

Донецкая Народная Республика  
Министерство образования и науки ДНР  
Министерство здравоохранения ДНР  
ГПОУ «Донецкий медицинский колледж»

**Выявление факторов риска и диагностика  
железодефицитной анемии у пациентов  
детского возраста**

Выпускная квалификационная работа

Выполнила:

Студентка: Чернобай Е.В

Группа: ЛД 15-2

Руководитель: Викулина И.Н.

Донецк 2019 г.

Объектом исследования являются: дети, больные железодефицитной анемией.

Предмет исследования: влияние железодефицитной анемии на детский организм.

Цель дипломной работы:

1. Изучить этиологию и патогенез ЖДА.
2. Исследовать причины возникновения.
3. Выявить факторы риска для развития заболевания.
4. Разработать рекомендации по диагностике, лечению и профилактике ЖДА.

## Задачи исследования:

1. Изучить уровень заболеваемости ЖДА в республике за 2015-2018 г.
2. Определить взаимосвязь между заболеваемостью анемией и различными факторами риска (пол, возраст, беременность, сопутствующие заболевания, давность заболевания, и т.д.).
3. Сравнить динамику развития заболеваемости ЖДА по годам.
4. Разработать рекомендации, позволяющие уменьшить риск развития ЖДА у населения.
5. Составить рекомендации о профилактике и своевременной диагностике ЖДА.

Железодефицитная анемия – это широко распространенное патологическое состояние, характеризующееся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозгу и депо), при котором нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобин, железосодержащие тканевые ферменты).

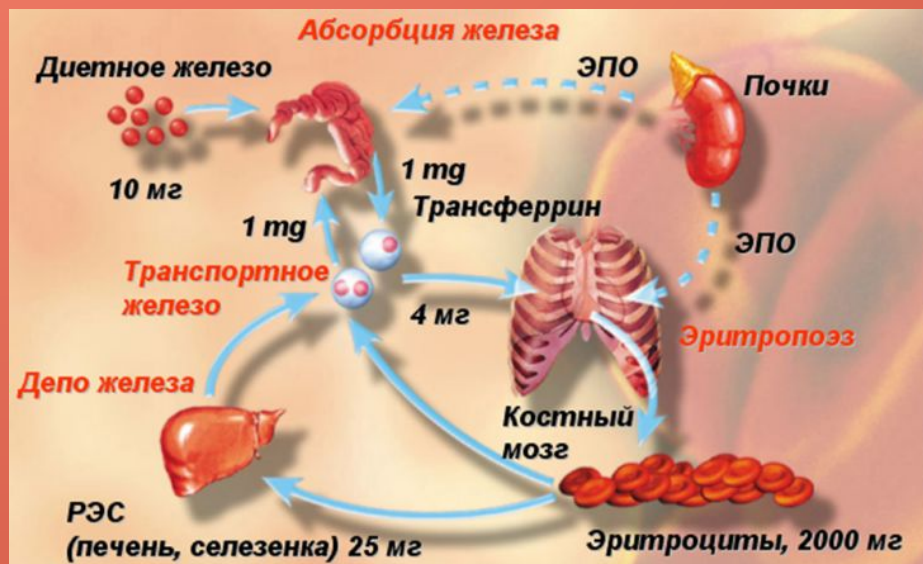
Поэтому в большинстве случаев железодефицитной анемии предшествует и способствует тканевый дефицит железа



