

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

Короткая В. В., Савицкая О. Е., Бердовская А. Н.

Гродненский государственный медицинский университет,  
2-я кафедра детских болезней, г. Гродно

**Ключевые слова:** железodefицитная анемия, дети, анемический синдром, геморрагический синдром, динамика.

**Резюме:** По данным работы видно, что чаще всего болеют дети в возрасте  $6 \pm 5,2$  года и заболеваемость среди девочек выше. У 82,3% детей анемия была сопутствующим диагнозом и выставлялась по данным лабораторных исследований. Проявлялась анемия 2 синдромами: анемическим и геморрагическим. У 100 % детей при лечении наблюдалась положительная динамика.

**Resume:** According to the work, it can be seen that children aged  $6 \pm 5.2$  year are most often ill and the incidence among girls is higher. In 82.3% of children, anemia was concomitant diagnosis and exhibited according to laboratory studies. Anemia was manifested by 2 syndromes: anemic and hemorrhagic. 100% of children experienced positive dynamics in treatment.

**Актуальность.** Среди всех анемий в детском возрасте наиболее часто встречается железodefицитная анемия (ЖДА). ЖДА – патологическое состояние, обусловленное дефицитом железа в организме и характеризующееся развитием нарушения синтеза гемоглобина и трофическими расстройствами в тканях. ЖДА – это полиэтиологичное заболевание и, как правило, у одного ребенка имеется сочетание нескольких причин, приводящих к развитию дефицита железа. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа в настоящее время занимает первое место среди 38 наиболее распространённых заболеваний человечества. ЖДА является актуальной проблемой здравоохранения в силу своей высокой распространенности, а также в связи с негативными последствиями, как для взрослого, так и для детского организма. В Республике Беларусь этот показатель составляет около 30% [1]. В детской популяции распространенность дефицита железа наиболее высока у детей раннего возраста и у подростков, т. е. в периоды наиболее интенсивных процессов окончательной дифференцировки тканей и созревания органов и систем, формирования центральной нервной системы [2].

Клиническая картина сидеропенических состояний зависит от степени и стадии развития дефицита железа, а также от длительности его существования. Клинические проявления заболевания обусловлены снижением активности железосодержащих ферментов и характеризуются признаками анемического и сидеропенического синдрома [3].

**Цель:** изучить особенности течения железodefицитной анемии у детей Гродненской области как самостоятельного заболевания и с учетом сопутствующей патологии.

**Задачи:** 1. Оценить частоту встречаемости анемии в различных возрастных категориях; 2. Выявить основные клинические симптомы и синдромы при данной патологии; 3. Рассмотреть сочетание анемии с патологией других органов и систем.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 96 историй болезни пациентов Гродненской области, проходивших лечение в Гродненской областной детской клинической больнице.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследованных пациентов мальчики составили 37,5%, девочки – 62,5%. Средний возраст обследуемых детей составил –  $6 \pm 5,2$  года.

Распределение по возрасту выявило следующее: дети в возрасте до 1 года – 30,9%, от 1 до 3 лет – 9,1%, от 4 до 7 лет – 12,7%, от 8 до 12 лет – 7,3%, от 13 до 16 лет – 32,7%, от 17 до 18 лет – 7,3%.

В 17,7% случаев анемия являлась основным диагнозом, в 82,3% – сопутствующим.

В соматические отделения стационара были госпитализированы пациенты с анемией различной степени тяжести. У большинства (62 человек) детей диагностирована анемия легкой степени (64,6%). Реже отмечалась средняя – 21 ребенок (21,9%), и тяжелая степень – 13 пациентов (13,5%) анемии.

Состояние детей при поступлении расценено следующим образом: средней степени тяжести – 52,6%, удовлетворительное – 40%, тяжелое – 5,6%, очень тяжелое – 1,8%.

84,4% детей были городскими жителями. 88,5% детей воспитывались в полных семьях, родители которых чаще имели среднее образование (женщины – 28,4%, мужчины – 48,7%).

