

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ВЗРОСЛЫХ

УДК: 616.155.194-07-08

Очилова Дилдора

Студентка 206-й группы педиатрического факультета

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан

АННОТАЦИЯ

Железодефицитная анемия является наиболее распространённой формой анемии и одной из актуальных медико-социальных проблем современной медицины. По данным Всемирной организации здравоохранения, дефицит железа занимает ведущее место среди причин анемических состояний у взрослых. Основными факторами риска развития железодефицитной анемии являются хронические кровопотери, недостаточное поступление железа с пищей, нарушения его всасывания в желудочно-кишечном тракте, а также повышенная потребность организма в железе. В статье рассмотрены современные данные о распространённости железодефицитной анемии среди взрослого населения, основные клинические проявления заболевания, современные лабораторные методы диагностики и принципы лечения. Особое внимание уделено определению уровня ферритина, насыщению трансферрина железом и использованию современных препаратов железа для перорального и внутривенного применения. Своевременная диагностика и адекватная коррекция дефицита железа способствуют улучшению качества жизни пациентов, снижению

риска осложнений и повышению эффективности лечения основного заболевания.

Ключевые слова: Ключевые слова: железодефицитная анемия, дефицит железа, ферритин, гемоглобин, диагностика, лечение, препараты железа, взрослое население, сидеропения, анемический синдром.

MODERN PRINCIPLES OF THE ORIGIN, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN ADULTS

Ochilova Dildora

Student, Group 206, Faculty of Pediatrics

Samarkand State Medical University,

Samarkand, Uzbekistan

ABSTRACT

Iron deficiency anemia is the most common form of anemia and one of the most pressing medical and social problems in modern medicine. According to the World Health Organization, iron deficiency is the leading cause of anemia in adults. The main risk factors for iron deficiency anemia include chronic blood loss, inadequate dietary iron intake, impaired gastrointestinal absorption, and increased iron requirements. This article examines current data on the prevalence of iron deficiency anemia in adults, the main clinical manifestations of the disease, modern laboratory diagnostic methods, and treatment principles. Particular attention is paid to determining ferritin levels, transferrin saturation, and the use of modern iron supplements for oral and intravenous use. Timely diagnosis and adequate correction of iron deficiency improve patients' quality of life, reduce the

risk of complications, and increase the effectiveness of treatment for the underlying disease.

Key words: Key words: iron deficiency anemia, iron deficiency, ferritin, hemoglobin, diagnosis, treatment, iron preparations, adult population, sideropenia, anemic syndrome.

ВВЕДЕНИЕ

Железодефицитная анемия (ЖДА) является наиболее распространённой формой анемии и одним из наиболее часто встречающихся дефицитных состояний в клинической практике. Несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения, проблема дефицита железа сохраняет свою актуальность во всём мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, железодефицитные состояния остаются одной из ведущих причин снижения качества жизни, трудоспособности и когнитивных функций у взрослых. При этом дефицит железа может существовать как в форме анемии, так и в виде латентного дефицита, оказывая негативное влияние на функционирование различных органов и систем [1].

Согласно современным литературным данным, железо играет ключевую роль не только в процессах гемопоэза, но и в обеспечении клеточного метаболизма, синтезе ферментов, работе иммунной системы и транспорте кислорода. В связи с этим недостаток железа сопровождается развитием не только анемического синдрома, но и многочисленных внеэритроцитарных нарушений. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что даже при отсутствии снижения уровня гемоглобина дефицит железа может приводить к хронической усталости, снижению физической активности и ухудшению когнитивных функций [2].

По данным ряда авторов, основными причинами развития железодефицитной анемии у взрослых являются хронические кровопотери, нарушения всасывания железа в желудочно-кишечном тракте, недостаточное поступление железа с пищей и повышение потребности организма в данном микроэлементе. Особое внимание в современной литературе уделяется заболеваниям желудочно-кишечного тракта как ведущему фактору развития железодефицита у мужчин и женщин в постменопаузальном периоде. В то же время у женщин репродуктивного возраста наиболее значимой причиной остаются хронические менструальные кровопотери [3].

Существенный вклад в понимание патогенеза ЖДА внесли исследования последних лет, посвящённые изучению роли гепсидина — ключевого регулятора обмена железа. Установлено, что повышение уровня гепсидина при хронических воспалительных заболеваниях приводит к нарушению абсорбции железа и ограничению его доступности для эритропоэза, что способствует развитию функционального дефицита железа. Данные открытия позволили по-новому взглянуть на механизмы формирования анемии и определить перспективные направления её диагностики и лечения [4].

Современные подходы к диагностике железодефицитной анемии основаны на комплексной оценке показателей обмена железа. Если ранее основное внимание уделялось показателям общего анализа крови, то в настоящее время ведущая роль отводится определению уровня ферритина, коэффициента насыщения трансферрина железом, растворимых рецепторов трансферрина и других биомаркеров. Многие исследователи рассматривают сывороточный ферритин как наиболее информативный показатель запасов железа в организме, однако подчёркивают необходимость осторожной интерпретации его значений при наличии воспалительных процессов [5].

