

**КОРРЕКТИРОВАНИЕ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ****Абдухалик-Заде Гульнорахтамовна**

доцент кафедры 1 педиатрии и неонатологии

Самаркандского Государственного Медицинского Университета,

г.Самарканд, Узбекистан

**Аннотация.** Анемия недоношенных - заболевание, характерное для детей, рожденных раньше срока. Анемия недоношенных возникает у новорожденных детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела по целому ряду причин таких как: задержка эритропоэза, морфологические особенности эритроцитов, способствующие укорочению их жизни, недостаточным уровнем эндогенного эритропоэтина - биологически активного вещества, стимулирующего выработку эритроцитов, а также с заболеваниями приводящими к снижению уровня клеток красной крови вследствие кровотечения или гемолиза. Недоношенные дети после выписки продолжают получать препараты железа в сочетании или без препаратов фолиевой кислоты, витамина Е. В настоящее время по данным мировой литературы нет однозначных мнений по поводу длительности приема препаратов железа и четких критериев для отмены этих препаратов.

**Ключевые слова:** анемия, недоношенные новорожденные, эритропоэз.

**Актуальность исследования:** Анемия недоношенных - заболевание, характерное для детей, рожденных раньше срока. При этом частота встречаемости от 16,5 до 91,3% и тяжесть клинических проявлений анемии тем выше, чем меньше срок гестации и возраст ребенка (1,5,6). Так, в неонатальном периоде у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении (менее 1 500 г) и гестационным возрастом менее 30 нед. критическое снижение показателей красной крови, требующее переливания эритроцитарной массы, по данным разных авторов, составляет от 45 до 95% (2, 3). В патогенезе данной патологии основную роль играют факторы незавершенного к моменту рождения ребенка онтогенеза, поэтому раннее ее проявление также называется эритропоэтин-дефицитная анемия (7,8). Кроветворение во внутриутробном периоде начинается очень рано. Уже в первые 2 недель развития эмбриона определяются островки кроветворения-эритроциты продуцируются желточным мешком. Начиная с 12-16-й недель основным местом кроветворения становится печень и в меньшей степени селезенка. Примерно в 20 недель внутриутробного развития плода начинается эритропоэз в костном мозге, а в печени и селезенке постепенно угасает (4,9). Таким образом, к моменту рождения у доношенных детей кроветворение в печени почти полностью прекращается, тогда как у глубоко недоношенных очагов кроветворения сохраняются практически до 40-й нед. гестации (т. е. от 3 недель до 3



месяцев их фактического возраста). Таким образом, низкий уровень синтеза эритропоэтина в сочетании со значительно сокращенным жизненным циклом эритроцитов является основной причиной развития стойкой анемии у недоношенных детей, которая, по сути, является гемолитическо. Недоношенные дети с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела после выписки продолжают получать препараты железа в сочетании или без препаратов фолиевой кислоты витамина Е. В настоящее время по данным мировой литературы нет однозначных мнений по поводу длительности приема препаратов железа и четких критериев для отмены этих препаратов.

**Цель исследования.** Определить длительность лечения препаратами железа на основании анализа показателей красной крови недоношенных детей в раннем неонатальном периоде с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела в течении 12 месяцев скорректированного возраста (СВ).

**Материалы и методы исследования.** Материалами исследования послужили 60 недоношенных детей с очень низкой массой тела и экстремально низкой массой тела при рождении в течении 12 месяцев скорректированного возраста за период 2020-2022 гг. в областном детском многопрофильном центре Самаркандкой области . Проводилось динамическое наблюдение. Для оценки анемии исследовался клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов; показатель сывороточного железа, ферритина. Проводился анализ вскармливания.

**Результаты.** Средний гестационный возраст детей составлял  $28,6 \pm 2$  недели, вес при рождении  $1319 \pm 314$  гр; длина  $36,6 \pm 4,4$  см. У всех детей в течении первого месяца жизни на госпитальном этапе отмечалась анемия, которая потребовала гемотрансфузий (50%), препаратов эритропоэтина (63%), препаратов железа (83%), фолиевой кислоты (80%), витамина Е (70%). Средний постконцептуальный возраст (ПКВ) на момент выписки составлял  $37,7 \pm 3,0$  недель, анемия 1-2 степени отмечалась у 41%. В  $40 \pm 1,4$  недель ПКВ 86% детей имели анемию 1-3 степени, в связи, с чем они получали препараты железа в сочетании с фолиевой кислотой. В возрасте 1-2 месяцев скорректированного возраста анемия 1-2 степени отмечалась у 54% на фоне приема препаратов железа в сочетании или без фолиевой кислоты. В возрасте 2,5 – 4 месяцев скорректированного возраста анемия 1 ст. отмечалась у 31% на фоне приема препаратов железа в сочетании или без фолиевой кислоты. В возрасте 4,5 – 6,5 месяцев скорректированного возраста анемия 1 ст. отмечалась у 17% ,лишь у 4% из них получали препараты железа. Первый прикорм был введен в этом возрасте 52%. В возрасте 7-12 месяцев скорректированного возраста анемия 1 ст. отмечалась у 15%, только 5% получали препараты железа. Все дети в данной возрастной группе получали продукты прикорма.



**Выводы.** Высокий риск развития анемии недоношенных на амбулаторном этапе приходится на 40 неделе, постконцептуальный возраст – 2 месяца скорректированного возраста, что требует применения препаратов железа в сочетании с фолиевой кислотой до нормализации показателей крови.

#### Список литературы:

1. Абдухалик-Заде Г.А., Сирожиддинова Х.Н. Организация медицинской помощи в неонатологии. Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 4, April 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 22-27.
2. Axmedova D. Y., Sirojiddinnova X. N. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda jismoniy va psixomotor rivojlanishning o'ziga xosligi. Eurasian journal of academic research Volume 2 Issue 5, May 2022 UIF = 8.1 | SJIF = 5.685 Page 752-757.
3. Ортикбоева Н.Т., Сирожиддинова Х.Н. Результаты анализов новорожденных с внутриутробным инфицированием. Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 4, April 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 28-32.
4. Сирожиддинова Х.Н., Усманова М.Ф. Материнский анамнез как фактор формирования группы часто болеющих детей. Журнал кардиореспираторных исследований том 3, №1. 2022.С 61-64.
5. Sirojiddinova X.N., Ergasheva Z.U., Muzropova I.M., Toshtemirova N.U. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gipotermik holatning o'ziga xos xususiyatlari. Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 5, May 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 104-108.
6. Sirojiddinova X.N., Yo'ldosheva G. B., Rahmatov H. X. Tug'ma pnevmoniyaning klinik kechish xususiyatlari. Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 5, May 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 109-114.
7. Sirojiddinova X.N., Axrorova Z.A., Xursanov Z. M. Neonatal davrdachalatug'ilganchaqaloqlarningpsixomotorrivojlanichi. Eurasian journal of medical and natural sciences Volume 2 Issue 5, May 2022. UIF = 8.3 | SJIF = 5.995 Page 115-121.
8. Sirojiddinova X.N. Abdullayeva M.N. Formation of circulating immune complexes (CIC) and immunoglobulins in intrauterine infection (IUI). European science review, Austria, Vienna, 2016. - № 9-10. - P. 134-135.