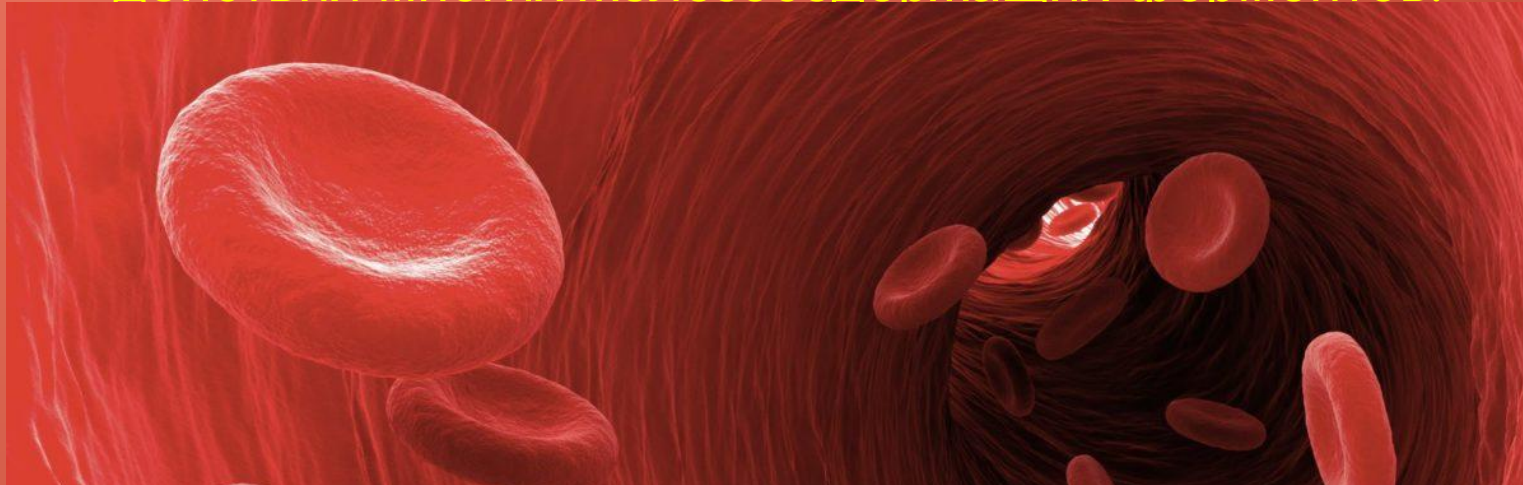
Anemia



В развитии железодефицитной анемии у детей могут быть задействованы антенатальные (к примеру: глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной), интранатальные (интранатальные кровотечения) и постнатальные факторы (такие как алиментарный дефицит железа, повышенные потребности и потери железа, нарушения кишечного всасывания или обменных процессов и др.)



Основным патогенетическим фактором является дефицит железа в организме (сидеропения) с последующим нарушением синтеза гемоглобина, уменьшением его содержания в эритроците с гипохромией эритроцитов, снижением цветового показателя. **Нарушение образования гемоглобина приводит к уменьшению среднего объема эритроцитов - микроцитозу. При железодефицитной анемии отмечается вариабельность размеров. В костном мозге выявляется эритроидная гиперплазия с преобладанием полихроматофильных или оксифильных нормобластов. Истощение запасов железа способствует расстройству окислительно-восстановительных реакций в тканях, что проявляется поражением кожи, слизистых оболочек, дистрофией желудочно-кишечного тракта, угнетением действия многих железосодержащих ферментов.**



Железодефицитные анемии классифицируются:

1. Железодефицитные анемии постгеморрагические.
2. Железодефицитные анемии беременных.
3. Железодефицитные анемии, связанные с патологией желудочно-кишечного тракта.
4. Эссенциальная (идиопатическая) железодефицитная анемия.
5. Ювенильная железодефицитная анемия.
6. Железодефицитные анемии сложного генеза.



Для длительно существующего дефицита железа при уровне гемоглобина ниже 80 г/л свойственны «эпителиальный», «астеноневротический», «сердечнососудистый», «гепатолиенальный» и «иммунодефицитный» синдромы, проявляющиеся изолированно или сочетающиеся между собой.



