarni qabul qilish (kislotani zararsizlantirish uchun);
- ichak va oshqozondagi avvalgi jarrohlik;
- yomon ovqatlanish, anoreksiya;
- 3 yil ichida qayta homiladorlik;
- surunkali kasalliklar - gepatit, pielonefrit, oshqozon yarasi, yurak kasalligi

Temir hammamizning tanamizda juda muhimdir, chunki u o'pkadan kislorodni tanamizning boshqa hujayralariga etkazish vazifasi bo'lgan qizil qon hujayralarini ishlab chiqarish uchun javobgardir. **Homiladorlik paytida qon tanada 50% gacha ko'tariladi** odatdagidan ko'proq, shuning uchun chaqaloqning ehtiyojlaridan tashqari temirga bo'lgan ehtiyoj ortadi. Sizing tanangiz ko'proq qon hosil qilish va bolangizni ko'proq kislorod bilan ta'minlash uchun ko'proq temirga muhtoj. Temir yetishmasligi tufayli 70% anemiyalar rivojlanadi. Ushbu mikroelement oz miqdorda bo'lsa gemoglobin molekullari shakllanishni to'xtatadi. Natijada, qon juda kam kislorod

tashiy boshlaydi. Boshqa to'qimalarda temir yetishmasligi teri, soch, yurak va ovqat hazm qilish bilan bog'liq muammolarga olib keladi.

Agar tanada temir tanqisligi sezilsa, ammo anemiya hali rivojlanmagan bo'lsa, bu holat sideropeniya yoki temir tanqisligi deb ataladi. Ko'pincha anemiya tug'ish yoshidagi ayollarda, homilador ayollarda, shuningdek 12-17 yoshdagi o'spirinlarda uchraydi. Keksa yoshga kelib, erkaklarda ham temir tanqisligi rivojlanadi. Hayotning birinchi yilida ko'p homiladorliklardan so'ng tug'ilgan bolalarning 60%da ham temir tanqisligi uchraydi.

Temir tanqisligi turlari

Temir tanqisligi asta-sekin o'sib boradi va bir necha bosqichlarda bo'ladi.

- Birinchi bosqich "prelatent" deb nomlanadi. Ushbu bosqichda temir tanaga kirgandan ko'ra ko'proq iste'mol qilinadi, ammo uning to'qimalardagi zaxiralari hali ham yetarli bo'ladi. Prelatent temir tanqisligi dietani o'zgartirish orqali tuzatilishi mumkin. Bundan tashqari, taom qo'shimchalari, vitaminli ovqatdan foydalanish mumkin. Bunday profilaktika zarur mikroelement zaxiralarini tiklashga va anemiya rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Agar yetishmovchilik bartaraf etilmasa, to'qimalarda temir zaxiralari asta-sekin kamayib keta boshlaydi. Bunday holda, gemoglobin darajasi o'zgarmaydi, ammo o'ziga xos belgilar paydo bo'lishi mumkin. Tahlillarda ferritin va transferrinning pasayishini topishingiz mumkin.

- Latent yetishmovchilikda, ovqatlanishni qayta ko'rib chiqish, maxsus vitamin komplekslaridan foydalanish kerak. Homilador ayollar yoki bolalar kabi xavf ostidagi guruhlar uchun shifokor ushbu bosqichda temir preparatlarini buyurishi mumkin.

Temir tanqisligi anemiyasi xavfi quyidagilar uchun ancha yuqori:

- yangi tug'ilgan chaqaloqlarda;
- faol o'sish davridagi bolalarda;
- homilador va emizikli onalarda;
- reproduktiv yoshdagi ayollar, ya'ni hayz ko'radigan ayollarda.

Temir tanqisligi anemiyasining asosiy xavf omillaridan biri homiladorlikdir. Kelajakdagi ona ushbu mikroelementni nafaqat o'zi, balki bolasi bilan ham ta'minlashi kerak. Tug'ilgunga qadar bolaning tanasida onadan olingan taxminan 300 mg temir to'planadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun ona suti temirning yagona manbai hisoblanadi. Agar emizuvchi onaning tanasida temir yetarli bo'lmasa, u holda bolada ham temir tanqisligi bo'ladi. Temir asab to'qimasini shakllantirishda ishtirok etadi va uning yetishmasligi chaqaloqning rivojlanishiga katta ta'sir qiladi.

Темір танқислигида дори терапийаси

Темір танқислиги анемиясини даволайдиган дорилар таркибида уч валентли темір йоки икки валентли темір ионлари бо'лиши мумкин. Икки валентли темір препаратлари танга yaxshiroq singiydi

Уч валентли темір препаратлари камроқ йон та'сирларга олиб келди. Бир томондан, уч валентли темір препарати Emilishi sust bo'ladi, boshqa tomondan, dozani oshirib yuborish ehtimolini istisno qiladi.

