

УДК 616.411-003.971

Халаимова О.А.

Студентка

Белгородский государственный национальный исследовательский

университет

(НИУ «БелГУ»)

Россия, г.Белгород

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Несмотря на современные возможности диагностики и лечения, анемический синдром не уменьшается в популяции, в том числе и в детском возрасте. Причем анемия чаще является неспецифическим симптомом, и может быть проявлением различных патологий. Среди детей анемия может являться единственным ранним признаком хронического заболевания. Цель исследования: определить распространенность анемии, зависимость связи анемического синдрома у детей раннего возраста с их основными и сопутствующими заболеваниями, характером питания. Под наблюдением находились 44 ребенка в возрасте 1,1 года (от 1 месяца до 2,5 лет), находившиеся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ОГБУЗ "ДОКБ" г. Белгорода. У 50% детей выявлен анемический синдром. Из них у 45,5% - анемия легкой степени тяжести, 36% - средней степени тяжести, 18,5% - тяжелой степени. Инфекция мочевой системы выявлена у 14%, острый пиелонефрит - 14%, респираторно-синцитиальная инфекция - 28%; 44% детей с железодефицитной анемией имеют функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Ключевые слова: анемия, железодефицитная анемия, сопутствующие заболевания, дети.

Chalaimova O.A.

Student

EPIDEMIOLOGY OF ANEMIA IN YOING CHILDREN

Abstract

Despite the modern possibilities of diagnosis and treatment, anemic syndrome does not decrease in the population, including in childhood. Moreover, anemia is often a non-specific symptom, and can be a manifestation of various pathologies. Among children, anemia may be the only and early sign of a chronic disease. Objective: to determine the prevalence of anemia, the relationship between the anemic syndrome in young children and their underlying and concomitant diseases, the nature of nutrition. Under observation were 44 children aged 1,1 years (1 month to 2.5 years) who were hospitalized in the pediatric department in Belgorod. Anemic syndrome was detected in 50% of children. Moreover, 45,5 % have mild anemia, 36 % - moderate severity 18,5% - severe. Urinary tract infection was detected in 14%, acute pyelonephritis 14%, respiratory syncytial infection 28%; and 44% of children with iron deficiency anemia here have functional digestive tract disorders.

Key words: anemia, iron deficiency anemia, concomitant diseases, children.

Введение. Анемия- клинико-гематологический синдром, характеризующийся снижением концентрации гемоглобина в единице объема крови, приводящей к снижению снабжения тканей кислородом[1,41].

В детском возрасте 90% всех анемий составляет железодефицитная анемия [2, 256]. Заболеваемость железодефицитной анемией (ЖДА) в настоящее время является важной медико-социальной проблемой среди детей младшего возраста. Недостаточность железа является одной из основных причин развития анемии. Ее распространенность зависит от социально-экономических условий, доходов населения, характера питания и других факторов.[4,46]. Особенно чувствительными к этому оказываются дети второго полугодия жизни, вследствие того, что запасов железа у

доношенного младенца хватает до 6 месяцев[3,45]. Однако недоношенные дети имеют критически малые запасы железа. Следовательно, такие дети подвергаются более высокому риску заболеть анемией.[5,1024; 6, 216]. Это определило актуальность проведения комплексного клинико-социального исследования ЖДА у детей.

Цель исследования: определить распространенность анемии, зависимость связи анемического синдрома у детей раннего возраста с их основными и сопутствующими заболеваниями, характером питания.

Материалы и методы: Под наблюдением находились дети в возрасте 1,1 года (от 1 месяца до 2,5 лет), находившиеся на стационарном лечении в педиатрическом отделении ОГБУЗ "Детская областная клиническая больница" города Белгорода. Всего было проанализировано 44 истории болезней детей с различными диагнозами. На первом этапе мы детально проанализировали критерии, которые могли бы на наш взгляд повлиять на развитие анемии, такие как возраст, способ вскармливания, место жительства, наличие сопутствующих заболеваний. Далее провели анализ лабораторных показателей крови и изучили такие показатели, как гемоглобин, эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. На заключительном этапе мы оценивали связь возникновения ЖДА с данными критериями и лабораторными показателями.

Результаты и обсуждения

По результатам проведенного исследования из 44 детей у 22 выставлен диагноз железодефицитная анемия. Распространенность ЖДА достигла 50% среди госпитализированных детей раннего возраста. Из них 45,5% (10 детей) имеют анемию легкой степени тяжести, 36% (8 детей) - средней степени тяжести, 18,5% (4 ребенка) - тяжелой степени (рис.1). Что согласуется с данными Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), где выявлено, что распространенность ЖДА в группе дошкольников достигает 47,4% [13, 123]. В исследовании Родионова в г. Чебоксары чаще всего анемические состояния

регистрировались у детей раннего возраста. Частота анемического синдрома у детей первого года жизни составила – 35,8%, у детей второго и третьего года жизни - 34% [7,492].