## Диагностика включает:

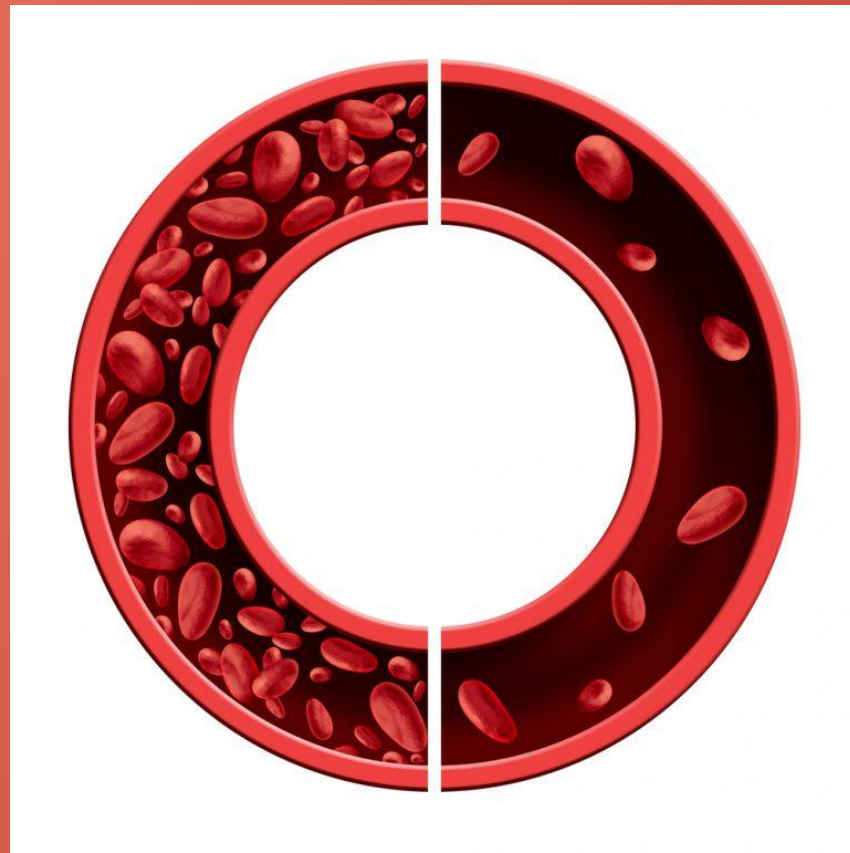
- Общий осмотр
- ОАК (общий анализ крови) или КРАК (клинический развернутый анализ крови)
- ОАМ (общий анализ мочи)
- Общие биохимические исследования
- Специфические биохимические исследования
- и др.



Лечение при ЖДА  
состоит из  
немедикаментозной и  
медикаментозной  
терапии.

Немедикаментозная  
терапия включает  
режим и диету.

Медикаментозное  
лечение проводится  
препаратами железа,  
которые назначаются  
внутри или  
парентерально.



Современные пероральные препараты железа на основе железа (III) применяемые для лечения железодефицитной анемии:

- Мальтофер (жевательные таблетки, капли, сироп, раствор для приема внутрь).
- Феррум Лек (сироп, жевательные таблетки).

Они практически не вызывают побочных эффектов.



Профилактика железодефицитных состояний у детей и подростков представляет собой весьма актуальную проблему педиатрии, особенно на первом году жизни. При этом очень важно повышать осведомленность врачей-педиатров и родителей о возможной скрытой недостаточности железа для того, чтобы гарантировать как можно более раннее начало



Естественной профилактикой анемии у детей первых месяцев жизни является грудное вскармливание. В течение всего периода кормления грудью женщина должна принимать препараты железа или поливитамины, обогащенные железом из расчета 40-60 мг элементарного железа в сутки.