Препаратлар шифокор томонидан белгиланган sxema bo'yicha olinadi. Odatda ovqatlanish paytida qabul qilinadi - bu preparatning Emilishini yaxshilaydi. Har qanday temir qo'shimchasining eng ko'p uchraydigan yon ta'sirlari: ich qotishi, ko'ngil aynish va qorin og'rig'i.

Davolash taxminan 3-5 oy davom etishi kerak.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Грацианская А.Н. Железодефицитная анемия: Ферро-Фольгамма // РМЖ. 2013. № 35. С. 1786 [Gracianskaja A.N. Zhelezodeficitnaja anemija: Ferro-Fol'gamma // RMZh. 2013. № 35. S. 1786 (in Russian)].
2. Шилов А.М., Мельник М.В., Ретивых О.Н., Ким И.Р. Коррекция железодефицитной анемии при хронической сердечной недостаточности // РМЖ. 2005. № 19. С. 1254–1257 [Shilov A.M., Mel'nik M.V., Retivyh O.N., Kim I.R. Korrekciya zhelezodeficitnoj anemii pri hronicheskoj serdechnoj nedostatochnosti // RMZh. 2005. № 19. S. 1254–1257 (in Russian)].
3. Мурашко Л.Е., Коноводова Е.Н., Бурлев В.А., Сопоева Ж.А. Объемный транспорт кислорода у беременных с анемией и гестозом при лечении Ферро-Фольгаммой // РМЖ. 2002. Т. 10. № 7. С. 364–367 [Murashko L.E., Konovodova E.N. Burlev V.A., Sopojeva Zh.A. Ob'emnyj transport kisloroda u beremennyh s anemiej i gestozom pri lechenii Ferro-Fol'gammoy // RMZh. 2002. T. 10. № 7. S. 364–367 (in Russian)].
4. Серов В.Н., Бурлев В.А., Коноводова Е.Н. и др. Клинический протокол «Диагностика, профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц» // Акушерство и гинекология. 2014. № 3. С. 11–17 [Serov V.N., Burlev V.A., Konovodova E.N. i dr. Klinicheskij protokol «Diagnostika, profilaktika i lechenie zhelezodeficitnyh sostojanij u beremennyh i rodil'nic» // Akusherstvo i ginekologija. 2014. № 3. S. 11–17 (in Russian)].
5. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Железодефицитная анемия: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики // Гинекология. 2013. № 15(5). С. 95–99 [Truhan D.I., Tarasova L.V. Zhelezodeficitnaja anemija: aktual'nye voprosy diagnostiki, lechenija i profilaktiki // Ginekologija. 2013. № 15(5). S. 95–99 (in Russian)].
6. Хук Р., Брейманн К. Анемия во время беременности и послеродовом периоде. 2007. 74 с. [Huk R., Brejmann K. Anemija vo vremja beremennosti i poslerodovom periode. 2007. 74 s. (in Russian)].
7. Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Железодефицитные состояния у беременных и

- родильниц // Акушерство и гинекология. 2012. № 1. С. 137–142 [Konovodova E.N., Burlev V.A. Zhelezodeficitnye sostojanija u beremennyh i rodil'nic // Akusherstvo i ginekologija. 2012. №1. S. 137–142 (in Russian)].
8. Долгов В.В., Луговская С.А., Морозова В.Т., Почтарь М.Е. Лабораторная диагностика анемий. М., 2001. 84. с. [Dolgov V.V., Lugovskaja S.A., Morozova V.T., Pochtar'M.E. Laboratornaja diagnostika anemij. M., 2001. 84. s. (in Russian)].
9. Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Патогенез и клиническое значение анемии хронических заболеваний // Анемия. 2005. № 4. С. 4–10 [Kozlovskaja L.V., Rameev V.V., Sarkisova I.A. Patogenez i klinicheskoe znachenie anemii hronicheskikh zabolevanij // Anemija. 2005. № 4. S. 4–10 (in Russian)].
10. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашникова Г.В. и соавт. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и терапия. № 2000. № 9 (2). С. 88–91 [Kazjukova T.V., Samsygina G.A., Kalashnikova G.V. i soavt. Novye vozmozhnosti ferrotterapii zhelezodeficitnoj anemii // Klinicheskaja farmakologijai terapija. № 2000. № 9 (2). S. 88–91 (in Russian)].
11. Дворецкий Л.И. Лечение железодефицитной анемии // РМЖ. 1998. Т. 6. № 20. С. 3 [Dvoreckij L.I. Lechenie zhelezodeficitnoj anemii // RMZh. 1998. T. 6. № 20. S. 3 (in Russian)].