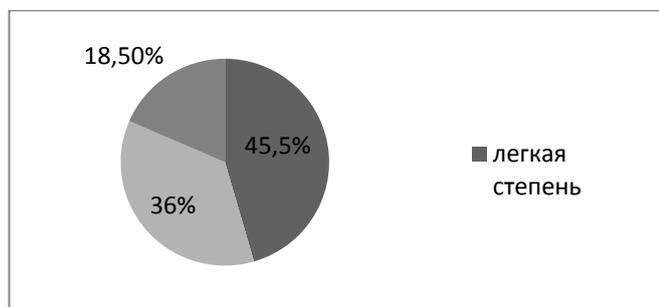


Рис.1. Степени анемии у детей раннего возраста

Fig. 1: Anemia in young children

В ходе исследований была установлена зависимость уровня распространенности ЖДА от некоторых социально-биологических факторов. Так, среди детей с ЖДА 14 случаев (64%) приходилось на детей, проживающих в городе и 8 случая (36%) – на детей, проживающих в сельской местности.

По мнению Ризаевой Л.К.: «основными причинами развития ЖДА в детской практике являются: алиментарный дефицит железа вследствие несбалансированного питания и дефицит железа при рождении ребенка» [10,108]. Возможно, алиментарный дефицит железа в сельской местности меньше, чем в городской.

В основном диагнозе инфекция мочевой системы выявлена у 14%, острый пиелонефрит - 14%, респираторно-синцитиальная инфекция - 28%; 44% детей с железодефицитной анемией имеют функциональные нарушения (ЖКТ) (рис.2).

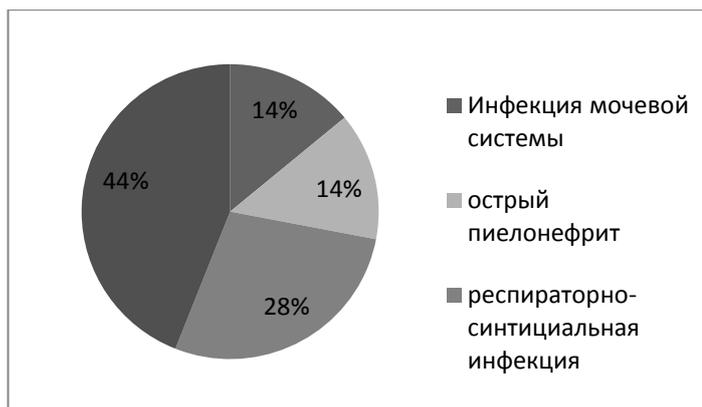


Рис.2. Сопутствующие заболевания у детей с дефицитом железа.

Fig. 2. Concomitant diseases in children with iron deficiency.

Дефицит железа может приводить к длительным и необратимым последствиям. Она приводит к замедлению роста и физического развития, уменьшению двигательной активности, а так же нарушения когнитивных функций.[11,570; 12,1050]Дефицит железа у детей в раннем возрасте может сказываться на иммунном статусе, увеличивать риск возникновения инфекционных заболеваний, стать причиной эндокринных и нервных нарушений, нарастает нервозность и раздражительность [8,48; 9, 38].

В проведенном исследовании 30 из 44 детей находились на искусственном вскармливании, что составляет 68%, и 14 детей на грудном вскармливании (32%). У детей с искусственным вскармливанием процент анемий оказался больше. Связано ли это только с характером питания или с основным заболеванием, требует дальнейшего изучения.

Выводы:

1) Общая распространенность ЖДА достигла 50% среди госпитализированных детей раннего возраста. Из них: у 45,5% - анемия легкой степени тяжести, 36% - средней степени тяжести, 18,5% - тяжелой степени.

- 2) Восемь детей имеют в диагнозе сопутствующую патологию, а именно: инфекция мочевой системы -14%, острый пиелонефрит - 14%, респираторно-синцитиальная инфекция - 28%, функциональные нарушения ЖКТ – 44%.
- 3) По результатам исследования, можно предполагать, что на развитие анемии у новорожденного ребенка влияет искусственное вскармливание.

Литература

1. Захарова И.Н., Бережная И.В., Дмитриева Ю.А., Мачнева Е.Б. Анемия при патологии желудочно-кишечного тракта у детей: дифференциальный диагноз. Фарматека. 2014.-Р. 39-47
2. Рукавицын О.А. Анемии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016. –Р. 256 .
3. Казюкова Т. В. Возрастные особенности метаболизма железа у детей и подростков в норме и патологии. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Москва. 2009.-Р. 40- 52.
4. Литвицкий П. Ф. Воспаление. Вопросы современной педиатрии. 2006.- Р.46.
5. Баранов А.А.. Детские болезни: учебное пособие с комп. - диском 2-е Педиатрия: нац. рук. в 2 т. Т. 1. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-Р. 1024.
6. Финогенова Н. А., Чернов В. М., Морщакова Е. Ф. и др. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Пособие для врачей-педиатров и гематологов. — М.: МАКС Пресс, 2004. –Р. 216.
7. Родионов В.А., Агандеева М.С. Распространенность анемий у детей города Чебоксары. 2013-Р. 492-493
9. Румянцев А.Г., Казюкова Т.В. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста. Трудный пациент. 2007.-Р. 38.

10. Ризаева Л. К. Эпидемиология распространенности железодефицитной анемии. 2017.-P.109
11. Finberg K., Heeney M., Campagna D. et al. Mutations in TMPRSS6 cause iron-refractory iron deficiency anemia (IRIDA). Nat. Genet. 2008.-P. 569–571
12. Baker R. D., Greer F. R. Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age)/ Pediatrics. — 2010.-P. 1050.
- 13 . Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries. WHO Regional Publications, European Series, 87. WHO 2000, updated reprint 2003.-P. 123
14. Wrighting D., Andrews N. Interleukin-6 induces hepcidin expression through STAT3. Blood 2006.-P. 108.