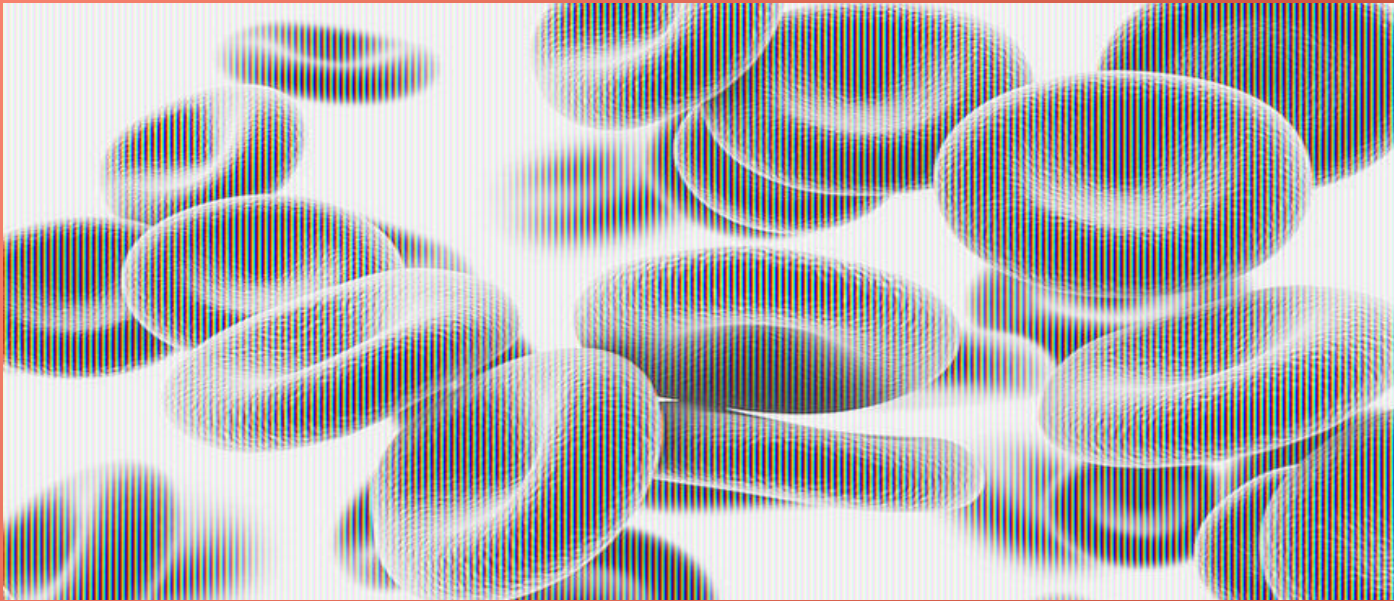
При искусственном вскармливании детям с риском анемии рекомендуются смеси, обогащенные железом в первое полугодие жизни смеси с содержанием железа 4-8 мг/л – «Малютка 1», «Дамил», «Симилак с железом», «Галлия 1», во втором полугодии жизни – смеси с содержанием железа 12-14 мг/л – «Галлия 2», «Нутрилон 2», «Энфамил



Специфическая профилактика железодефицитной анемии проводится препаратами железа из расчета 1-2 мг/кг/сутки элементарного железа. Доношенным детям из группы риска по анемии препараты железа назначают с 2-х месячного возраста в течение первого полугодия жизни. С целью профилактики ранней анемии недоношенным детям с 7-го дня жизни назначают витамин Е по 20 мг/кг в сутки, фолиевую кислоту по 1 мг в сутки, витамины группы В в течение 1-2 месяцев.

Поздняя анемия недоношенных является железодефицитной и проявляется в возрасте 2-3 месяцев. Для проведения метаболической коррекции с целью профилактики и лечения железодефицитной анемии у детей первого года жизни назначаются липамид, пантотенат кальция, витамины группы В и Е.





Последние несколько лет характеризуются неуклонным снижением состояния здоровья детей в Донецкой Народной Республике, связанным с рядом объективных факторов, отражающих условия жизни и воспитания детей. Нестабильность социально-экономической ситуации, неадекватное питание беременных и кормящих женщин, нерациональное вскармливание младенцев, ухудшение экологической обстановки - все это неполный перечень факторов, отрицательно влияющих на интенсивно растущий организм, развитие алиментарно-зависимых болезней, в том числе анемии.

При анализе статистических данных по заболеваемости железодефицитной анемией в ДНР среди взрослых, детей до 14 лет и подростков (15-18 лет) отмечается, что у взрослых в 2015 году наблюдается рост заболеваемости железодефицитной анемии. В 2016 году наблюдается значительное уменьшение, а в 2018 году рост заболевания снова начинает увеличиваться.

