

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Конюх Е. А., Гузаревич В. Б.**

Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет»,

*Учреждение здравоохранения «Гродненская областная детская
клиническая больница», г. Гродно, Беларусь

Среди заболеваний системы крови анемия и анемический синдром – одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний, с которыми ежедневно приходится сталкиваться педиатрам. Анемия – это состояние, характеризующееся уменьшением содержания гемоглобина и/или количества эритроцитов в единице объема крови, приводящее к нарушению снабжения тканей кислородом. Учитывая, что интенсивность обменных процессов у детей выше, чем у взрослых, потребности тканей в кислороде возрастают и даже незначительная степень снижения уровня гемоглобина и эритроцитов может привести к ряду нежелательных последствий. Анемии могут выступать как самостоятельные нозологические единицы (например, железодефицитная анемия, талассемия, анемия Фанкони и т.д.) и как симптомы различных заболеваний (острые лейкомии, системная красная волчанка и др.). Довольно часто анемический синдром как вторичное состояние встречается при патологии желудочно-кишечного тракта, патологии почек и сердечно-сосудистой системы [4].

Среди всех анемий, в том числе и в детском возрасте, наиболее часто встречается железодефицитная ее форма. По данным ВОЗ, дефицит железа имеется у 20% населения планеты, из них 80% приходится на развивающиеся страны [3, 4]. Распространенность этого типа анемии у детей в возрасте 2,5 лет в Нигерии составляет 56%, в России – 24,7%, в Швеции – 7%. По мнению экспертов ВОЗ, если распространенность ЖДА превышает 30%, эта проблема выходит за рамки медицинской и требует принятия решений на государственном уровне. Истинная распространенность железодефицитной анемии неизвестна, т. К.,

по данным разных авторов, частота ее составляет от 3,8 до 76%. В детской популяции распространенность дефицита железа составляет от 17,5% у школьников до 50% у детей раннего возраста [1]. Большинство исследователей единодушны во мнении, что при равных прочих условиях дети раннего и пубертатного возраста, а также женщины детородного возраста наиболее подвержены риску развития анемии [2].

Цель исследования: изучить частоту встречаемости железодефицитных анемий, а также дать клинико-эпидемиологическую характеристику анемического синдрома у детей Гродненской области.

Объект и методы исследования. Проанализированы 195 медицинских карт стационарных пациентов, проходивших обследование и лечение в отделениях УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница». Изучена структура анемического синдрома, жалобы пациентов при поступлении в стационар, генеалогический анамнез, возможные причины заболевания. Возраст пациентов составил от 1 месяца до 17 лет.

Результаты исследования. При анализе медицинской документации выявлено, что 91% детей поступили в стационар по поводу анемического синдрома, у 9% пациентов снижение уровня эритроцитов и/или гемоглобина было выявлено в стационаре, как сопутствующая патология. Структура анемий была представлена следующим образом: у 47% детей диагностирована железодефицитная анемия, у 32% – анемия смешанной этиологии, у 8% – гемолитическая анемия, у 3% пациентов – наследственная анемия Минковского-Шоффара.

Анализ возрастной характеристики анемического синдрома установил следующие тенденции: дети до 1 года составляли практически половину всех пациентов с анемией. При этом отмечается рост количества анемий в этой возрастной группе в течение трех лет (44%, 45% и 56%, соответственно). Выявлено также увеличение количества пациентов в возрасте 7-10 лет и 12-15 лет (16% и 14%, соответственно). Следует также отметить, что увеличивается число детей с анемией в возрастной группе 16-18 лет в течение 3-х лет (5%, 5%, 11%, соответственно). Характерно то, что от 10% до 20% детей поступают в стационар повторно.

Учитывая, что клинико-лабораторные проявления дефицита железа занимают ведущее место в структуре анемического синдрома в детском возрасте, представленные ниже данные характеризуют железodefицитные анемии. Был проведен анализ жалоб детей при поступлении в стационар. 23% детей поступают в стационар без жалоб, четверть пациентов отмечают бледность кожных покровов, около 22% – слабость, снижение аппетита, 11% – повышение температуры тела, 3% пациенто– - рвоту с примесью крови. В качестве причин, которые привели к развитию анемического синдрома, более 40% пациентов указывают на перенесенную накануне острую респираторную инфекцию, около 12% – на хроническую гастродуоденальную патологию. Ни один из детей или их родителей не считает провоцирующими факторами развития анемического синдрома нарушение рациона и сбалансированности питания.

При анализе наследственной отягощенности выявлено, что у 10% пациентов родители имеют патологию желудочно-кишечного тракта и/или анемию, у 6% отягощен аллергологический анамнез. Изучение течения интранатального периода указывает, что 47% детей с анемией родились от первой беременности, 28% – от второй, 16% – от третьей, 10% – от четвертой беременности. Около половины женщин во время беременности имели клинико-лабораторные проявления анемического синдрома.

При анализе терапевтических мероприятий выявлено, что около 12% пациентов получали препараты железа в стационаре (ферронал, мальтофер, феррум лек), некоторым пациентам потребовалось введение препаратов крови. Практически все дети принимали фолиевую кислоту или витамины группы В.

Таким образом, анемический синдром как вторичное состояние в 10% случаев диагностируется в стационаре при обследовании ребенка по поводу соматической патологии. В 50% этиологическим фактором анемического синдрома является дефицит железа. У пациентов, родившихся от первой беременности, чаще диагностируется анемия, чем у детей от второй и последующих беременностей. У четверти пациентов отсутствуют жалобы при поступлении. Анемия диагностируется на основании лабораторных методов исследования. В возрастной структуре железodefицитных анемий 50% занимают дети до 1 года.

Алиментарные факторы, по мнению детей и их родителей, не являются провоцирующими в развитии анемии.

Литература:

1. Анастасевич, Л. А. Железодефицитная анемия у детей грудного и младшего возраста / Л. А. Анастасевич, А. В. Малкоч // Лечащий врач. – 2006. - №7. – С. 66-70
2. Малкоч, А. В. Железодефицитные состояния и железодефицитная анемия у женщин детородного возраста / А. В. Малкоч, Л. А. Анастасевич, Н. Н. Филатова // Лечащий врач. – 2013. - №4. – С. 37-41
3. Смирнова, Л. А. Современные принципы лечения и профилактики дефицита железа в организме / Л. А. Смирнова // Медицинские новости. – 2000. - №3. – С. 14-19.
4. Weiss, G. Pathogenesis and treatment of anaemia of chronic disease / G. Weiss // Blood Rev. – 2002. - №16 (2). – P. 87-96.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ, СПЕЦИФИЧНЫХ ДЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Косенкова Е. Г., Лысенко И. М., Баркун Г. К., Журавлева Л. Н.
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
г. Витебск, Беларусь

Введение. Основной метод профилактики в педиатрии – диспансеризация здоровых и больных детей. Диспансеризация – система медицинских мероприятий, проводимых с целью оценки состояния здоровья, а также выявления заболеваний или факторов риска, способствующих их возникновению или развитию.

Изучение состояния здоровья населения, динамики и механизмов его формирования необходимо при разработке направленных воздействий на факторы риска, мероприятия по профилактике, лечению и реабилитации.

Материалы и методы. Была проведена оценка состояния здоровья 76 детей с риском развития, а также перенесенной внутриутробной инфекцией на первом году жизни. Нервно-психическое и физическое развитие оценивали на основании применения шкалы, предложенной группой авторов. Выяснялось