

*Помилёнок В.Ю.*

## **КОРРЕЛЯЦИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СО СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА**

*Научный руководитель: ст. преп. Космач А.С.*

*Кафедра биологической химии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Болезнь Крона (БК) - это хроническое неспецифическое гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта, локализирующее почти во всех его отделах. Биохимический анализ крови (БАК) помогает выявить активность заболевания, дефицит железа и витаминов. Так, у пациентов с болезнью Крона обычным явлением считается железодефицитная анемия. В качестве биомаркеров при БК используются белки острой фазы воспаления, отклонения в показателях, связанные с нарушением питания (белки и электролиты, железо, ферритин).

**Цель:** проанализировать взаимосвязь возникновения железодефицитной анемии со степенью активности патологического процесса при болезни Крона.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезней пациентов с установленным клиническим диагнозом болезнь Крона, находившихся на стационарном лечении в УЗ «4-я Городская детская клиническая больница» г. Минска за период с 31.03.2014 по 23.11.2023. Количество пациентов 62, количество проанализированных историй болезни 189 (за счет повторных госпитализаций). Была проведена оценка результатов БАК (уровня железа и ферритина в крови). При исследовании получена статистика корреляция уровня железа в крови со степенью активности патологического процесса. Обработка данных выполнена с помощью программы «Microsoft Office Excel». Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

**Результаты и их обсуждение.** В ходе работы изучено 189 историй болезни пациентов с диагностированной болезнью Крона, из которых в 62 историях болезни (32,8%) в БАК было выявлено снижение уровня железа. Активность легкой степени была выставлена в 91 клиническом случае (48,1%), из них в 16 историях болезни был зафиксирован уровень железа ниже нормы: 2,8 – 6,5 мкмоль/л (при норме железа в крови у детей в данном возрасте 6,6-26 мкмоль/л), уровень ферритина был также снижен (диапазон значений составил 2-6,8 мкг/л, при норме данного показателя 7-140 мкг/л в 0-17 лет). Умеренная степень активности была выставлена в 38 клинических случаях (20,1%), из них в 27 историях болезни был зафиксирован уровень железа ниже нормы в диапазоне значений от 3,1 до 5,7 мкмоль/л, уровень ферритина при данной степени активности оставался в пределах нормы. Активность высокой степени была выставлена в 6 клинических случаях (3,2%), при чем во всех историях болезни данной группы уровень железа был ниже нормы, диапазон значений: 2,4-5,2 мкмоль/л, а уровень ферритина оставался в пределах нормы. Ремиссия была выставлена пациентам в 40 клинических случаях (21,2%), из них 38 пациентов имели нормальный уровень железа в крови в диапазоне 7-25,8 мкмоль/л. Период обострения был зафиксирован в 14 клинических случаях (7,4%), из них 11 пациентов имели пониженный уровень железа в крови (в диапазоне 4,4-6 мкмоль/л), также в 6 случаях при сниженном уровне железа, уровень ферритина был также ниже нормы (диапазон значений 5-6,6 мкг/л).

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлена взаимосвязь между частотой возникновения железодефицитной анемии со степенью активности патологического процесса при болезни Крона.