Анализ статистических данных по заболеваемости железодефицитной анемией в ДНР среди взрослых, детей до 14 лет и подростков (15-18 лет)

Год	Взрослые	Дети до 14 лет (включительно)	Подростки (15-18 лет)
2015	4567	3432	1423
2016	5431	3234	1435
2017	4042	3456	1852
2018	4154	4532	2534





Анализируя динамику заболеваемости ЖДА в г. Новоазовск за 2015- 2018 год можно сказать , что тенденция к снижению численности случаев заболевания отсутствует, и остаётся стабильно высокой, причем высокий процент приходится на женщин детородного возраста и подростков (15-18 лет), незначительно меньше приходится на детей до 14 лет.

<b>Год</b>	<b>Взрослые</b>	<b>Включая женщин детородного возраста</b>	<b>Дети до 14 лет (включительно)</b>	<b>Подростки (15-18 лет)</b>
<b>2015</b>	<b>265</b>	<b>180</b>	<b>138</b>	<b>150</b>
<b>2016</b>	<b>267</b>	<b>182</b>	<b>135</b>	<b>151</b>
<b>2017</b>	<b>254</b>	<b>175</b>	<b>139</b>	<b>156</b>
<b>2018</b>	<b>262</b>	<b>179</b>	<b>134</b>	<b>153</b>

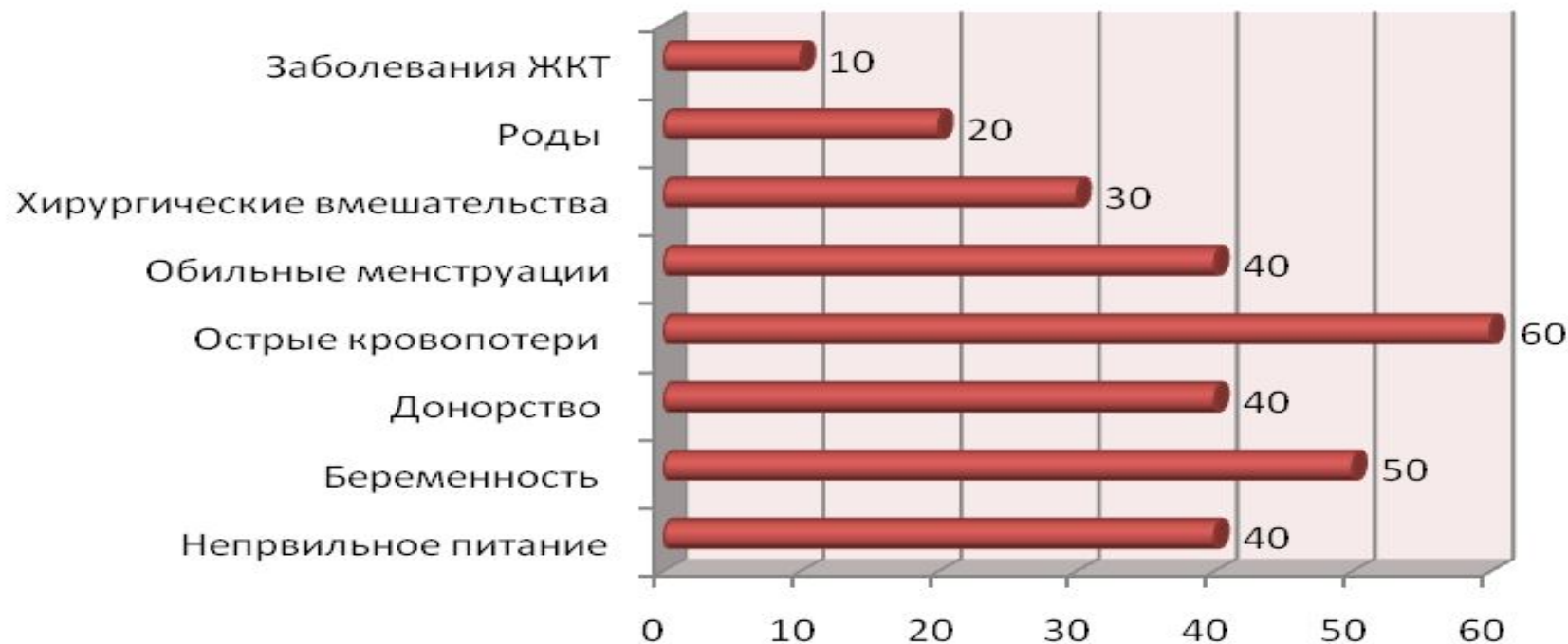
Опрос пациентов, страдающих этим заболеванием показал, что на первом месте, среди факторов риска стоит неправильное питание, которое составило 18%, на втором месте - донорство - 17%. Третье место также делят между собой следующие факторы риска: гинекологические заболевания - 15%, кровотечения из внутренних органов - 14%, беременность - 16%. Четвертое место занимают заболевания ЖКТ и роды - по 9%. Носовые кровотечения и обильные менструации, как причина железодефицитной анемии, составили всего по 2%.