В 62,5% случаев беременность протекала без осложнений. В анамнезе в 37,5% случаев наблюдалось неблагоприятное течение беременности. Из них: 35,7% – отягощенный акушерский анамнез, инфекции во время беременности – 15,8%, хроническая фетоплацентарная недостаточность – 23,6%, гестоз – 18,1%, внутриутробное инфицирование – 6,8%. В 2,1% отмечены кровопотери в родах. Около половины женщин во время беременности имели клинико-лабораторные проявления анемического синдрома.

5,2% детей родились недоношенными. Масса тела при рождении составила  $3317,0 \pm 254,0$  грамм, причем минимальный зарегистрированный вес при рождении – 1300,0 грамм. Основная масса детей получала с рождения материнское молоко. На грудном вскармливании находились 73 ребенка (76%). На искусственном вскармливании с рождения находились 20,4% обследованных, на смешанном – 2,1%. 1 ребенок с рождения получал цельное коровье молоко.

Был проведен анализ жалоб детей при поступлении в стационар. Основным клиническим проявлением заболевания являлся анемический синдром. Дети или их родители предъявляли жалобы на утомляемость (11,5%), бледность кожных покровов (10,4%), снижение аппетита (5,2%), головные боли (6,25%), головокружение (9,4%), сонливость (1,04%), вялость (12,5%), потемнение в глазах (1,04%), одышку (1,04%), потерю сознания (2,1%).

Сидеропенический синдром имел место у 16,1% обследованных пациентов. Основными клиническими проявлениями были изменения обоняния и вкусовых предпочтений (6,5%), сухость кожи (12,1%), изменение дериватов кожи (2,4%). Извращение вкуса проявлялось в виде желания употреблять в пищу мел, фарш, глину. Извращение обоняния выражалось желанием нюхать кожу, бензин.

Геморрагический синдром сопутствовал анемии и отмечался в виде кровоточивости десен (2,1%), носовых кровотечений (6,25%), обильных менструаций (1,04%).

Анемия сочеталась с патологией следующих систем: пищеварительной (17,7%), дыхательной (29,2%), мочевой (24%), сердечно-сосудистой (17,7%), нервной (9,4%). В 15,6% случаев отмечалась аллергия.

Лабораторная картина показала следующее: в 80,2% случаев анемия относилась к числу микроцитарной, гипохромной, норморегенераторной. Снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в общем анализе крови сочеталось с лейкоцитозом (11,5%), лейкопенией (1%), ускорением СОЭ (26%).

При анализе терапевтических мероприятий выявлено, что 67,7% пациентов получали ферротерапию до моментов госпитализации в стационар. Преимущественно (41,7%) использовались препараты полимальтозного комплекса. У 100% детей наблюдалась положительная динамика в катамнезе.

**Выводы:** 1. Анемия чаще регистрируется чаще до года – 30,9% и в возрастной группе от 13 до 16 лет – 32,7%; 2. В большинстве случаев регистрировались жалобы, свидетельствующие о проявлении анемического синдрома, проявляющиеся в виде утомляемости, бледности кожных покровов, снижения аппетита, головных болей, головокружения; 3. В условиях стационара в 82,3% случаев анемия являлась сопутствующим диагнозом и сочеталась с патологией других органов и систем.

#### Литература

1. Кувшинников, В. А. Дефицитные анемии у детей: учеб.-метод. пособие / В. А. Кувшинников, С. Г. Шенец, А. П. Стадник. – Минск: БГМУ, 2013. – 32 с.
2. Новикова, И. А. Клиническая и лабораторная гематология / И. А. Новикова, С. А. Ходулева. – Минск: Выш. школа, 2013. – 387 с.
3. Ромашевская, И. П. Железодефицитные анемии у детей / И. П. Ромашевская. – Гомель: РНПЦ РМиЭЧ, 2016. – 20 с.