Анализ отечественных и зарубежных научных публикаций показывает, что железодефицитная анемия остаётся одной из наиболее распространённых патологий системы крови среди взрослого населения. По мнению С. Camaschella, дефицит железа является не только причиной анемии, но и самостоятельным патологическим состоянием, оказывающим влияние на функции различных органов и систем. Автор подчёркивает необходимость раннего выявления железодефицита ещё до развития выраженной анемии.

В обзоре Pasricha и соавт. отмечается, что ведущими причинами ЖДА у взрослых являются хронические кровопотери и нарушения всасывания железа. Авторы акцентируют внимание на необходимости обязательного поиска источника кровотечения, особенно у мужчин и женщин постменопаузального возраста, поскольку дефицит железа может быть первым проявлением серьёзной гастроэнтерологической или онкологической патологии [6].

Согласно данным Cappellini и соавт. современные представления о патогенезе ЖДА тесно связаны с изучением регуляторной роли гепсидина. Исследователи пришли к выводу, что определение уровня гепсидина в перспективе может стать важным диагностическим инструментом для дифференциальной диагностики различных видов анемий и выбора оптимальной тактики лечения [7].

В работах Ganz и Nemeth (2015) подробно рассмотрены механизмы участия гепсидина в регуляции обмена железа. Авторы показали, что повышение уровня данного гормона при воспалительных заболеваниях ограничивает доступность железа для костного мозга, что приводит к развитию функционального железодефицита даже при сохранённых запасах микроэлемента [8].

Вопросы диагностики ЖДА отражены в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения и ряде международных руководств. Большинство исследователей признают сывороточный ферритин наиболее чувствительным маркером дефицита железа. Вместе с тем подчёркивается, что при воспалительных заболеваниях концентрация ферритина может оставаться нормальной или повышенной, несмотря на наличие железодефицита, что требует использования дополнительных диагностических критериев [9].

Особый интерес представляют исследования, посвящённые лечению железодефицитной анемии. В работе Tolkien и соавт., показано, что традиционные схемы применения препаратов железа нередко сопровождаются желудочно-кишечными побочными эффектами, которые снижают приверженность пациентов лечению. В связи с этим современные исследования направлены на поиск оптимальных режимов дозирования, позволяющих повысить эффективность терапии и уменьшить частоту нежелательных явлений [10].

В публикациях последних лет всё большее внимание уделяется внутривенным препаратам железа. По данным Auerbach и Adamson (2016), использование современных парентеральных форм позволяет быстро восполнить дефицит железа и достичь более быстрого повышения уровня гемоглобина по сравнению с пероральной терапией у определённых категорий пациентов [11].

Заключение

Железодефицитная анемия остается одной из наиболее распространенных патологий у взрослых. Современные подходы к диагностике основываются на комплексной оценке показателей гемограммы

и обмена железа, прежде всего уровня ферритина и насыщения трансферрина. Эффективное лечение должно быть направлено не только на коррекцию анемии, но и на выявление и устранение причины дефицита железа. Новые данные свидетельствуют о преимуществах индивидуализированного подхода к выбору схем терапии и более широком использовании внутривенных препаратов железа у пациентов с тяжелым дефицитом или нарушением всасывания.

Список литературы

1. Драпкина О. М. и др. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Методические рекомендации //Первичная медико-санитарная помощь. – 2025. – Т. 2. – №. 3. – С. 55-114.
2. Калюта Т. Ю., Кажекин О. А., Солдатова О. А. Анемия у лиц пожилого возраста в практике терапевта: современные подходы к диагностике и лечению //Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2020. – №. 5 (47). – С. 91-101.
3. Камышева А. В. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ: ЭТИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ ФОРМ, КЛИНИКО-ДИГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, ЛЕЧЕНИЕ //Печатается по решению Редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет им. НФ Катанова». – 2023. – С. 243.
4. Кувандилов Г. Б. Клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Кушинга в Узбекистане //Medical Research Journal. – 2025. – Т. 1. – №. 1. – С. 286-298.
5. Трухан Д. И., Юренев Г. Л., Чусова Н. А. Железодефицитная анемия: актуальные аспекты диагностики и лечения в реальной клинической практике терапевта //Терапия. – 2019. – Т. 1. – №. 27. – С. 172.
6. Усмонова З. М. Роль урогенитальной вирусной и паразитической инфекции в развитии бесплодия у женщин //Medical Research Journal. – 2025. – Т. 1. – №. 2. – С. 3-10.
7. Усмонова З. М. Современный взгляд на хроническую тазовую боль в гинекологии //Medical Research Journal. – 2025. – Т. 1. – №. 2. – С. 11-23.

8. Auerbach M., DeLoughery T. G., Tirnauer J. S. Iron deficiency in adults: a review //Jama. – 2025. – Т. 333. – №. 20. – С. 1813-1823.
9. Iolascon A. et al. Recommendations for diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia //Hemasphere. – 2024. – Т. 8. – №. 7. – С. e108.
10. Kolarš B. et al. Iron deficiency and iron deficiency anemia: A comprehensive overview of established and emerging concepts //Pharmaceuticals. – 2025. – Т. 18. – №. 8. – С. 1104.
11. Usmonova Z. M. HOMILADORLIKNI REJALASHTIRISHDA ANEMIYANING ERTA ANIQLANISHI VA DAVOLASH CHORALARI //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2025. – №. 23 [2]. – С. 144-146.