Вопрос информированности населения о факторах риска возникновения и развития анемии показал, что люди считают наиболее частой причиной возникновения железодефицитной анемии - острые кровопотери - 23%, на втором месте, по их мнению, среди причин анемии находится беременность - 20% ответивших, третье место среди опрошенных делят три фактора риска: неправильное питание - 16%, донорство - 16% и обильные менструации - 16% от всех респондентов.

К наименьшим факторам риска, имеющим значение как причины развития железодефицитной анемии, относятся хирургическое вмешательство, составляющее 9%, роды — 8% участвующего в опросе населения. Самой редкой причиной опрошенные считают заболевания желудочно-





Было выявлено, что 10 человек считают, причиной заболевания ЖКТ. 20 человек считают причиной роды. 40 человек считают, что причиной является неправильное питание, донорство и обильные менструации. 60 опрошенных думают о том, что причинами являются острые кровопотери. 30 человек связывают причины заболевания с хирургическими вмешательствами. А остальные 50 опрашиваемых думают, что причина это беременность.











# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе анкетирования данные указывают на довольно посредственный уровень знаний населения касательно данной темы, что указывает на необходимость проведения профилактических бесед с представителями группы риска и распространения дополнительной информации о железодефицитной анемии.

Тем не менее результаты анкетирования касательно необходимости профилактических мероприятий довольно благоприятный что позволяет надеяться на положительную динамику в будущем.

Из всего вышеперечисленного можно сделать вывод что основное направление работы должно быть сконцентрировано на своевременном донесении корректной и достоверной информации как пациентам, так и лицам из группы риска. Потому что рациональное сочетание активной профилактической работы и адекватные лечебные мероприятия позволяют с надеждой смотреть в будущее и ожидать как снижения заболеваемости железодефицитной анемией, так и более благополучного ее течения.

На основании проведенной работы, были сформулированы следующие рекомендации:

Необходимо проведение санитарно - просветительной работы среди населения с использованием различных форм - выпуск санбюллетеней, бесед; составление памяток, в виде больших плакатов на рекламных щитах, общественном транспорте (на автобусах, трамваях), выступления по радио, создание информационных программ на телевидении.

Необходимо регулярно принимать минеральные воды, содержащие железо, например, **марциальная** минеральная вода.

Вести здоровый образ жизни:

а) соблюдать режим дня - проводить большую часть свободного времени в виде прогулок на свежем воздухе, так как известно, что это увеличивает содержание гемоглобина и синтез эритроцитов.

б) соблюдать режим правильного питания. Рацион современного человека недостаточно богат витаминами, микро- и макроэлементами, в том числе железом, в связи с этим рекомендуем принимать добавки к пище, например, такие известные и хорошо зарекомендовавшие себя как «Литовит-Ф», «Лактавия», «Флавигран» фирмы «Биолит».

**Спасибо за внимание!**

